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

CALIDAD PROCESO ENFERMERO EN LA ETAPA DE VALORACION AL RECIÉN NACIDO INMEDIATO, UNIDAD DE NEONATOLOGIA SEGURO SOCIAL UNIVERSITARIO LA PAZ GESTIÓN 2018.

AUTOR: Lic. Carolina Ramirez Pacajes

TUTORA: M.Sc. Lic. Pamela Meneses Quisberth.

TRABAJO DE GRADO PRESENTADA AL TITULO DE ESPECIALISTA EN ENFERMERÍA NEONATAL

LA PAZ - BOLIVIA
2019

TITULO:

CALIDAD PROCESO ENFERMERO EN LA ETAPA DE VALORACIÓN AL RECIÉN NACIDO INMEDIATO, UNIDAD DE NEONATOLOGIA SEGURO SOCIAL UNIVERSITARIO LA PAZ GESTIÓN 2018.

DEDICATORIA

A mi familia, por su apoyo incondicional en mi vida profesional. Quien es mi verdadero impulso y motivo para seguir adelante y quien verdaderamente está conmigo.
Especialmente a mi hijo Mateo por darme fuerza.
A esos pequeñitos angelitos quienes con una sonrisa te impulsan a seguir adelante.

A mami quien siempre me dio palabras de apoyo en mis estudios y desde el cielo sé que me cuida.

Carolina Ramírez Pacajes

AGRADECIMIENTO

Doy Gracias a Dios por la vida que me ha brindado, darme la sabiduría, y valor para lograr con fe mis metas.

A nuestro querido Seguro Social Universitario La Paz, por su colaboración en el desarrollo del trabajo de investigación.

A todas mis colegas de la Unidad de Neonatología del Hospital Universitario.

Agradezco a los docentes que a través de sus enseñanzas académicas que me mostraron el camino a seguir en la vida profesional.

Carolina Ramírez Pacajes

ÍNDICE DE CONTENIDOS

RESUMEN pág.

I.INTRODUCCIÓN 1
II.JUSTIFICACIÓN 3
III.ANTECEDENTES 5
IV.PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA 10
V.OBJETIVOS 13
5.1. OBJETIVO GENERAL. 13
5.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS. 13
VI. MARCO TEÓRICO 14
6.1. CALIDAD PROCESO ENFERMERO 14
6.2. PROCESO ATENCIÓN ENFERMERO 14
6.3. APLICACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA 16
6. 4. VALORACIÓN DE ENFERMERÍA BASADA EN LA FILOSOFÍA DE VIRGINIA HENDERSON 19
6.5. PRIMERA ETAPA VALORACIÓN 23
6.6. DEFINICIÓN DE VALORACIÓN DE ENFERMERÍA 24
6.7. ORGANIZACIÓN DE LOS DATOS (MODELOS DE VALORACIÓN) . 36
6.8. MODELO SEGÚN DOMINIOS: DATOS SUBJETIVOS Y OBJETIVOS36
V.II. DISEÑO METODOLÓGICO 48
7.1. TIPO DE ESTUDIO. 48
7.2. ÁREA DE ESTUDIO 48
7.3. UNIVERSO Y MUESTRA 50
7.4. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN 50
7.5. LISTADO DE VARIABLES 51
7.6. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES 53
VIII.CONSIDERACIÓNES ÉTICAS 53
IX.RESULTADOS 54
X. CONCLUSIONES 76
XI.RECOMENDACIONES 77
XII.BIBLIOGRAFÏA 78
XIII. ANEXOS 83

ÍNDICE DE TABLAS

Pág.

Tabla N°1	Registra los datos subjetivos del neonato en el reporte de enfermería Unidad de Neonatología Seguro Social Universitario 2018	54
Tabla Nº2	Registra datos personales del neonato en el reporte de enfermería Unidad de Neonatología Seguro Social Universitario 2018	55
Tabla N°3	Registra los datos medidas antropométricas del neonato en el reporte de enfermería Unidad de Neonatología Seguro Social Universitario 2018.	56
Tabla N°4	Registra los datos diagnósticos ingreso/egreso del neonato en el reporte de enfermería Unidad de Neonatología Seguro Social Universitario 2018.	57
Tabla N°5	Registra los datos la inserción de dispositivos del neonato en el reporte de enfermería Unidad de Neonatología Seguro Social Universitario 2108.	58
Tabla N°6	Registra los datos constantes vitales del neonato en el reporte de enfermería Unidad de Neonatología Seguro Social Universitario 2018.	59
Tabla N °7	Registra los datos dispositivos de oxigenoterapia del neonato en el reporte de enfermería Unidad de Neonatología Seguro Social Universitario 2018.	60
Tabla N °8	Registra los datos actividad respiratoria del neonato en el reporte de enfermería Unidad de Neonatología Seguro Social Universitario 2018.	61
Tabla N °9	Registra los datos tipo de alimentación del neonato en el reporte de enfermería Unidad de Neonatología Seguro Social Universitario 2018.	62
Tabla N °10	Registra los datos infusiones del neonato en el reporte de enfermería Unidad de Neonatología Seguro Social Universitario 2018	63

Tabla N °11 Registra los datos administración de tratamiento del neonato en el reporte de enfermería Unidad de Neonatología Seguro Social Universitario 2108 64
Tabla N °12 Registra los datos de ingresos/eliminados del neonato en el reporte de enfermería Unidad de Neonatología Seguro Social Universitario 2018. 65
Tabla N °13 Registra los datos de balance hídrico del neonato en el reporte de enfermería Unidad de Neonatología Seguro Social Universitario 2018. 66
Tabla N °14 Registra los datos de indicaciones medicas de tratamiento del
neonato en el reporte de enfermería Unidad de Neonatología Seguro Social Universitario 2018. 67
Tabla N °15 Registra los datos soluciones indicadas del neonato en el reporte de enfermería Unidad de Neonatología Seguro Social Universitario 2018. 68
Tabla N °16 Registra los datos soluciones indicadas del neonato en el reporte de enfermería Unidad de Neonatología Seguro Social Universitario 2018. 69
Tabla N °17 Registra los datos diagnósticos de enfermería del neonato en el reporte de enfermería Unidad de Neonatología Seguro Social Universitario 2018. 70
Tabla N °18 Registra los datos cuidados de enfermería del neonato en el reporte de enfermería Unidad de Neonatología Seguro Social Universitario 2018 71
Tabla N °19 Registro de datos objetivos del neonato en la valoración proceso enfermero Unidad de Neonatología Seguro Social Universitario 2018. 72
Tabla N °20 Normas y cumplimiento del registro de datos legibilidad/claridad proceso enfermero en la valoración del neonato Unidad de Neonatología Seguro Universitario 2018. 74

Tabla N °21 Indicé general de calidad proceso atención enfermero valoración inicial en el registro de enfermería unidad de neonatología seguro social universitario 2018. 75

ÏNDICE DE GRÁFICOS

Pág.

Gráfico N°1	Registra los datos subjetivos del neonato en el reporte de enfermería Unidad de Neonatología Seguro Social Universitario 2018.	54
Gráfico Nº2	Registra datos personales del neonato en el reporte de enfermería Unidad de Neonatología Seguro Social Universitario 2018.	55
Gráfico Nº3	Registra los datos medidas antropométricas del neonato en el reporte de enfermería Unidad de Neonatología Seguro Social Universitario 2018.	56
Gráfico Nº4	Registra los datos diagnósticos ingreso/egreso del neonato en el reporte de enfermería Unidad de Neonatología Seguro Social Universitario 2018.	57
Gráfico Nº5	Registra los datos la inserción de dispositivos del neonato en el reporte de enfermería Unidad de Neonatología Seguro Social Universitario 2108.	58
Gráfico N°6	Registra los datos constantes vitales del neonato en el reporte de enfermería Unidad de Neonatología Seguro Social Universitario 2018.	59
Gráfico N°7	Registra los datos dispositivos de oxigenoterapia del neonato en el reporte de enfermería Unidad de Neonatología Seguro Social Universitario 2018.	60
Gráfico N°8	Registra los datos actividad respiratoria del neonato en el reporte de enfermería Unidad de Neonatología Seguro Social Universitario 2018.	61
Gráfico N°9	Registra los datos tipo de alimentación del neonato en el reporte de enfermería Unidad de Neonatología Seguro Social Universitario 2018	62
Gráfico N°10	Registra los datos infusiones del neonato en el reporte de enfermería Unidad de Neonatología Seguro Social Universitario 2018.	63

Gráfico N°11 Registra los datos administración de tratamiento del neonato en el reporte de enfermería Unidad de Neonatología Seguro Social Universitario 2108. 64
Gráfico N°12 Registra los datos de ingresos/eliminados del neonato en el reporte de enfermería Unidad de Neonatología Seguro Social Universitario 2018. 65
Gráfico N°13 Registra los datos de balance hídrico del neonato en el reporte de enfermería Unidad de Neonatología Seguro Social Universitario 2018. 66
Gráfico N°14 Registra los datos de indicaciones medicas de tratamiento del neonato en el reporte de enfermería Unidad de Neonatología Seguro Social Universitario 2018. 67
Gráfico N°15 Registra los datos soluciones indicadas del neonato en el reporte de enfermería Unidad de Neonatología Seguro Social Universitario 2018. 68
Gráfico N°16 Registra los datos soluciones indicadas del neonato en el reporte de enfermería Unidad de Neonatología Seguro Social Universitario 2018. 69
Gráfico N°17 Registra los datos diagnósticos de enfermería del neonato en el reporte de enfermería Unidad de Neonatología Seguro Social Universitario 2018. 70
Gráfico N°18 Registra los datos cuidados de enfermería del neonato en el reporte de enfermería Unidad de Neonatología Seguro Social Universitario 2018 71
Gráfico N°19 Registro de datos objetivos del neonato en la valoración proceso enfermero Unidad de Neonatología Seguro Social Universitario 2018. 73
Gráfico N°20 Normas y cumplimiento del registro de datos legibilidad/claridad proceso enfermero en la valoración del neonato Unidad de Neonatología Seguro Universitario 2018. 74

Gráfico N°21 Indicé general de calidad proceso atención enfermero valoración inicial en el registro de enfermería unidad de neonatología seguro social universitario 2018. 75

ACRÓNIMOS

NANDA: North American Nursing Diagnosis Association (Asociación de Diagnóstico de Enfermería de América del Norte)

NIC: Nursing Interventions Classification (Clasificación de Intervenciones de Enfermería)

NOC: Nursing Expected Responses Classification (Clasificación de Resultados Esperados de Enfermería)

(ANA) La American Nurses Association.

O/CR: Objetivos / Criterios de resultados.

OMS: Organización Mundial de la Salud.

PAE: Proceso de Atención de Enfermería.

PAEs: Procesos de Atención de enfermería

PC: práctica clínica

Pr.: Promedio

TFD: Teoría Fundamentada de los Datos

TRS: Teoría Representacional de Significados

SF: sexo femenino

BPEG: bajo peso para edad gestacional

BPN: bajo peso al nacer.

ECN: enterocolitis necrotizante.

EG: edad gestacional.

PN: peso al nacer.

BOR: bronquitis obstructiva recidivante.

EPC: Enfermedad pulmonar crónica.

Hb: Hemoglobina.

HP: hipertensión pulmonar.

IRA: infecciones respiratorias agudas.

MMII: miembros inferiores.

MMSS: miembros superiores.

PC: perímetro cefálico.

PAEG: peso adecuado a edad gestacional.

PN: peso al nacer.

RCIU: retardo de crecimiento intrauterino.

RCP: reanimación cardiopulmonar.

RGE: reflujo gastroesofágico.

RN: Recién nacido.

RNPT: recién nacido de pretérmino.

RNR: recién nacido de riesgo.

ROP: retinopatía del prematuro.

Rx: radiografía.

SDR: síndrome de dificultad respiratoria

SNG: sonda nasogástrica.

UCIN: unidad de cuidados intensivos neonatales.

RNMBP: recién nacido de muy bajo peso.

RESUMEN

Introducción: El registro de enfermería en la etapa de valoración ha llegado a alcanzar gran importancia en la función asistencial de la enfermera profesional, al paciente hospitalizado tienen que estar apuntados en la hoja de enfermería que forma parte del expediente clínico, más aún si se trata de neonatos los cuales no pueden comunicar sus dolencias. También es importante debido al incremento de las situaciones médico legales.

El presente estudio se realizó en el Hospital del Seguro Social Universitario La Paz Unidad de Neonatología Gestión 2018.**Objetivo**: Determinar la calidad proceso enfermero en la etapa de valoración al recién nacido inmediato, Unidad de Neonatología Seguro Social Universitario La Paz enero – junio gestión 2018. **Material y método**: Tipo de estudio: Descriptivo, retrospectivo y observacional; método teórico analítico. Para fines de estudio se consideró una muestra de 15 historias clínicas neonatales registros de enfermería, se utilizó como instrumento de recolección de datos una lista de chequeo que consta de 3 ítems para medir la calidad de los registros de enfermería basados en normas internacionales. **Los resultados** Índice relativo general de calidad proceso atención enfermero valoración inicial en el registro de enfermería refiere que el 100 % no cumple con las normas establecidas. **Conclusión** Basados en este protocolo se realizó un estudio de la calidad Proceso enfermero en la etapa de Valoración.

PALABRAS CLAVE: Calidad de los registros de enfermería.

SUMMARY

Introduction: The nursing registry in the assessment stage has reached great importance in the care function of the professional nurse, the hospitalized patient must be registered in the nursing sheet that is part of the clinical file, even more if it is treated of newborns who cannot communicate their ailments. It is also important due to the increase in legal medical situations.

The present study was carried out at the University of La Paz Social Security Hospital Management Neonatology Unit 2018. Objective: To determine the quality of the nursing process in the assessment stage for the immediate newborn, La Paz University Social Security Neonatology Unit January - June 2018 management Material and method: Type of study: Descriptive, quantitative, retrospective and observational; method theoretical analytical. For the purposes of the study, a sample of 15 neonatal nursing records was considered, a checklist consisting of 3 items was used as a data collection instrument to measure the quality of nursing records based on international standards. The results General relative quality index process nursing care initial assessment in the nursing registry indicates that 100% does not comply with the established norms. Conclusion Based on this protocol, a study of the quality of the nursing process was carried out in the Assessment stage.

KEY WORDS: Quality of nursing records

I.INTRODUCCIÓN

El Proceso de Atención de Enfermería se ha convertido en la base del actuar profesional de Enfermería lo cual le permite brindar atención de excelencia, investigar y priorizar los cuidados basados en principios científicos.[1]

El profesional debe llevar a cabo una valoración de enfermería completa y holística de cada una de las necesidades del paciente. Usualmente, se emplea un marco de valoración basado en una teoría de Enfermería. En dicha valoración se contemplan problemas que pueden ser tanto reales como potenciales de riesgo.[2]

El examen del recién nacido debe incluir la identificación de enfermedades incapacitantes que puede ser objeto de una pronta acción preventiva o terapéutica. [3]

Las enfermeras, para realizar aquellas funciones que nos son propias, necesitamos organizar nuestro trabajo; esta estructuración la efectuamos mediante una herramienta muy útil que es el proceso enfermero. La valoración es la primera fase de este proceso, y la base de las demás.

La valoración se define como un proceso planificado, sistemático, continuo y deliberado de recogida de datos e interpretación de información, que permite determinar la situación de salud, y la respuesta que las personas dan a ésta.[4]

De la valoración de los patrones funcionales se obtiene una importante cantidad de datos relevantes de la persona (físicos, psíquicos, sociales, del entorno), de una manera ordenada, lo que facilita a su vez el análisis de los mismos. La valoración se realiza mediante la recogida de datos subjetivos, objetivos, la revisión de la historia clínica o informes de otros profesionales. Se deben evitar las connotaciones morales (bueno- malo), hacer presunciones, interpretar subjetivamente o cometer errores a la hora de emitir un resultado de patrón.[5]

El hecho de establecer un sistema unificado de valoración y un lenguaje enfermero estandarizado es fundamental para avanzar en un proceso asistencial de calidad; no obstante, es preciso homogeneizar el sistema de registro y también unificar los criterios

de interpretación del resultado de la valoración. En distintos foros y reuniones de trabajo puede observarse la gran variabilidad en la práctica clínica a la hora de realizar las valoraciones de los patrones; esta variabilidad puede tener su origen en la falta de evidencia científica disponible y puede conducir a problemas de calidad en los cuidados enfermeros y de credibilidad en los registros.

Esperamos que este manual facilite el establecimiento de criterios para determinar cuando está un patrón alterado y de este modo contribuya a disminuir la variabilidad de la práctica enfermera y mejorar la calidad de nuestras intervenciones y registros.[6]

II.JUSTIFICACIÓN

El servicio de neonatología del Hospital del Seguro Universitario viene brindando atención a los neonatos sin morbilidad o con trastornos leves y transitorios, que constituyen la inmensa mayoría de la población neonatal (90%). Aproximadamente un 10% presentan patologías asociadas. Durante su internación los neonatos pueden presentar cambios inmediatos o tardíos que puedan favorecer o desfavorecer su salud. En ambos casos el proceso de atención de enfermería formulado en forma lógica y racional ayuda a la profesional planear la atención de enfermería en forma técnica, adecuada, eficiente y eficaz.

En la Unidad de Neonatología del Hospital Seguro Social Universitario tiene la atención de los neonatos con patologías como Síndrome Dificultad Respiratoria, Síndrome Aspiración Líquido Amniótico Meconial, trastornos hematológicos, trastornos gastrointestinales, trastornos endocrinos, enfermedades infecciosas, trastornos neuromusculares y traumáticos, cardiopatías, enfermedades congénitas. Durante su estancia hospitalaria los neonatos pueden presentar signos y síntomas que puedan favorecer o desfavorecer su salud. En ambos casos el proceso de atención de enfermería ayuda la enfermera debe evaluar y valorar de forma oportuna lógica y racional ayudar al paciente neonato en su rehabilitación y esto sirve a la profesional forma técnica, adecuada, eficiente y eficaz. La valoración es el pilar fundamental para proceso atención enfermería como registro, formaliza la organización de las acciones científico técnicas del proceso de atención de enfermería. La valoración consiste en recolectar, organizar y validación de los datos que conciernen a la persona, familia y entorno con el fin de identificar las respuestas humanas y fisiopatológicas. Son la base para las decisiones y actuaciones posteriores.

La exploración física del recién nacido, la primera exploración de rutina probablemente revela más anomalías que cualquier otra exploración. La exploración inicial se debe centrar la atención en determinar si existe alguna malformación congénita si el recién nacido ha completado con éxito la transición de la vida fetal a la respiración del aire, hasta qué punto el embarazo, el parto, el nacimiento, la analgesia o la anestesia han

afectado al neonato y si existen signos de infección o enfermedad metabólica. Aplicando en forma correcta el registro, realizando diagnósticos de enfermería según la NANDA además que beneficie e incremente la satisfacción de la familia del neonato, así brindar una atención de calidad al neonato mediante las intervenciones específicas de enfermería según el nivel de atención que pueda requerir el mismo.

III.ANTECEDENTES

A mediados del siglo XX específicamente el año 1955 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 1967Jhonson (1959), Orlando (1961) y Wiedenbach (1963), consideraron un proceso de tres etapas (valoración, planeación y ejecución); Yura y Walsh (1967), establecieron cuatro (valoración, planificación, realización y evaluación); y Bloch (1974), Roy (1975), Aspinall (1976) y algunos autores más, establecieron las cinco actuales al añadir la etapa diagnóstica.

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

Trabajo realizado en Lima Perú. JUNIO - NOVIEMBRE 2016. Denominado VALIDACION DE UNA GUIA DE VALORACION AL RECIEN NACIDO CARDIOPATIA CONGÉNITA. Por autores LIC. FLORES APONTE, YESI LIC. GUTIERREZ TTITO, KELLY YESENIA “Validar una guía de valoración al recién nacido con cardiopatía congénita en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales. Diseño metodológico es cuasi – experimental, prospectivo según la secuencia longitudinal. La muestra estará conformada por 60 enfermeras. La técnica a utilizar será la observación sistemática y el instrumento, una guía de valoración diseñada para el estudio, el cual consta de 2 secciones una para los datos demográficos y la siguiente para la valoración al recién nacido utilizando 9 necesidades de Virginia Henderson. La validez del instrumento será validada por 10 expertos: 4 médicos pediatras, 1 medico cardiólogo, 5 enfermeras y; cada uno evaluará la validez de contenido, constructo y criterio, utilizando la prueba binomial menor de 0.05 y para la confiabilidad se realizará una prueba piloto y para los resultados se aplicará el coeficiente alfa de cron Bach mayor a 0.80. Procedimiento de recolección será aplicado por el personal de enfermería a cargo de los pacientes

durante los turnos laborales. La toma de datos se realizará dentro de dos meses en los turnos diurnos “. [7]

El trabajo realizado España septiembre 2014 denominado COLECCIÓN DE DOCUMENTOS PARA LA VALORACIÓN, PLANIFICACIÓN Y REGISTRO CLÍNICO EN ENFERMERÍA. Autores: - Martínez Nieto, José Manuel. - Delgado Romero, Ascensión. - Fuentes Cebada, Luis. - Sanlés Pérez, Manuel. - Carnicer Fuentes, Concepción. - Castro Yuste, Cristina. - Moreno Corral, Luis Javier. - Abellán Hervás, María José refiere “Con este conjunto de documentos, se pretende optimizar el aprendizaje y facilitar la realización y desarrollo del Proceso Enfermero (valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación), aportando y unificando el material básico y la metodología a usar en las distintas actividades y experiencias formativas tanto en el ámbito académico como en el clínico, y que se desarrollan en las asignaturas y en los practican que conforman el Grado en Enfermería. Para ello, en esta colección incluimos formatos específicos que guíen la práctica clínica a lo largo de todo el proceso de aprendizaje. Entre los documentos que se incluyen se encuentran: - Diferentes formatos para la recogida de datos/valoración (descriptivos, abiertos, semiestructurados, etc.), estructurados según las 14 Necesidades Básicas de Virginia Henderson, los 11 Patrones Funcionales de Salud de Marjory Gordon, y en aquellos casos en los que ha sido posible, según la adaptación a los 13 Dominios de la NANDA de los Patrones Funcionales de Salud de Gordon. Con esto se recogen los esquemas más utilizados actualmente en nuestro entorno clínico. [8]

El trabajo realizado Bolivia, desarrollado de abril a julio de 2008 denominado

DESARROLLO Y VALIDACIÓN DE UN INSTRUMENTO PARA LA EVALUACIÓN INICIAL DE ENFERMERÍA Autores: Cayetano Fernández-Sola, José Granero-Molina, Judith Mollinedo-Mallea, María Hilda Peredo de Gonzales, Gabriel Aguilera-Manrique, Mara Luna Ponce: Este estudio, objetiva desarrollar y validar un instrumento para orientar la evaluación de enfermería en parámetros asistenciales y docentes en Santa Cruz, Bolivia. Participaron 12 enfermeras bolivianas y se utilizaron el análisis de documentos y técnicas de consenso para definir las categorías y criterios a ser incluidas en el instrumento. Estas categorías son: la

evaluación física y los 11 Patrones Funcionales de Salud de Gordon. El instrumento se caracteriza por ser breve, de sencilla comprensión y por centrarse en el enfermo. El desarrollo de estos instrumentos contribuye a la calidad de los registros, favorece el juicio clínico y la aplicación del proceso a la enfermería, refuerza el papel del enfermero, favoreciendo la sistematización de su práctica.[9]

Trabajo realizado en Bolivia Revista N°9 – Septiembre 2013 Cuadernos del hospital Arco Iris denominado HOJA DE CONTROL Y VALORACIÓN DE ENFERMERÍA EN PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERIA, autores: Patiño Luz, Colque Marisol: El presente tema recopila la importancia, ventajas, características y etapas del Proceso de Atención de Enfermería ,constituyéndose una herramienta que permite al profesional de enfermería garantizar y asegurar la calidad de los cuidados al individuo , la familia y la comunidad.

Trabajo realizado en Bolivia Revista N°9 – septiembre 2013 Cuadernos del hospital Arco Iris denominado AUDITORIA EN ENFERMERIA autores: Patiño Luz, Colque Marisol. La presente herramienta de Calidad con el propósito de dar cumplimiento a la regla de oro del expediente clínico, considerando que existen hojas de manejo propio de la enfermera y por la responsabilidad que implica cumplir el reglamento general de los Hospitales Articulo 37 de Manejo de expediente clínico. Los objetivos de mejorar el manejo de formularios de enfermería siguiendo normas de los mismos. Los resultados del cumplimiento de la regla de oro muestran porcentajes de conformidad y no conformidad, expresados en gráficos, medida que resulto muy positiva porque se analiza el progreso al cumplimiento y la autoevaluación del personal, provocando el cambio de actitud del personal.

Trabajo realizado Vol. 3, núm. 4, julio, 2017, pp. 780-795 Número URL:http://dominiodelasciencias.com/ojs/index.php/es/index Publicado el 31 de julio de 2017 IMPORTANCIA DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA EN LA ATENCIÓN DEL RECIÉN NACIDO CRITICO autores Domínguez L Milka M, Macias Solorzazano Clemencia G., Germania M. Vargas-Aguilar El presente trabajo de investigación tuvo como fin, determinar la importancia del cuidado de enfermería a los recién nacidos críticos, en el área de UCIN del hospital especializado "Mariana de Jesús", en la ciudad

de Guayaquil de Enero a Marzo del 2016, este planteamiento surgió ante la problemática de salud generada por este grupo prioritario y de vulnerabilidad, se estableció como objetivo determinar la importancia de ese cuidado brindado, así como evaluar las necesidades del recién nacido y evidenciar el cumplimiento del cuidado por medio de la observación. El tipo de estudio fue de enfoque cuantitativo y de tipo descriptivo, transversal, observacional y de campo, realizado el análisis que se obtuvo por medio de la encuesta y una guía de observación, se evidenció que el cuidado de enfermería fue de un alto estándar de calidad basado en conocimiento científico y desarrollado por habilidades y destrezas adquiridas a lo largo de la experiencia laboral. Dando como conclusión que la atención especializada fue la clave para generar en esos neonatos cambios positivos que ayudaron a su supervivencia, vinculando la excelente calidad de servicio brindado, con el mejoramiento holístico del recién nacido crítico.

Tesis 2017 Perú Postgrado de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo "EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE LOS REGISTROS DE ENFERMERÍA EN EL ÁREA DE TRAUMA SHOCK DEL SERVICIO DE EMERGENCIA. HOSPITAL REGIONAL LAMBAYEQUE 2015" autora : Ríos Quevedo Daniela : Por el carácter legal, los registros de enfermería significan un respaldo a la labor de los profesionales de esta disciplina; sin embargo, por su variabilidad, complejidad y falta de unificación, en muchas oportunidades, no evidencian en lo escrito el cuidado brindado; por ello, se realizó el estudio denominado "Evaluación de la calidad de los registros de enfermería en el área de trauma shock del Servicio de Emergencia Hospital Regional Lambayeque 2015"; cuyo objetivo fue evaluar la calidad de los registros de enfermería en el aspecto estructura y contenido en el Área de trauma Shock, así como la realización de una propuesta de registro para dicha área. La investigación fue cuantitativa, descriptiva. Se tomaron registros de enfermería en base a la historia clínica, la población estuvo constituida por 123 historias clínicas de pacientes cuya estancia promedio fue más de 24 horas de permanencia, la muestra final fue 52 historias clínicas. La validez y confiabilidad se demostró mediante el estadístico KR20 en los instrumentos contenido y estructura. Concluyendo que la evaluación de la calidad de los Registros con respecto al aspecto estructura fue Buena con 50%; es decir; el profesional enfermero

incluye dentro de sus registros datos generales resaltando nombre del paciente, hora de ingreso, hay buena redacción y letra legible en las anotaciones de enfermería, colocación de sello y llenado de hoja de balance hídrico y kárdex; así mismo, con relación al aspecto contenido fue Mala con un 94.2%, no evidenciándose el Proceso de Cuidado Enfermero. Presentándose una propuesta de registro de enfermería.

IV.PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El desarrollo de un sistema de registro de enfermería eficaz y profesional es posible dentro del ámbito de las normas de práctica existente. La American Nurses Association (ANA) define una norma como; la afirmación competente, por lo cual puede juzgar la calidad de la práctica, servicio e información. Donde comunicarnos entre los miembros del equipo de salud es vital para los cuidados del neonato, normalmente los miembros del equipo, se comunican a través de reuniones, informes y registros. Siendo los registros un documento formal, legal de la evolución y tratamiento del neonato.

La norma de Práctica de Enfermería (1973) de la ANA orienta a la enfermera del proceso de Enfermería, ya que las informaciones proporcionadas para los registros se proceden de diversas fuentes (paciente) tanto primaria como secundaria (familiares, personal de salud).[10]

La responsabilidad profesional se sustenta por el hecho de que el P.A.E. se enseña en toda la formación profesional de las enfermeras, convirtiéndose en un eje transversal e integrador del plan curricular, es decir que en cada etapa del proceso educativo de las enfermeras se enfatiza, se profundiza el P.A.E. para lograr su comprensión, entendimiento, análisis y aplicación. Toda enfermera profesional sabe realizar y adaptar a cada caso el proceso de enfermería. Por otra parte, la ciencia de enfermería continúa su avance y desarrollo, acorde a estos tiempos, tal es así que la enfermera ya cuenta con diagnósticos clasificados y estructurados los cuales viene codificados según la taxonomía NANDA, NIC y NOC que están clasificados por dominios que a partir de su publicación deben ser implementados en los servicios.

En este sentido, la valoración es la primera parte del Proceso de Enfermería que hace referencia al primer acercamiento entre el profesional de enfermería y el paciente, a partir del cual se podrá desprender un programa básico de prevención, promoción y conservación de la salud, y ofertar cuidados planeados de manera integral e interdisciplinaria. [11]

La unidad de neonatología del Hospital del Seguro Social Universitario venía registrando mediante notas narrativas las cuales podían o no seguir el proceso metodológico de atención en enfermería, este hecho dificultaba evaluar la atención eficiente y eficaz de enfermería. Actualmente se implementó un registro único como el S.O.A.P.I.E. que permite la uniformidad en la interpretación de la valoración inicial al recién nacido que ingresa a la unidad de neonatología.

Se debe recordar que existen normas respecto a la calidad del registro de enfermería, este deberá ser revisado trimestralmente, mediante un formato de registro de auditoría de enfermería. Deberá basarse en la existencia de un plan de enfermería, tomado como referencia el sistema de clasificación de la Asociación Norteamericana de Diagnósticos de enfermería (NANDA).

Sin embargo, existen todavía dificultades en su correcta implementación al no contar con un documento que ayude a la valoración de enfermería según la taxonomía NANDA que puedan coadyuvar en la formulación del diagnóstico de enfermería y su correcto registro y por ende al mejoramiento en su correcta aplicación al proporcionar datos objetivos de la calidad de atención al neonato.[12]

a. FORMULACIÓN DE LA PREGUNTA DE INVESTIGACION.

¿Cuál será la calidad proceso enfermero en la etapa de valoración al recién nacido inmediato, unidad neonatología seguro social universitario La Paz enero – junio gestión 2018?

V.OBJETIVOS

5.1. OBJETIVO GENERAL.

Determinar la calidad proceso enfermero en la etapa de valoración al recién nacido inmediato, Unidad Neonatología Seguro Social Universitario La Paz enero - junio gestión 2018.

5.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

- Establecer el registro del proceso enfermero tiene datos subjetivos del neonato.
- Identificar el registro del proceso enfermero tiene datos objetivos del neonato.
- Definir las características legibilidad y claridad del registro de enfermería.

VI. MARCO TEÓRICO

6.1. CALIDAD PROCESO ENFERMERO

Carlos. Alvares plantea la siguiente definición “Calidad es un criterio técnico científico para los profesionales en salud y el grado de satisfacción para los pacientes; es decir articula los aspectos técnicos y metodológicos, así como las relaciones y percepciones.

American Society for Quaality Control la define como: La aptitud de un producto o servicio para satisfacer las necesidades del cliente. Se trata pues de la consecución del equilibrio de la balanza entre las necesidades del cliente y de los servicios ofrecidos por el proveedor. A partir de este punto, toda la filosofía de la calidad se basa en no perder de vista en ningún momento el justificante de la existencia de cualquier empresa o institución que es el usuario final del servicio.[13]

6.2. PROCESO ATENCIÓN ENFERMERO

Conjunto de acciones intencionadas que el profesional de enfermería, apoyándose en modelos y teorías, realiza en un orden específico con el fin de dar los mejores cuidados de enfermería a la persona que necesita cuidados de salud.

Es un método sistemático y organizado para brindar cuidados, atenciones individualizadas en cada persona de forma distinta ante una alteración real o potencial de la salud.

El proceso de atención de enfermería es el método por el cual se aplica el marco teórico de enfermería a la práctica real

Desde el año 1973, el PAE es considerado como:

“Instrumento principal de desempeño de enfermería en todas partes del mundo”

El término de valoración, en forma consensuada se le considera como un proceso planificado, sistemático, continuo y deliberado de recolección e interpretación de información que permite determinar la situación de salud que están viviendo las personas y sus respuestas a esta, a partir del cual se genera un juicio clínico, cuyas características son:

- Planificado: Es decir, no improvisado, sino pensado y diseñado de antemano.

- Sistemático: Esto es que requiere de un orden, de un método para su realización.
- Continuo: Comienza cuando la persona entra en contacto con el sistema de cuidados de enfermería.

- Deliberado: Es decir que precisa de una actitud reflexiva voluntaria, consciente y con un objetivo por parte de quien la ejecuta. El proceso de valoración de enfermería permite decidir qué información es relevante, qué áreas son de nuestra competencia, cuál debe ser el enfoque de nuestra intervención; decisiones que, sin duda, son influidas por los conocimientos, habilidades, conceptualizaciones, creencias y valores disciplinarios. [14]

La American Nursing Asociación, ha determinado la respuesta humana como el campo de actuación de las intervenciones de enfermería, construcciones que el profesional. El tipo de valoración que se realice y el paradigma que se contemple determinará la forma de construcción de los diagnósticos sobre los cuales el profesional de la enfermería debe diseñar su actuar. Valorar implica considerar los siguientes atributos:

- Captar información, es decir ir más allá de capturar, aprehender o atraer. Constituye una acción completamente activa y para cuya realización precisa disponer, no solo de conocimientos, sino de la sensibilidad y concientización de quien realice tal proceso, ya que en caso contrario se podría caer en el error de estar obteniendo datos sin estar realmente valorando. Contestar instrumentos u hojas de valoración de enfermería, por muy completas que estas sean, no es realmente valorar, si el profesional de enfermería que los capta, además de poseer los conocimientos y las habilidades precisas para ello, no está concientizado de la necesidad y validez de la acción que está realizando. [15]

- Decir que esta captación de la realidad que están viviendo las personas en cada momento, ha de ser lo más acertada posible, lleva implícito el compromiso permanente de la continuidad, así como de la puesta en práctica de técnicas específicas que han de posibilitarlo; lo que a su vez condiciona el conocimiento y la

posesión de las habilidades precisas para ello. Asegurar que esta captación acertada debe de hacerse de la naturaleza de las respuestas humanas, establece que la persona que realice la valoración enfermera ha de conocer las características propias, esenciales del modo de responder de las personas a las situaciones con las que se enfrentan, involucrando cuatro componentes: el biológico, el espiritual, el psicológico y el sociológico.

- La aceptación de la coexistencia de estos cuatro componentes en las personas, el centro de un sistema en torno al cual gire el cuidado profesional, lleva implícita la aceptación de que cuando la persona responde a una determinada situación de salud lo hará íntegramente, esto es con todos sus componentes.

- La necesidad de contemplar la globalidad de la respuesta humana, de forma continua, conlleva la necesidad de una formación minuciosa, progresiva y exhaustiva, no sólo en el campo propio de la enfermería sino en el de las relaciones interpersonales, de la persona que lleve a cabo la valoración, así como de un entorno y de un contexto situacional que posibilite la misma.

Relación del modelo de Virginia Henderson y la valoración La valoración de enfermería permite determinar las respuestas humanas a situaciones de salud, por lo que se debe de adoptar un marco que guíe y oriente la actuación del profesional, es decir necesita aplicar un marco conceptual teórico-metodológico fundamentado en una filosofía, una teoría o un modelo de enfermería. La forma de entender la profesión, el rol profesional, el comportamiento en la cotidianeidad del hacer enfermería, son claros indicativos de la adhesión a un modelo. [16]

6.3. APLICACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

La aplicación del proceso de atención de enfermería, se refiere a las etapas que la enfermera realiza al brindar el cuidado a la persona, familia o comunidad, en los establecimientos de diferentes niveles de atención de salud (Puesto, centro, hospital, instituto de salud, etc.) o cuando interactúa con la persona que requiere sus servicios.

Las etapas en la práctica tienen la siguiente secuencia, aunque sabemos que en muchos casos esta secuencia puede variar porque la persona no es un ser estático es

decir que los problemas pueden surgir en cualquier momento. Las etapas didácticamente son:

1er Valoración

2do Diagnostico

3er Planificación

4to Intervención

5to Evaluación [17]

La aplicación del proceso de atención de enfermería en el presente libro, ha sido sistematizada de tal forma que permita a la enfermera considerar las 5 etapas en la práctica. El proceso de atención de enfermería, requiere algunas precisiones que a continuación presentamos.

El proceso de atención de enfermería es el método científico que utiliza la enfermera en su desempeño profesional. Este método se basa en un amplio sistema de teorías mediante el cual se aplica dichas teorías, implementando de esta manera modelos que definen su práctica. Las enfermeras tienen presente que la aplicación del proceso de atención de enfermería hace diferente el actuar de la profesional, en relación a otras disciplinas u oficios.[18]

Existe una gran variedad de contenidos en la definición del proceso de enfermería dependiendo de quien lo explique, sin embargo, todas coinciden que su ontología (Naturaleza) en el método científico. Así tenemos las siguientes:

Susan Lady, “método lógico y racional para que la enfermera organice la información”.

Janet W. Griffth,” adaptación del método científico a la práctica, la enfermera utiliza estructuras teorías y modelos conceptuales para guiar y respaldar su proceso de atención en cada etapa”.

Patricia Yyer “es el método mediante el cual se aplica un amplio marco teórico a la práctica de enfermería. Es enfoque deliberativo de resolución de problemas que requiere de capacidades”.

Castillo y Cortez, “es una relación de interacción de la persona, familia y comunidad, con el profesional de enfermería. Constituye un método para que la enfermera trascienda en el otro, empoderándolo, en la toma de decisiones relacionadas con su salud, previa identificación de las respuestas humanas de la persona, que responden a estilos de vida, influidos por su cultura o patrones relacionados con la interculturalidad producto de la globalización; y que repercuten en la salud de las personas”.[19]

6.3.1. PROPIEDADES DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

1.Es intencionada: Porque va dirigido a un objetivo que es ofrecer una atención de Calidad centrada en la persona.

2.Sistematico**:** Porque utiliza un enfoque organizado.

3.Es Dinámico: Porque está sometido a continuos cambios, enfocado a respuestas cambiantes de las personas.

4.Es interactivo: Porque se basa en las relaciones reciprocas que se establece entre la persona y la enfermera y otros profesionales, este componente asegura la individualización de la atención a la persona.

5.Flexible: Porque puede adaptar a la práctica de la enfermera a cualquier área de especialización que trate con la persona, familia o comunidad.

6.Tiene Base Teórica: Porque el proceso de atención de enfermería se ha ideado generando a partir de una amplia base de conocimientos incluyendo ciencias naturales, sociales, humanas y se puede aplicar a cualquiera de los modelos teóricos de enfermería.[20]

6. 4. VALORACIÓN DE ENFERMERÍA BASADA EN LA FILOSOFÍA DE VIRGINIA HENDERSON

Basada en la filosofía de Virginia Henderson La valoración de enfermería en consecuencia está relacionada con la recolección de información, validación/verificación de los datos, organización de los mismos, comprobación de las primeras impresiones y registro/comunicación de los datos. Para la obtención de la información se requiere de un manejo e interpretación de los datos, así como de habilidades por parte del profesional. La valoración como su nombre lo indica, consiste en reunir información útil, necesaria y completa sobre la persona en la cual recaerá el cuidado, en esta etapa de obtención de información se ha de tener en cuenta:

- Las fuentes de recolección de datos a las que se puede acudir, son: directas (la persona valorada) e indirectas (la pareja, la familia, los amigos, la historia del paciente, los informes de otros profesionales, la bibliografía publicada al respecto), y la validez y utilidad que estas puedan tener en un momento determinado. [21]

- El tipo de datos que podemos obtener que son objetivos y subjetivos. Los primeros son evidencias que se pueden cuantificar: una temperatura, un olor, un color, una frecuencia, Los subjetivos son hechos o ideas expresadas por la persona, como son el dolor, el sufrimiento, no comprender, sentirse cansado, entre otros. Las técnicas de las que dispone el personal de enfermería para llevar a cabo la recolección de información, son: la observación, la entrevista y el examen físico, el cual se realiza a partir de la inspección, palpación, percusión y auscultación. En resumen, la obtención de los elementos necesarios para la valoración pueden ser objetivos, que se determinan mediante la observación y el examen físico del paciente y de los datos subjetivos que se obtienen mediante la entrevista al paciente. Para vincular esta etapa utilizando el modelo de V. Henderson se debe orientar la obtención de datos para determinar si los comportamientos llevados a cabo por la persona son adecuados y suficientes para satisfacer todas y cada una de las 14 necesidades fundamentales que contempla el modelo filosófico. Las catorce necesidades básicas que describe V. Henderson, son:

1. Respirar normalmente.

2. Comer y beber adecuadamente.

3. Eliminar por todas las vías corporales.

4. Moverse y mantener posturas adecuadas.

5. Dormir y descansar. Usar ropas adecuadas, vestirse y desvestirse.

7. Mantener la temperatura corporal dentro de los límites normales.

8. Mantener la higiene corporal y la integridad de la piel.

9. Evitar los peligros ambientales y lesionar a otras personas.

10. Comunicarse con los demás expresando emociones.

11. Vivir de acuerdo con sus propias creencias y valores.

12. Ocuparse en algo para realizarse.

13. Participar en actividades recreativas.

14. Aprender, descubrir y satisfacer la curiosidad. Una vez valoradas estas necesidades, se requiere replantearlas bajo un pensamiento crítico, para tomar decisiones, sobre si un comportamiento para la persona es adecuado para satisfacer cada una de estas necesidades, es decir, si el paciente es independiente, lo que supone posee conocimiento de la normalidad y de las manifestaciones de independencia esperadas en cada necesidad teniendo en cuenta las características individuales de cada persona: edad, sexo, etapa de desarrollo.[22]

Obtención de información dentro del proceso de valoración, estructuralmente debe realizarse en tres fases: antes, durante y después de ésta.

• Antes: se recogen datos objetivos y subjetivos, de los antecedentes sobre los que se tiene cierta certeza de que no hay cambios imprevisibles: nombre, sexo, edad; esto

puede evitar repeticiones y ayuda a inspirar confianza. No obstante, hay datos que se tienen que corroborar. VALORACIÓN DE ENFERMERÍA

Basada en la filosofía de Virginia Henderson

- Durante: se deben hacer anotaciones de los datos que se van obteniendo mediante la realización del examen físico (presión arterial, peso, talla, etc.), de la observación (vestimenta, quién acompaña al paciente), las respuestas a las preguntas que se le van haciendo, a veces no es aconsejable o necesario captar los datos delante del paciente, o surge la oportunidad de valorar un determinado aspecto cuando se está ejecutando otra actividad, en estas ocasiones el registro debe hacerse inmediatamente para evitar errores y olvidos. [23]

- Después: una vez obtenida la información es necesario aclarar o completar alguna situación, de algunos datos o aspectos concretos sobre los que generen dudas. La validación/verificación de los datos se realiza para asegurar que la información obtenida en la etapa anterior es exacta y completa, a fin de evitar prejuicios y conclusiones precipitadas que puedan llevar a un error diagnóstico. La validación de los datos no esperados o incongruentes, así como los que sean de gran importancia en la formulación del diagnóstico o la planificación de la intervención de enfermería, ha de hacerse siempre para validar los datos del uso de técnicas tales como:

- Dobles comprobaciones, en todas las acepciones del término doble, es decir repitiendo de nuevo la toma, repitiendo la toma de otra forma o con otro instrumento, haciendo que otra persona repita la toma.

- Verificando hipótesis mediante la comprobación de los hechos observados con los argumentos del paciente. [24]

- Organización de los datos: es la agrupación sistemática de los datos en categorías o conjuntos de información relacionada, lo que ayuda a empezar a tener una imagen nítida de los diversos aspectos de la situación que se está viviendo.

- Organizar los datos de una u otra forma influirá en el tipo de información que se obtiene. Los soportes impresos y electrónicos ayudan de manera significativa a la

valoración de enfermería, donde al mismo tiempo que se van obteniendo, organizando y registrando los datos. Estos soportes suelen ser instrumentos útiles para principiantes como guía de su quehacer.

Al realizar cualquier tipo de anotación el profesional de enfermería debe seguir algunas normas, como las siguientes:

- Escribir con material indeleble: pluma, bolígrafo, sobre el instrumento impreso.
- Hacer anotaciones concretas y concisas, con letra fácilmente legible, preferente de imprenta, y en el medio electrónico resaltar la información y guardar los cambios.
- Usar sólo las abreviaturas que estén consensuadas y que no puedan conducir a error.
- No dejar espacios en blanco ni escribir entre renglones. [25]
- La comunicación de los datos es un acto también revestido de una gran importancia pues lleva implícito el conocimiento de qué comunicar y a quien debe ser comunicado.
- Comunicar lo que no esté dentro de los parámetros establecidos como normales.
- En lo referente a informar sobre el estado de salud del paciente, decidir, qué datos se pueden comunicar a la persona afectada, a la familia, y cuales, al equipo interdisciplinario, esto supone un conocimiento de las áreas de competencia.

Integración de la valoración El diseño de esta herramienta o guía de valoración contribuye al desarrollo profesional de la enfermería a tener una visión integral del paciente, contemplando todos los aspectos de salud, tantos físicos.

Basada en la filosofía de Virginia Henderson como psicológicos, socioculturales y espirituales, de manera que ponga en valor la contribución de los enfermeros y enfermeras a la mejora de la salud integral de las personas, respondiendo a las exigencias de calidad en la atención, medidas por estándares e indicadores nacionales e internacionales como los que marca la “Joint Comisión International” [26]

6.5. PRIMERA ETAPA VALORACIÓN

Es la parte más importante en la realización de los Planes de Cuidado, ya que, en una buena valoración inicial, se detectarán los Problemas de Salud que se traducirán posteriormente en los Diagnósticos Enfermeros. Es un proceso basado en un plan para recoger y organizar toda la información. La valoración proporciona datos útiles en la formulación de juicios éticos referidos a los problemas que se van detectando.

En la práctica, la valoración se suele realizar tanto por Necesidades de Virginia Henderson como por Patrones de Salud de Marjory Gordon.

La valoración es la primera etapa del proceso de atención de enfermería

Y el más crítico. Si este paso no se maneja de manera adecuada, las enfermeras perderán el control sobre las siguientes etapas del proceso enfermero. Sin una valoración enfermera apropiada no puede haber un diagnóstico enfermero, y sin el diagnóstico no se pude identificar intervenciones enfermeras independientes.

La valoración implica la recogida de información subjetiva y objetiva (p. ej., signos vitales, entrevista con el paciente/familia, examen físico) y revisión de la información en la historia del paciente. Las enfermeras recogen, asimismo, información sobre las fortalezas (para identificar oportunidades de promoción de la salud) y riesgos 8 áreas que las enfermeras pueden prevenir o problemas potenciales que pueden posponer.

La valoración puede basarse en una teoría de enfermería en concreto, como la desarrollada por la hermana Callista Roy, Wanda Horta o Dorothea Orem, o marco teórico para la valoración como los patrones funcionales de Marjory Gordon.

Las enfermeras expertas pueden identificar rápidamente grupos de pistas clínicas a partir de los datos de la valoración y avanzar rápidamente hacia el diagnóstico enfermero. Las enfermeras noveles requieren un proceso más secuencial para determinar el diagnóstico enfermero apropiado.

La valoración consiste en recolectar, organizar y validación de los datos que conciernen a la persona, familia y entorno con el fin de identificar las respuestas humanas y fisiopatológicas. Son la base para las decisiones y actuaciones posteriores.

El profesional debe llevar a cabo una valoración de enfermería completa y holística de cada una de las necesidades del paciente. Usualmente, se emplea un marco de valoración basado en una teoría de Enfermería. En dicha valoración se contemplan problemas que pueden ser tanto reales como potenciales (de riesgo).

Requiere el análisis crítico, lógico y racional para llegar a una conclusión diagnostica.[27]

6.6. DEFINICIÓN DE VALORACIÓN DE ENFERMERÍA

Recolectar datos, entendiéndose como, dato a toda información relevante de la persona.

Dato relevante es la información más significativa más importante necesidad o problema, que en el lenguaje enfermero se conoce también como respuestas humanas subjetivas y objetivas. En los diagnósticos de enfermería, a los datos relevantes toman el nombre de características definitorias.

6.6.1 PROPÓSITO DE LA VALORACIÓN:

Establecer una base de datos acerca de la salud del paciente incluyendo problemas reales o potenciales, la misma que está constituida por:

Datos de toda la información relevante a cerca del paciente (histórico, actual, objetivo y subjetivo)

Base de datos, que es la información disponible de un paciente (Historia clínica, examen físico)

6.6.2 TIPOS DE VALORACIÓN:

- Valoración y revaloración
- Valoración focalizada o diaria
- Valoración de urgencia
- La evaluación y reevaluación

Valoración y revaloración: La valoración puede ser valoración inicial (en el primer contacto) o valoración continuada (revaloración tras la valoración inicial). La valoración continuada se puede realizar en cada contacto con el paciente, de forma programada

o periódica, al finalizar el turno de trabajo, al alta o al ingreso, al cambiar cada etapa de desarrollo, etc. La revaloración trata de comparar al cabo de un tiempo el estado actual con los estados previos.

Valoración focalizada o centrada en el problema: En determinadas situaciones, puede ser necesario realizar una valoración centrada en un problema o focalizada en una actuación. Por ejemplo, realizar una prueba diagnóstica o terapéutica a un paciente (analítica, ECG, cateterismo, administración de una medicación intramuscular) no siempre permite hacer una valoración global para planificar los cuidados a prestar en el tiempo que va a durar la actividad. En este caso, se puede realizar una valoración focalizada y orientada al problema o a la actuación de enfermería concreta. Mientras realizamos algún tipo de actuación puede que se tenga capacidad de actuar sobre pocos o ningún diagnóstico enfermero y nuestra actuación se centre en las complicaciones potenciales o en las intervenciones de enfermería de diagnóstico y tratamiento. También es posible realizar una valoración focalizada para profundizar en una valoración previa, para buscar claves adicionales, para confirmar o rechazar problemas independientes y/o de colaboración, o para identificar problemas nuevos que se pasaron por alto.

Valoración urgente:

Se produce durante una situación fisiopatológica del paciente que no permite demora en la atención y la realización de una valoración exhaustiva. El objetivo es identificar problemas peligrosos para la vida y/o para las necesidades básicas de la persona. Por ejemplo, en un paciente que presenta una parada cardiorrespiratoria, se realiza una valoración urgente del estado respiratorio, cardiaco y de la circulación, pero no una valoración exhaustiva de su autopercepción[29].

La evaluación y reevaluación:

La evaluación y la reevaluación (evaluación continuada), más que la última etapa del proceso enfermero, consisten en un proceso continuo y retrospectivo de valoración de la situación (estado de la persona) tras la ejecución del plan. Es decir, la comparación entre lo valorado (observado) y los objetivos o los resultados planificados (esperado).

6.6.3 TIPOS DE DATOS:

Datos subjetivos: Se conoce también como signo. Son los datos relevantes (Respuestas Humanas) que una persona REFIERE, se conoce como dato no visible, es decir sentimientos, sensaciones, opiniones. Eje la madre refiere “Me duele separarme de mi bebe”.

Datos actuales: Son aquellos que están presentes en el momento de la valoración. Ej. Bradicardia.

Datos Objetivos: Se conoce también como síntomas, son observables se obtiene mediante la percepción (odio, vista, tacto, gusto, olfato). Ej. Presión arterial.

Datos históricos: Antecedentes: Son aquellos hechos que han ocurrido anteriormente y comprenden hospitalizaciones previas, enfermedades crónicas y pautas de comportamiento (eliminación, adaptaciones pasadas, etc.).

Existen otro tipo de información que se debe registrar como:

Datos variables: Varía según la hora, ejemplo: frecuencia respiratoria.

Datos constantes o generales: No varían, ejemplo: fecha de nacimiento. **Los datos también pueden ser:**

Estables, cuando no varían; ej.: fecha de nacimiento, peso al nacer etc.

Variable, cuando cambian; ej.: temperatura, peso, presión arterial, estado emocional, actividad, conocimiento, etc.

Valoración inicial y se realiza cuando se relaciona por primera vez la enfermera con la persona; ej.: al ingreso del paciente a un servicio valoración céfalo caudal.

Focalizada, cuando se buscan datos de un área corporal específicos; ej. sistema pulmonar; ej. Características de la respiración.

Este tipo de valoración es muy utilizada por las enfermeras, que tienen a cargo varios pacientes (más de 5 pacientes por enfermera en un servicio general) es la evolución mínima que la enfermera realiza al paciente en el turno de trabajo.[30]

6.6.4 FUENTES DE DATOS:

- **Fuentes primarias:**

Es la fuente directa la misma persona sobre su salud, creencias, prácticas, patrones de conducta.

- **Fuentes secundarias:**

Es la fuente indirecta que se obtiene del personal de salud, registros, reportes. (otra persona o documentos EJ. Historia clínica)

Los datos no se interpretan, ni generalizan, ni se opinan. Ej. “obeso” esto no es un dato es una conclusión que ha sido interpretada. Para que sea un dato relevante debe describirse de la siguiente manera: Ej. Peso anterior registrado en Historia clínica 40Kg ahora pesa 76Kg”.

6.6.5. ORDENAMIENTO DE LOS DATOS RELEVANTES

La valoración de enfermería se ordena en: datos subjetivos y datos objetivos de la valoración. Esta forma de ordenar los datos responde a la esencia del conocimiento como ciencia, considerando el criterio de la verdad conocido como evidencia.

1.DATOS SUBJETIVOS

Son los datos relevantes (Respuestas Humanas) que una persona refiere, sobre sí mismo, se conoce como dato no visible, es decir sentimientos, sensaciones, opiniones, ideas etc.

Se obtiene estos datos subjetivos a través de una técnica llamada entrevista.

1.1. Entrevista

Definición: Es una técnica de comunicación que se realizan a través de la interacción de la enfermera y la persona a su cargo. A diferencia de la entrevista realizada por otros profesionales, la enfermera recoge datos seleccionados, conocido en el lenguaje enfermo como: Respuesta humanas.

Respuestas humanas son manifestaciones subjetivas y objetivas que pertenecen exclusivamente a la persona y su entorno frente a la salud o enfermedad.

La entrevista tiene las siguientes partes o etapas, responde a la siguiente interrogante.

¿Cómo se realiza la entrevista?

Partes o etapas de la entrevista:

1era parte:

Inicio o comienzo: Creación de una relación positiva caracterizada por el respeto a la persona; ej.: “Señora María, soy enfermera del servicio, mi nombre es Francisca Castillo, en esta oportunidad voy a dialogar con UD. Para conocer algunos datos de su persona que me servirá para elaborar el plan de cuidados de enfermería, durante su permanencia en este servicio. Luego al pasar al contenido de la entrevista que es el segundo paso, las enfermeras obtienen datos del caso, que ayuda a iniciar el Proceso de Atención de Enfermería. Estos datos son:

- **Nombre:** El respeto a la persona comienza con su identificación, el mismo que debe ir con nombres, apellidos paternos, materno.
- **Edad:** Se refiere al tiempo que ha vivido una persona.
- **Etapa de la vida:** Es el estado en el que se encuentra la persona como producto de la evolución de sus funciones biológicas, psicológicas, sociales reflejadas o evidenciadas por ciertas características. Las etapas de la vida según la NANDA, y que manejar la enfermera son:

Feto, neonato, lactante, niño pequeño, pre escolar, escolar, adolescente, adulto joven. adulto mayor, anciano joven. anciano y gran anciano.

- **Estado civil:** Condición de la persona en relación con los derechos y obligaciones civiles.
- **Número de hijos o historia obstétrica:** Este dato será ampliado si la persona tiene hijos, considerar: número de gestaciones, abortos, partos vaginales, cesárea, nacidos vivos, nacidos muertos, cuantos viven actualmente.
- **Lugar de Nacimiento o procedencia:** Este dato ayuda a tener en cuenta las costumbres, creencias, lenguaje etc., para conocer y respetar la cultura de la persona.

- **Religión**: Este dato permite considerar prácticas, rituales, culto.
  Situación porque acude al servicio, considerar aspectos relevantes que ayuden a seguir con el proceso; ejemplo: “se me infecto la herida y estoy haciendo fiebre”
- **Antecedentes personales:** Son los hechos anteriores que sirven para juzgar otros actuales o posteriores, en algunos casos los antecedentes determinan el tipo de PAE que se va a desarrollar, por ejemplo: Hepatitis en la adolescencia.
- **Diagnóstico médico:** Enfermedad que padece actualmente. Este dato se obtiene solo si la persona está en un establecimiento de salud. El diagnostico medico es dado por un facultativo. El proceso de atención de enfermería también se realiza en una persona sana.
- **Tratamiento:** Sistema terapéutico o intervenciones que recibe la persona de un facultativo; y que es de suma importancia para el cuidado de enfermería.

Los datos del caso pueden variar de acuerdo a la persona por ej.: Si es recién nacido no se considera estado civil, sin embargo, es importante este dato en un servicio de maternidad.[31]

2da parte de la entrevista:

Contenido: Es el cuerpo o tema principal de la entrevista donde la enfermera organiza los datos que va preguntar. Los datos pueden obtenerse considerando el marco teórico de una teoría, de ser así; la teoría debe fundamentarse el área o la especialidad. Ej., Teoría de Traveldi “Relación de persona a persona “en la especialidad de psiquiatría.

La enfermera estructura el contenido de la entrevista y este puede tener diferentes formas de organización. El contenido de la entrevista responde a la siguiente interrogante ¿Qué le pregunto a la persona?

Esta pregunta siempre estará asociada a una técnica, modelo o un dominio de la enfermera. que, en la práctica, como se mencionó antes, es la especialidad, por ejemplo. Si la persona tiene un problema biológico, la enfermera utilizara teorías de sistemas corporales o funcionales, y si el problema es del medio ambiente, se

interrogará siguiendo la teoría de Nightingale que tiene que ver con la ecología y persona.

A continuación, algunos modelos y teorías que ayudan al interrogatorio:

Modelo conceptual de Henderson. Recoge datos según 14 necesidades ejemplo: ¿puede moverse y mantener la posición que desea? Seguir preguntando hasta cubrir las 14 necesidades. En este caso la enfermera aplica el proceso de enfermería considerado teorías de las necesidades humanas.

Modelo de Bienestar. Recoge datos sobre estilos de vida saludables ejemplo: ¿háblame sobre su alimentación, deportes, ejercicios? en este caso la enfermera aplica la teoría del desarrollo de capacidades y potencialidades de la persona teniendo en cuenta las condiciones funcionales necesarias para ello.

Modelo de Sistemas Corporales recoge datos por sistemas o aparatos ejemplo; ¿Cómo está la orina? Sistema urinario.

Modelo de Desarrollo. Recoge datos de acuerdo a la evolución del ciclo vital ejemplo. Relátame por favor sobre su nacimiento, como fue su parto. ¿a qué edad camino?, control de los esfínteres etapa pre escolar, escolar etc.

Modelo de Patrones funcionales de salud. Cuando se refiere al funcionamiento de los órganos y sistemas como respuestas humanas ejemplo ¿Cómo está la eliminación urinaria? Patrón de eliminación y seguir preguntando hasta cubrir los 11 patrones funcionales. El modelo de Patrones Funcionales de Salud de Gordon

Es muy conocido, actualmente su uso se ha difundido con los diagnósticos clasificados por dominios.

Modelo de Patrones de Respuestas Humanas, Abarca los patrones de vida de una persona en interacción con su entorno: El interrogatorio se hace de acuerdo a las etiquetas diagnósticos ejemplo; Si la etiqueta es. Alteración de la nutrición por exceso el interrogatorio será ¿Usted subió últimamente de peso?, Y seguir preguntando hasta completar los 9 patrones de respuesta humanas que clasifican los diagnósticos de enfermería.[32]

Modelo considerando las agrupaciones diagnosticas por dominios. Esta agrupación es la nueva clasificación de los diagnósticos de NANDA; ejemplo ¿Cómo maneja su salud o que hace usted para mantener su salud? Dominio Promoción de la salud. Y seguir preguntando hasta terminar los 13 DOMINIOS.

La enfermera puede elegir la teoría y aplicarla como modelo la que más se ajuste al usuario y a la especialidad.

La utilización de los dominios no excluye que la enfermera elija la teoría que más se adecue al paciente, la clasificación de los diagnósticos por dominios es referencial y es la más actualizada, además su contenido se refiere a las áreas que la enfermera maneja en su contenido se refiere a las áreas que la enfermera maneja en su desempeño profesional ejemplo. Crecimiento y desarrollo. En nuestro país, cada vez son más las enfermeras que utilizan la valoración por Dominios en los pacientes que acuden a los establecimientos de salud, según las enfermeras, esto les permite identificar con más precisión los diagnósticos, así mismo se aprecia registros de enfermería considerando la valoración por dominios.[33]

3era Parte de la entrevista: Finalización o cierre de la entrevista Es la culminación de la entrevista, caracterizada por la calidez y amabilidad.

Ejemplo “Sra. María gracias por compartir conmigo información sobre usted “, tenga la plena seguridad que los datos proporcionados serán de gran utilidad y son confidenciales, como le dije sirven para elaborar el plan de cuidados de enfermería que recibirá usted durante su permanencia en este servicio”.

2. MÉTODOS PARA LA OBTENCIÓN DE DATOS OBJETIVOS:

Es el dato relevante que recibe la enfermera utilizando los sentidos: Vista, olfato, oído, tacto, gusto.

El dato objetivo es mensurable, es decir se mide ejemplo: La señora María pesa 58Kilos para obtener este dato la enfermera ha utilizado una balanza y con ropa ligera, obtuvo la medida del peso de la paciente. La enfermera ha percibido con la vista por

que utilizo los ojos para ver el peso en la balanza ¿Cómo recoge los datos objetivos? A través de una técnica llamada observación.[34]

- **Observación**:

En el momento del primer encuentro con el paciente, la enfermera comienza la fase de recolección de datos por la observación, que continua a través de la relación enfermera-paciente.

- **Exploración general**:

Es la exploración inicial se debe centrar la atención en determinar si existe alguna malformación congénita, si el recién nacido ha completado con éxito la transición de la vida fetal a la respiración del aire, hasta qué punto el embarazo, el parto, el nacimiento, la analgesia o la anestesia han afectado al neonato y si existen signos de infección o enfermedad metabólica y congénita.

- **Exploración física**:

(Céfalo-caudal) Se centra en: determinar en Profundidad la respuesta de la persona al proceso de La enfermedad. La enfermera utiliza cuatro técnicas específicas: inspección, palpación, percusión y auscultación. (11)

Se entiende por neonato o recién nacido aquel bebe que tiene 28 días o menos desde su nacimiento Este periodo es importante porque suceden cambios muy rápidos. Este término se aplica tanto q los pre términos como a los termino o postérminos (Cuidados neonatales de enfermería) [35]

CRANEO:

Depende del tipo de parto, hay que examinar suturas y fontanelas anterior y posterior. Anomalías: Caput Sucedáneo, el Cefalohematomas Trastornos: Síndrome Apert, hidrocefalia, acondroplastia, Microcefalia, Craneosinostosis y Alopecia del cuero cabelludo.

El perímetro craneal medio Recién Nacido es de 33 cm a 38 cm

Prematuro los huesos del cráneo son blandos y suturas abiertas. Cabeza grande en relación al cuerpo. Pelo escaso y fino.

Pos termino: Abundante cabello. Perímetro craneal normal.

CARA:

Se observa la simetría a las características dismórficas Epicanticos. Prematura ausencia de cejas.

OJOS:

Reflejos del laberinto. El neonato puede seguir el rostro del examinador o un objeto brillante. Las pupilas deben ser iguales y reactiva la luz. Alteraciones hemorragias Conjuntivales, Cornea un diámetro mayor 1cm se debe sospechar de Glaucoma. La Leuco Coria es signo de catarata, retinopatía.

OIDOS:

Los pabellones auriculares deben simétrica. Deformidades del pabellón auricular: apéndices cutáneos pre auriculares.

El conducto auditivo es corto, recto y la membrana de color gris mate

Prematuro: Cartílago del pabellón auricular blando y flexible.

NARIZ:

Los orificios simétricos, verificar la permeabilidad de la nariz, Una atresia de coanas provoca dificultad respiratoria grave. El estornudo es común**.**

BOCA:

Dientes precoces. Hay que inspeccionar el paladar y descartar una hendidura, las perlas de Epstein se encuentran en el paladar duro. La lengua aparece grande y puede tener frenillo. La presencia de abundante saliva sospecha de atresia de esófago.

CUELLO:

Generalmente corto. Palpar las clavículas porque puede haber fracturas. Descartar alteraciones como bocios, higromas, hemangiomas y lesiones del musculo esternocleidomastoideo.

TORAX:

Observación con método de Silverman, Capurro.

PULMONES:

Pueden auscultarse estertores húmedos desaparecen primeras horas de vida**.** Medir la Frecuencia respiratoria normal 40 a 60 por un minuto.

Así como la respiración periódica es normal, una pausa respiratoria, la apnea lo cual el color del neonato cambia a distintos grados de cianosis.

CORAZON:

A la Auscultación la frecuencia cardiaca es de 120 a 160 por un minuto. Alteraciones cardiacas ejemplo soplo cardiaco.

ABDOMEN:

A la palpación el abdomen se evalúa para detectar organomegalia, masas, inflamación y distensión. El muñón umbilical debe ser examinado.

Los órganos anteriores del abdomen (p eje hígado, bazo, intestino) a menudo son visibles en prematuros.

GENITALES:

Recién nacida se observa moco blanco y claro en la vagina.

Recién Nacidos verificar los testículos estén en bolsas escrotales

Los recién nacidos orinan en el transcurso de las primeras 24 horas

Prematuro: En los varones con frecuencia criptorquidia y las niñas labios mayores que no cubren los menores.

ANO:

Recién nacidos eliminan meconio en las 48 horas, comprobar la permeabilidad rectal con una sonda o termómetro. Ocasionalmente se confunde una fistula de gran tamaño con un ano normal, se observará que la fistula se localiza anterior o posterior a la ubicación habitual de un ano normal.

SISTEMA MUSCULO ESQUELÉTICO

EXTREMIDADES:

Se debe examinar las cuatro extremidades Ejemplo parálisis braquial. Descartar polidactilias, sindáctilas, se puede presentar amputaciones de bandas amnióticas Anomalías frecuentes: Pie metatarso Varo, pie Equino varo.

EXPLORACIÓN NEUROLOGICA

El examen tiene los siguientes parámetros: Conducto, movimientos anormales, respuestas visuales y auditivas, perímetro cefálico, tono activo y pasivo de grupos musculares, nervios craneales, reflejos neonatales.

PIEL:

La piel del recién nacido es color rosada y está cubierto por vérnix, se puede observar milia en la frente. Se debe evaluar la textura cutánea espesor y edema local o general. Alteraciones como piel ictérica, plétora, palidez, cianosis

El color de la piel es probablemente el índice aislado de la función cardiorrespiratoria

Prematuro: Piel arrugada, rosa, lisa y brillante, lanugo abundante

Pos termino: Piel agrietada y seca, ausencia de vérnix, escasez de panículo adiposo.[36]

6.7. ORGANIZACIÓN DE LOS DATOS (MODELOS DE VALORACIÓN)

Explora todas las áreas de dominio de la enfermera el cual es completo porque se aplica a la persona enferma, sana, a la familia y comunidad.

a) Modelos de valoración según patrones funcionales son once patrones.

b) Modelos de valoración por necesidades según Virginia Henderson.

c) (44) Modelos según dominio y clases último modelo de valoración según la Taxonomía II de la NANDA que son 13 dominios. [37]

6.8. MODELO SEGÚN DOMINIOS: DATOS SUBJETIVOS Y OBJETIVOS

El contenido de la entrevista, en el ejemplo, sigue la secuencia de los dominios sin embargo en la práctica es difícil solo interrogar y no observar. Tener en cuenta que la enfermera recolecta los datos subjetivos cuando refiere el paciente y datos objetivos con la observación o percepción o percepción que la enfermera realiza en el paciente. Clases, 2005 último modelo de los diagnósticos según la taxonomía II de la NANDA que son 13 dominios, 47 clases y 216 diagnósticos.

Descripción y análisis de las clasificaciones NANDA, NOC y NIC volumen 8

Clasificaciones al proceso de cuidar. Analizar las... Dentro del proceso de atención de enfermería, como referente... entre las clasificaciones de diagnósticos enfermeros... dominio. Estructura de la taxonomía NANDA II.

Dominio: Es el nivel más abstracto de la clasificación. Con los dominios se trata de identificar y describir resultados de comportamiento y/o conducta de la persona que tienen relación con su salud, desde una perspectiva integral y tanto individual como colectiva.

Clase: Es el segundo nivel de la clasificación y describe resultados más concretos de los dominios.

Resultados: Representa el nivel más concreto de la clasificación y expresan los cambios modificados o mantenidos que se quieren alcanzar en los pacientes como consecuencia de los cuidados enfermeros.

Indicador: Se refiere a los criterios que permiten valorar los resultados, incluyendo una escala para su valoración

A continuación, se describe la estructura de la clasificación.

Ésta presenta **13 dominios** con su correspondiente definición:

- **Dominio 1 Promoción de la salud**: toma de conciencia del bienestar o normalidad de las funciones y estrategias usadas para mantener el control y fomentar el bienestar y la normalidad del funcionamiento, considerando 2 clases; toma de consciencia de la salud y gestión de salud; en esta última clase se encuentra 8 diagnósticos de enfermería como :00078 Gestión ineficaz de la propia salud,0080 Gestión ineficaz del régimen terapéutico familiar etc. Ejemplo La Señora refiere "antes de comer deben ponerme la insulina". Se observa que la paciente no consume sus alimentos y espera a que la enfermera le administre insulina.

Según la historia clínica. El tratamiento es de 5 UI de insulina,30 minutos antes de la cena por vía subcutánea.

- **Dominio 2 Nutrición**: Esto significa todos los aspectos relacionados con las actividades de ingerir, asimilar y usar los nutrientes a fin de mantener y reparar los tejidos y producir energía. Este dominio recoge datos de % clases: Ingestión, digestión, absorción, metabolismo, hidratación.

La paciente refiere "en casa como todo, sopa, segundo, pero tengo preferencia por la salchipapa, la como 2 veces por semana, en las noches la acompaño con una gaseosa light "," desde que estoy hospitalizada me dan en el desayuno:1 taza de leche, un pan integral, una porción de papaya. En el almuerzo: arroz con puré y pollo, más un tazón de sopa y un trozo de papaya, a las 4:00 p.m., me dan una porción de papaya picada;

en la cena, arroz con porción de pollo y verduras, un plato de sopa, pero eso no es no es igual a la salchipapa que como en casa, eso es si agradable".

En el velador se encuentra una jarra de un litro vacía: también la porción de papaya a medio consumir a las 5:30 pm.

Al examen físico se observa piel ligeramente pálida, cicatriz antigua de aproximadamente 10cm de zona suprapúbica, estrías blancas en hipogastrio.

En cavidad oral, dentadura incompleta faltando 4 dientes en el maxilar inferior y uno en el maxilar superior.

En la historia clínica su temperatura actual es :37°C, en la misma se encuentran los siguientes datos: Dieta completa para diabético: liquido volumen total 1800 + líquido a voluntad.

- **Dominio 3 Eliminación**: Se define como la secreción y excreción de los productos corporales de desecho, considera las siguientes clases; la función urinaria, gastrointestinal, integumentario, y respiratoria, para obtener datos sobre este dominio preguntar: retención urinaria, incontinencia urinaria, así como diarrea estreñimiento, intercambio gaseoso etc., información que servirá para formular el diagnóstico.

  Ejemplo la paciente refiere "antes en mi casa me ocupaba dejando día y hacia normal" "ahora en el hospital continúo igual, pero lo que orino es bastante de 3 a 5 veces en todo el día y la cantidad"

  Se observa deposición de aproximadamente 200g formadas. Orina de color amarillo ámbar de 300 a 400 CC. aproximadamente por cada micción.

  Se encuentra en la historia clínica, que la paciente ingresa a emergencia con diaforesis; actualmente tiene un balance hídrico de 100 CC.

- **Dominio 4 Actividad/reposo**: Considera producción, conservación, gasto o equilibrio de los recursos energéticos. Toma en cuenta las siguientes clases: Reposo/sueño. Actividad/ejercicio. Equilibrio de la energía.

  Respuestas cardiovasculares. Autocuidado. Para obtener datos de este dominio se debe obtener información sobre sueño, la movilidad física autocuidado, gasto cardiaco, respiración, intolerancia a la actividad etc.

  Ejemplo. La paciente refiere “en casa dormía muy bien, pero desde que estoy hospitalizada no puedo dormir por la bulla, recién a partir de las 11:00 pm”.

  Se observa a la paciente con facie cansada ojos hundidos, ojerosa, rostro adelgazado.

  En la valoración la enfermera hace uso de escalas validadas, esto permite tener información específica del dato.

- **Dominio 5 Percepción/cognición**: Sistema de procesamiento de la información humana incluyendo la atención, orientación, sensación, percepción, cognición y comunicación. Recoger información sobre conocimientos, confusión, memoria, comunicación, etc.

Ejemplo la paciente refiere “Esta vez me acuerdo de todo, cuando me internaron la vez pasada estaba peor, no me daba cuenta de las cosas, me dijeron que estaba desorientada”

En la historia clínica figuran antecedentes de coma diabético hace años.

Se observa a la paciente lúcida, orientada en tiempo y espacio y persona, presenta buena agudeza auditiva y visual, memoria reciente.

- **Dominio 6 Autopercepción**: Conciencia del propio ser comprende las siguientes clases: Autoconcepto, autoestima, imagen corporal. Toma en cuenta los

diagnósticos como :00125 Impotencia,00124 desesperanza ,00054 riesgo de soledad ,00120 baja autoestima situacional, etc.

Ejemplo la paciente refiere” me siento mal conmigo misma, triste deprimida, con miedo desde que tengo problemas con mi esposo, en algunas ocasiones mi familia ha llegado a influir …tengo baja autoestima, pero tengo esperanzas de sentirme mejor “.

A la entrevista se observa a la paciente intranquila, nerviosa con ojos llorosos, permanece en silencio durante 5 minutos, recobrando la calma posteriormente, con un suspiro profundo.

La paciente refiere “al principio me daba vergüenza las manchas y mi piel reseca, me estaba echando una crema, pero no me hacía efecto y la deje de usar…El Dr. Me ha dicho que aparecer por el estrés y ya no vuelven a aparecer “.

Al examen físico se observa área despigmentada en la base del cuello de aproximación 1x1 cm y de 3x1.5 cm en el dorso en ambos antebrazos y en falanges distales de ambas manos.

- **Dominio 7 Rol/relaciones**: Se refiere a las conexiones y asociaciones negativas y positivas entre personas o grupos de personas y los medios por los que demuestran tales conexiones, en este dominio se considera las siguientes clases: Roles del cuidador, relaciones familiares, desempeño del rol. Toma en cuenta los diagnósticos como:00061 Cansancio del rol de cuidador,00060 Interrupciones de los procesos familiares 00106 lactancia materna ineficaz, etc.

La paciente refiere “vivo con mi esposo porque no quiere que trabaje y es muy celoso, quiere que esté todo el día atendiéndole “, “me llevo muy bien con mis vecinos, especialmente con mi amiga a quien le cuento mis problemas, pero se acaba de mudar justo cuando me he enfermado, ella también tiene problemas con su esposo”.

Según la historia clínica la paciente es de instrucción técnica superior actualmente trabaja como secretaria.

A la hora de visita se observa a la tía, hija, suegra y hermanas que se acercan con cariño a la paciente, no se ve al esposo.[38]

- **Dominio 8 Sexualidad**: Considera identidad sexual, función sexual y reproducción. Las clases de este dominio son: Identidad sexual. Función sexual. Reproducción. Los diagnósticos son: 00059 Disfunción sexual 00065 Patrón sexual,00209 Riesgo de alteración materno/fetal.

Ejemplo la paciente refiere “No tengo deseo sexual con mi esposo, estoy con él por cumplir, no tengo ganas por los problemas que tenemos, antes teníamos relaciones Inter diario, después una vez a la semana desde que nos peleamos, yo duermo con mi hija “.

Según la historia clínica su menarquia fue a los 12 años, primera relación sexual con su esposo, única pareja sexual, no utiliza ningún método anticonceptivo actualmente. Refiere me estuve cuidando con ampollas, pero el doctor me las ha prohibido, porque soy diabética y recibo insulina “..”no me cuido, aunque no quisiera tener hijos ellos son los que sufren”.

- **Dominio 9 Afrontamiento/tolerancia al estrés**: forma de hacer frente a los acontecimientos/procesos vitales como: Respuestas post traumáticas, respuestas de afrontamiento, estrés neuro comportamental. Diagnósticos como 00114 Síndrome de estrés del traslado ,00148 temor ,00146 Ansiedad etc.

Ejemplo: la paciente refiere “me adapto al hospital, en mi casa cuando tengo problemas, converso con mi amiga “antes me ponía a pelear, le contestaba a mi esposo, ahora me quedo callada antes de enfermarme había decidido conversar con él para dar fin a esto, si nos separamos o no”

Se observa a la paciente cavis baja, no realiza contacto ocular cuando habla del tema.

La paciente al continuar hablando del esposo refiere: “hace 2 semanas tuve problemas con mi esposo, ya empecé a tomar mis propias decisiones en todo aspecto. A la pregunta en que aspecto la señora manifiesta: Señorita, a que no me deja crecer, le dije es muy celoso, a veces me ofende, eso se acabó, yo puedo salir adelante, creo que mi enfermedad tiene que ver con todo esto”. Se observa que dialoga con tranquilidad del tema.[39]

- **Dominio 10 Principios vitales**: Este dominio considera los principios que subyacen en la conducta, pensamiento y conductas sobre los actos, costumbres o instituciones contempladas como verdaderas o poseedores de un valor intrínseco. Toma en cuenta las siguientes clases: Valores, Creencias, Valores/creencias/congruencia de las acciones. Algunos diagnósticos son:00068 Disposición para mejorar el bienestar espiritual ,00066 Sufrimiento espiritual ,00169 Deterioro de la religiosidad,00175 Sufrimiento moral, etc.

Ejemplo: La paciente refiere “se me acabo la insulina, no pude comprarme porque esta cara, en el policlínico me dieron una referencia, pero no sabía que se tenía que renovar cada 3 meses, tenía cita con la doctora, el lunes para que me la renueve, pero me enferme antes “.

Según la historia clínica la paciente es insulano dependiente desde hace 10 años, es transferida del policlínico, al hospital. Paga seguro individual a es salud.

La paciente refiere:” decidimos que yo tendría el seguro porque soy la que más necesita por mi diabetes, la vez anterior me interior me internaron en el Hospital del Ministerio porque no tenía segura y fue muy difícil”[40]

- **Dominio 11 Seguridad/protección**: Se refiere ausencia de peligro, lesión física o trastornos del sistema inmunitario, preservación de las pérdidas y preservación de la protección y seguridad. En este dominio se considera las siguientes clases:

Infección, lesión física, violencia, peligros del entorno, procesos defensivos, termorregulación.

Ejemplo la paciente refiere “Estos moretones son porque me sacan sangre, hoy me cambiaron la aguja para la otra mano “.

Según la historia clínica la paciente tiene indicado actualmente control diario de glicemia 10pm y 6 pm.

Se observa equimosis en flexura, en antebrazos izquierdo y derecho, dorso de la mano derecha, presenta catéter venoso periférico heparinizado.

Examen laboratorial: leucocitos 9.000 x mm, hematocrito 33%.

- **Dominio12 Confort**: Este dominio se toma en cuenta la sensación de bienestar o comodidad física, mental o social. Las clases son: Confort físico, confort del entorno, confort social, algunos diagnósticos: 00132 dolor agudo ,00183 Disposición para mejorar el confort,00214 Disconfort.

Ejemplo la paciente refiere “siento dolor en la cintura desde que ingresé a este servicio”.

En la historia clínica está registrado que la paciente, ingresa presentando dolor lumbar izquierdo de moderada intensidad, al examen físico puño percusión lateral izquierdo (+) evaluación de la escala del dolor intensidad.

· **Dominio13 Crecimiento/desarrollo**: Este dominio considera el aumento de las dimensiones físicas, sistemas corporales y logro de las tareas de desarrollo acordes con la edad. Las clases son: Crecimiento y el otro es Desarrollo, algunos diagnósticos :0011 retraso en el crecimiento y desarrollo ,00101 Deterioro generalizado del adulto etc., pertenecen a este dominio.

Ejemplo la paciente refiere: siempre he sido delgada, he bajado de peso un poco “al examen físico se le observa adelgazada, peso anterior 55 Kg, peso actual 53 Kg.[41]

6.8.1.LA CLASIFICACIÓN PRESENTA 46 CLASES, DISTRIBUIDAS EN LOS DISTINTOS DOMINIOS:

1. Promoción de la salud.

   – 1. Toma de conciencia de la salud.

   – 2. Manejo de la salud.

2. Nutrición.

   – 1. Ingestión.

   – 2. Digestión.

   – 3. Absorción.

   – 4. Metabolismo.

   – 5. Hidratación.

3. Eliminación.

   – 1. Sistema urinario.

   – 2. Sistema gastrointestinal.

   – 3. Sistema integumento.

   – 4. Sistema pulmonar.

4. Actividad/reposo.

   – 1. Reposo/sueño.

   – 2. Actividad/ejercicio.

– 3. Equilibrio de la energía.

– 4. Respuestas cardiovasculares/respiratorias.

5. Percepción/cognición.

– 1. Atención.

– 2. Orientación.

– 3. Sensación/percepción.

– 4. Cognición.

– 5. Comunicación.

6. Autopercepción.

– 1. Auto concepto.

– 2. Autoestima.

– 3. Imagen corporal.

7. Rol/relaciones.

– 1. Roles del cuidador.

– 2. Relaciones familiares.

– 3. Desempeño del rol.

8. Sexualidad.

– 1. Identidad sexual.

– 2. Función sexual.

– 3. Reproducción

9. Afrontamiento/tolerancia al estrés.

- 1. Respuesta postraumática.
- 2. Respuestas de afrontamiento.
- 3. Estrés neuro comportamental.

10. Principios vitales.

- 1.Valores.
- 2. Creencias
- 3. Congruencia de las acciones con los valores/creencias.

11. Seguridad/protección.

- 1. Infección.
- 2. Lesión física.
- 3. Violencia.
- 4. Peligros ambientales.
- 5. Procesos defensivos.
- 6. Termorregulación.

12. Confort.

- 1. Confort físico.
- 2. Confort ambiental.
- 3. Confort social.

13. Crecimiento/desarrollo.

- 1. Conocimiento.
- 2. Desarrollo.[42]

V.II. DISEÑO METODOLÓGICO

7.1. TIPO DE ESTUDIO.

Descriptivo: En la medida que se medirán las variables en estudio.

Retrospectivo: Se trabaja en los hechos que se dieron en la realidad. En la unidad de neonatología hospital seguro social universitario La Paz, mediante la revisión de historias clínicas de los neonatos internados durante los meses enero – junio del 2018.

Observacional: Se observan los registros de enfermería del expediente clínico neonatal al ingreso de la hospitalización.

Método teórico analítico: Mediante la recolección de datos según una lista de chequeo proceso enfermero en la etapa de valoración en historias clínicas del neonato al ingreso a la unidad de neonatología seguro social universitario la paz de enero - junio del 2018.

Lista de chequeo instrumento: La técnica para obtener la información fue de análisis de documentos de recolección de datos se elaboró una lista de chequeo, la cual compone 3 ítems que tienen aspectos a evaluar los registros de enfermería, con el objetivo determinar el cumplimiento de las normas del registro de enfermería en las historias clínicas de neonatos que fueron internados en la unidad de neonatología.

7.2. ÁREA DE ESTUDIO

El Seguro Social Universitario La Paz, fue creado por el Consejo Supremo Revolucionario de la Universidad Mayor de San Andrés, mediante Resolución N° 28/207/110/70 de fecha 4 de junio de 1970, mismo que prueba el Estatuto Orgánico como Caja de Seguro Social Universitario contemplando las prestaciones de seguros de corto y largo plazo en forma integral.

La legalización de la Resolución N° 28/207/110/70 fue efectuada en el Gobierno del General Juan José Tórrez G. mediante Decreto Supremo N° 09650 de fecha 31 de

marzo de 1971, disposición con la que queda facultada para funcionar como ente gestor.

El seguro social universitario La Paz, es una entidad de derecho público con personería jurídica y autonomía de gestión técnica, financiera y administrativa propia, institución que funciona bajo la tuición del Honorable consejo Universitario de la Universidad Mayor de San Andrés, teniendo su campo de aplicación a los trabajadores de las unidades del departamento de La Paz y otras instituciones afiliadas. Publicación: 07/05/2014.

Telf.91)- 2-2434262 Fax: 2434777 Casilla: 8227

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

El siguiente estudio se realizó en el Seguro Social Universitario La Paz, en la Unidad de Neonatología ubicado en el 4to piso, se considera a la unidad polivalente y cuenta con cuatro ambientes los cuales se clasifican de acuerdo al nivel de atención en:

- Atención inmediata al recién nacido.
- Cuidados mínimos del neonato.
- Cuidados intermedios del neonato.
- Cuidados intensivos del neonato.

El área de estudio cuenta con el piso de material lavable, paredes de azulejo, el techo de material flotante a la vez prensado buena iluminación con ventanas amplias mesones de cerámica, el mueble necesario para trabajar cuenta con calefacción, extractor de aire. Se cuenta con:

2 ventiladores

4 monitores

8 bombas de infusión

2 oxímetro portátiles

1 incubadora de transporte

3 incubadoras completamente equipadas,

2 servo cunas con todos los accesorios completos

6 cunas

6 fototerapias

1 gasómetro y el equipo de reanimación neonatal.

El personal a cargo de esta Unidad consta de 2 médicos intensivistas, 2 neonatólogos y 6 Licenciadas capacitadas en neonatología en Enfermería los cuales realizan turnos rotativos.

7.3. UNIVERSO Y MUESTRA

Universo.

El universo en estudio estuvo conformado 15 expedientes clínicos de neonatos que ingresaron a la unidad de neonatología en el periodo de seis meses de enero – junio del 2018.

Muestra.

En el presente estudio no se realizó un muestreo, se trabajó con el 100% del universo identificado, es decir, los 15 expedientes clínicos de neonatos que ingresaron a la unidad de neonatología.

Tipo de muestra por conveniencia.

7.4. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

Criterios de inclusión

Quedaron incluidos los registros de enfermería de los neonatos que ingresaron a la unidad de neonatología en el periodo de seis meses de Enero – Junio del 2018.

Se incluyeron todos los registros de enfermería con datos subjetivos, objetivos y normas internacionales.

Criterios de exclusión

Se excluyen los registros de enfermería de recién nacidos que estuvieron en alojamiento conjunto.

Se excluyen los registros de enfermería de los neonatos que quedaron bajo observación por 2 horas.

7.5. LISTADO DE VARIABLES

- Valoración inicial neonatal.
- Datos subjetivos del neonato.
- Datos objetivos del neonato.

a) Definición conceptual de variables

Datos subjetivos: Se conoce también como signo. Son los datos relevantes (Respuestas Humanas) que una persona REFIERE, se conoce como dato no visible, es decir sentimientos, sensaciones, opiniones. Eje la madre refiere “Me duele separarme de mi bebe”.

Datos Objetivos: Se conoce también como síntomas, son observables se obtiene mediante la percepción (odio, vista, tacto, gusto, olfato). Ej. Presión arterial.

Normas de registro de enfermería. – Acción de registrar, escribir en un documento. Es un respaldo legal que tenemos como profesionales. Ej. Registro de constantes vitales.

b) Definición operacional de variables

Se midió a través del cumplimiento de las normas establecidas utilizando un rango de medición de:

PARÁMETROS PARA MEDIR EL CUMPLIMIENTO DE LA CALIDAD DE LOS REGISTROS DE ENFERMERÍA

CUMPLIMIENTO	70 - 100%
NO CUMPLIMIENTO	0 - 69%

Fuente: Ramirez.P. Calidad del registro proceso enfermero en la etapa de valoración al recién nacido inmediato.

7.6. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DESCRIPCIÓN	TIPO	ESCALA	INDICADOR FRECUENCIA
Datos subjetivos	Según el registro de los sentimientos, y síntomas del neonato, el llanto.	Cualitativo Nominal Politómica	Cumple 70-100 % No Cumple 0-69%	Frecuencia porcentaje
Datos Objetivos	Según el registro de datos obtenidos durante la valoración; se descubren por la exploración	Cualitativo Nominal Politómica	Cumple 70-100 % No Cumple 0-69%	Frecuencia porcentaje
Normas registro de enfermería	Según las normas de registro de enfermería son: legibilidad y claridad	Cualitativo Nominal Politómica	Cumple 70-100 % No Cumple 0-69%	Frecuencia porcentaje

VIII.CONSIDERACIÓNES ÉTICAS

Para la presente investigación se solicitó autorización y permiso a Gerencia Salud, Jefatura de Enseñanza y Jefatura de Enfermería de la unidad de neonatología del Hospital del Seguro Social Universitario La Paz, con la previa presentación del perfil de la propuesta de intervención. (Ver anexo 1, 2 Y 3)

Para la revisión de expediente clínico se solicitó la autorización del jefe de archivos con anticipación de un día.

IX.RESULTADOS

Evaluación subjetiva

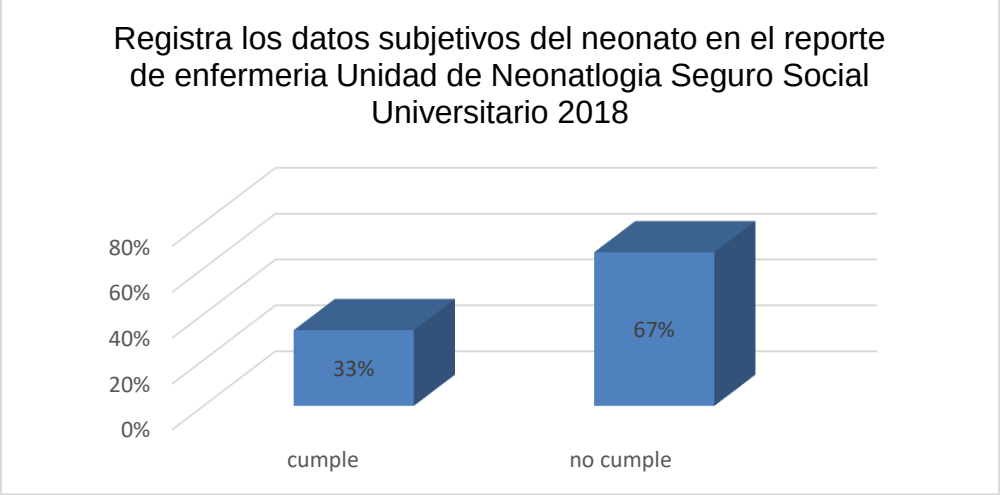
Tabla N°1

Registra los datos subjetivos del neonato en el reporte de enfermería Unidad de Neonatología Seguro Social Universitario 2018

Registro de datos	Cumple	%	No cumple	%	Total	%
Fuente primaria y/ o secundaria	5	33	10	67%	15	100%

Fuente: Hoja de registro para obtener datos de la Historia Clínica Neonatos, S.S.U – La Paz 2018

Gráfico N°1



Fuente: Hoja de registro para obtener datos de la Historia Clínica Neonatos, S.S.U – La Paz 2018

Interpretación: Los datos subjetivos refieren que el 33% cumple con la fuente primaria y/o secundaria ; 67 % no cumple con las fuentes primaria y/o secundarias.

Análisis: Se verifica que solo colocan un dato subjetivo “diagnostico”

Evaluación Objetiva:

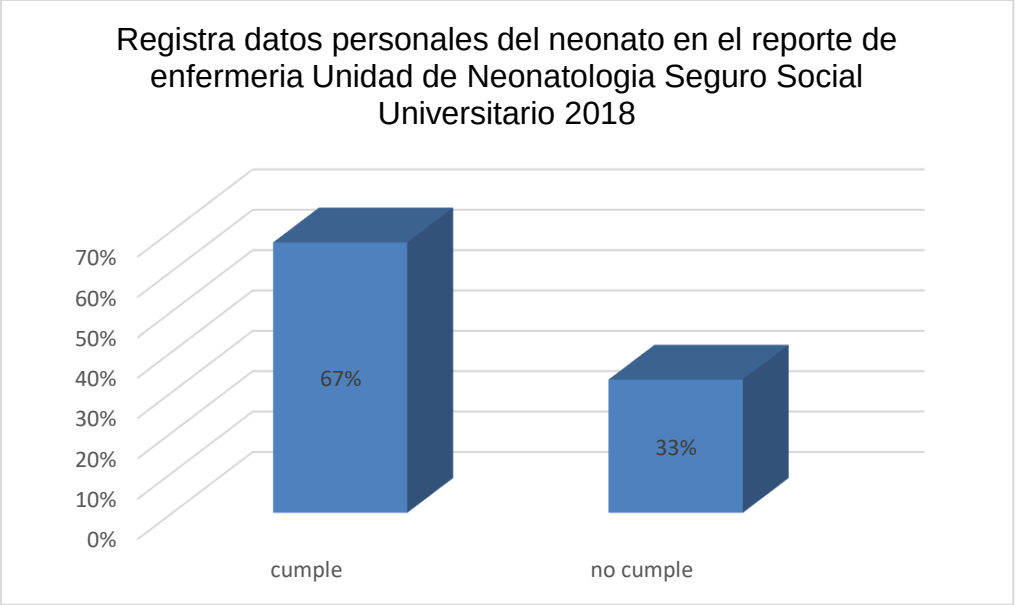
Tabla N°2

Registra datos personales del neonato en el reporte de enfermería Unidad de Neonatología Seguro Social Universitario 2018

Registro de datos	Cumple	%	No cumple	%	Total	%
Personales del neonato	10	67%	5	33%	15	100%

Fuente: Hoja de registro para obtener datos de la Historia Clínica Neonatos, S.S.U – La Paz 2018

Gráfico N°2



Fuente: Hoja de registro para obtener datos de la Historia Clínica Neonatos, S.S.U – La Paz 2018

Interpretación: Los datos objetivos refieren que el 67% cumple y el 33% no cumple con los datos personales del neonato.

Análisis: Los registros se verifica que los datos objetivos no están completos en algunos registros de las historias clínicas.

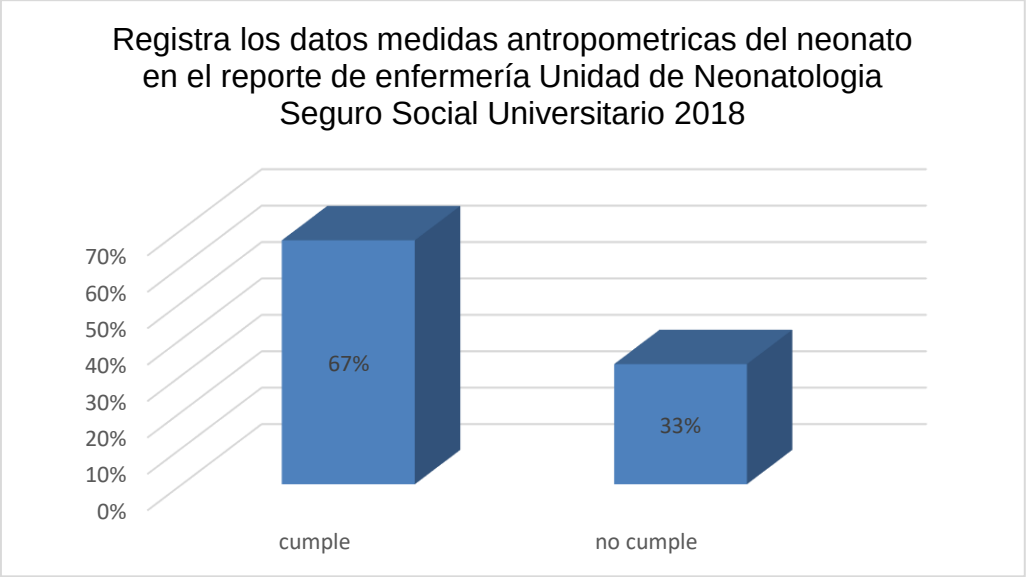
Tabla Nº 3

Registra los datos medidas antropométricas del neonato en el reporte de enfermería Unidad de Neonatología Seguro Social Universitario 2018

Registro de datos	Cumple	%	No cumple	%	Total	%
Medidas antropométricas	10	67%	5	33%	15	100%

Fuente: Hoja de registro para obtener datos de la Historia Clínica Neonatos, S.S.U – La Paz 2018

Gráfico N°3



Fuente: Hoja de registro para obtener datos de la Historia Clínica Neonatos, S.S.U – La Paz 2018

Interpretación: Los datos objetivos refieren que el 67% cumple y el 33% no cumple con el registro de medidas antropométricas.

Análisis: Se olvidaron registrar algunos datos de medidas antropométricas.

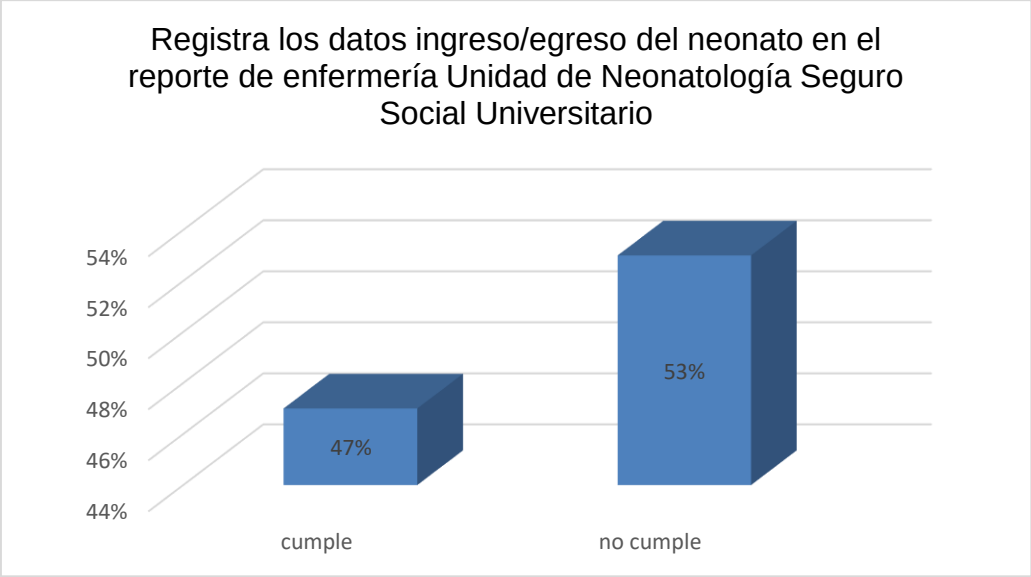
Tabla Nº 4

Registra los datos diagnósticos ingreso/egreso del neonato en el reporte de enfermería Unidad de Neonatología Seguro Social Universitario 2018

Registro de datos	Cumple	%	No cumple	%	Total	%
Diagnósticos Ingreso/egreso	7	47%	8	53%	15	100%

Fuente: Hoja de registro para obtener datos de la Historia Clínica Neonatos, S.S.U – La Paz 2018

Gráfico N°4



Fuente: Hoja de registro para obtener datos del Historia Clínica Neonatos, S.S.U – La Paz 2018.

Interpretación: Los datos objetivos refieren que el 47% cumple y el 53% no cumple con el registro diagnóstico de ingreso/egreso.

Análisis: Solo se observa el registro de diagnóstico de ingreso y de egreso no está llenado.

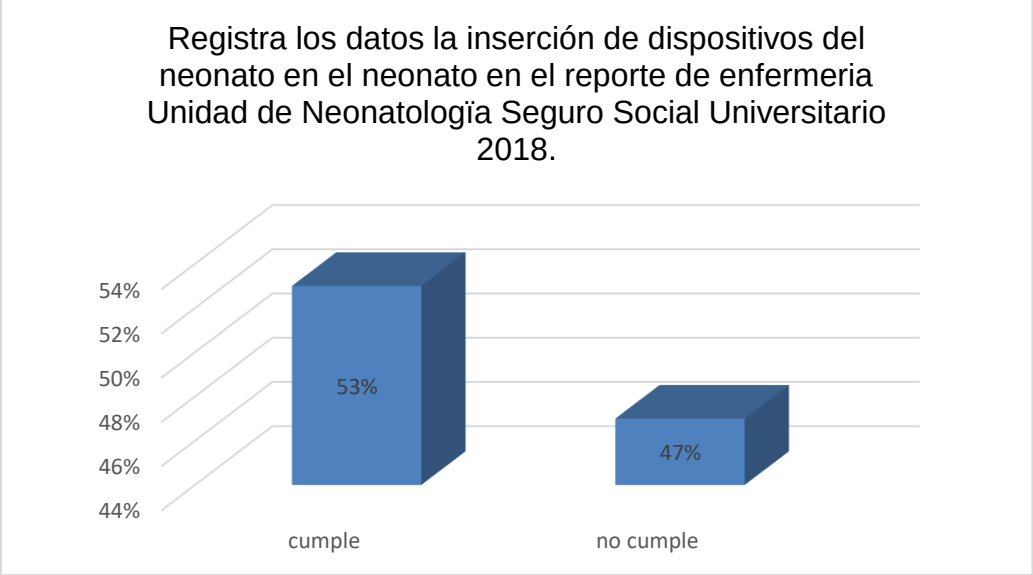
Tabla Nº 5

Registra los datos la inserción de dispositivos del neonato en el reporte de enfermería Unidad de Neonatología Seguro Social Universitario 2108.

Registro de datos	Cumple	%	No cumple	%	Total	%
Inserción de dispositivos	8	53%	7	47%	15	100%

Fuente: Hoja de registro para obtener datos de la Historia Clínica Neonatos, S.S.U – La Paz 2018.

Gráfico N°5



Fuente: Hoja de registro para obtener datos de la Historia Clínica Neonatos, S.S.U – La Paz 2018.

Interpretación: Los datos objetivos refieren que el 53% cumple y el 47% no cumple con el registro la inserción de dispositivos.

Análisis: Se verifica que algunos registros omitieron colocación de vía periférica en otros de sonda orogástrica, de acuerdo a norma todos deberían estar llenados.

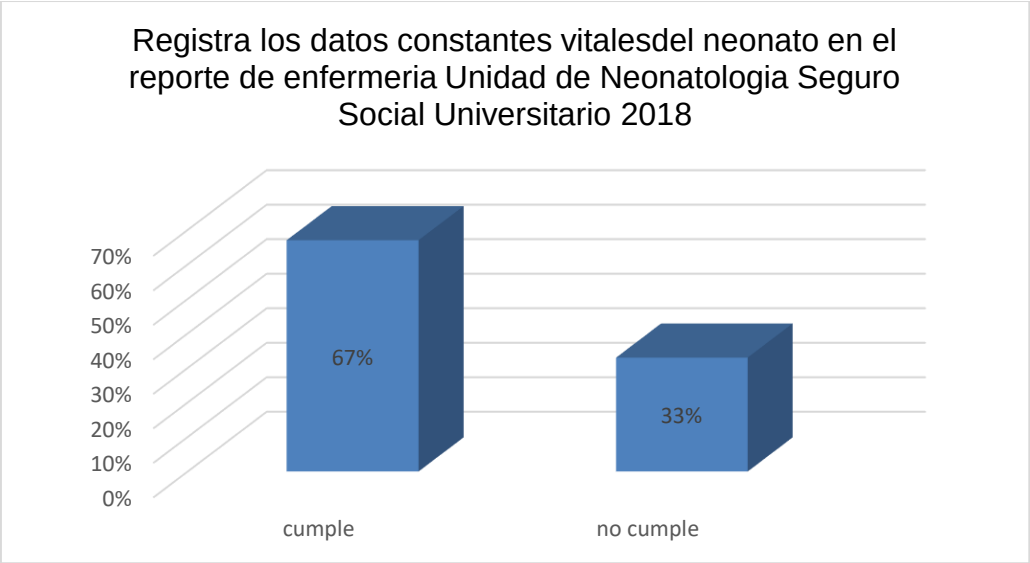
Tabla Nº 6

Registra los datos constantes vitales del neonato en el reporte de enfermería Unidad de Neonatología Seguro Social Universitario 2018.

Registro de datos	Cumple	%	No cumple	%	Total	%
Constantes Vitales	10	67%	5	33%	15	100%

Fuente: Hoja de registro para obtener datos de la Historia Clínica Neonatos, S.S.U – La Paz 2018.

Gráfico N°6



Fuente: Hoja de registro para obtener datos de la Historia Clínica Neonatos, S.S.U – La Paz 2018.

Interpretación: Los datos objetivos refieren que el 67% cumple y el 33% no cumple con el registro constantes vitales.

Análisis: Este registro es de gran vitalidad y no se puede omitir nada, por la legalidad de los registros.

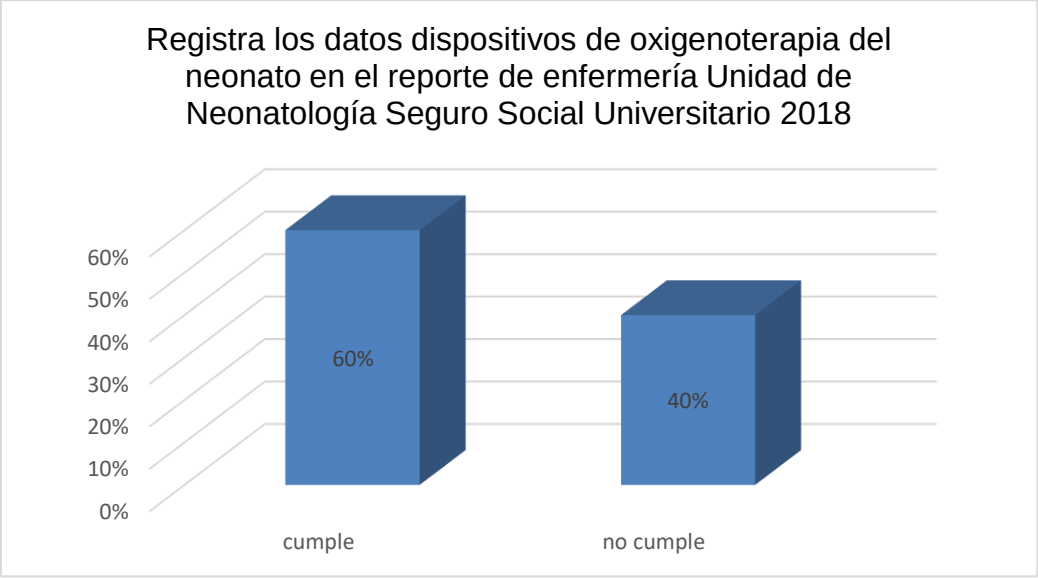
Tabla Nº 7

Registra los datos dispositivos de oxigenoterapia del neonato en el reporte de enfermería Unidad de Neonatología Seguro Social Universitario 2018.

Registro de datos	Cumple	%	No cumple	%	Total	%
Dispositivos de oxigenoterapia	9	60%	6	40%	15	100%

Fuente: Hoja de registro para obtener datos del Historia Clínica Neonatos, S.S.U – La Paz 2018.

Gráfico N°7



Fuente: Hoja de registro para obtener datos de la Historia Clínica Neonatos, S.S.U – La Paz 2018.

Interpretación: Los datos objetivos refieren que el 60% cumple y el 40% no cumple con el registro dispositivos de oxigenoterapia.

Análisis: Se verifica que de acuerdo a norma hay casillas que omitieron el registro.

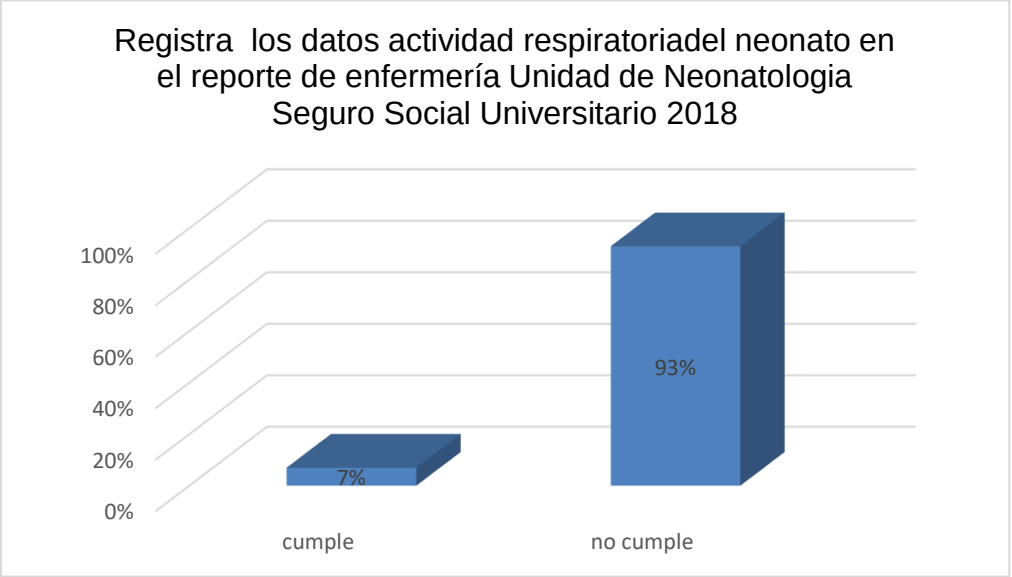
Tabla Nº 8

Registra los datos actividad respiratoria del neonato en el reporte de enfermería Unidad de Neonatología Seguro Social Universitario 2018.

Registro de datos	Cumple	%	No cumple	%	Total	%
Actividad respiratoria (Silverman)	1	7%	14	93%	15	100%

Fuente: Hoja de registro para obtener datos de la Historia Clínica Neonatos, S.S.U – La Paz 2018

Gráfico N°8



Fuente: Hoja de registro para obtener datos de la Historia Clínica Neonatos, S.S.U – La Paz 2018.

Interpretación: Los datos objetivos refieren que el 7% cumple y el 93% no cumple con el registro actividad respiratoria.

Análisis: De acuerdo al registro se observa que la mayoría de los neonatos no presento un Silverman significativo.

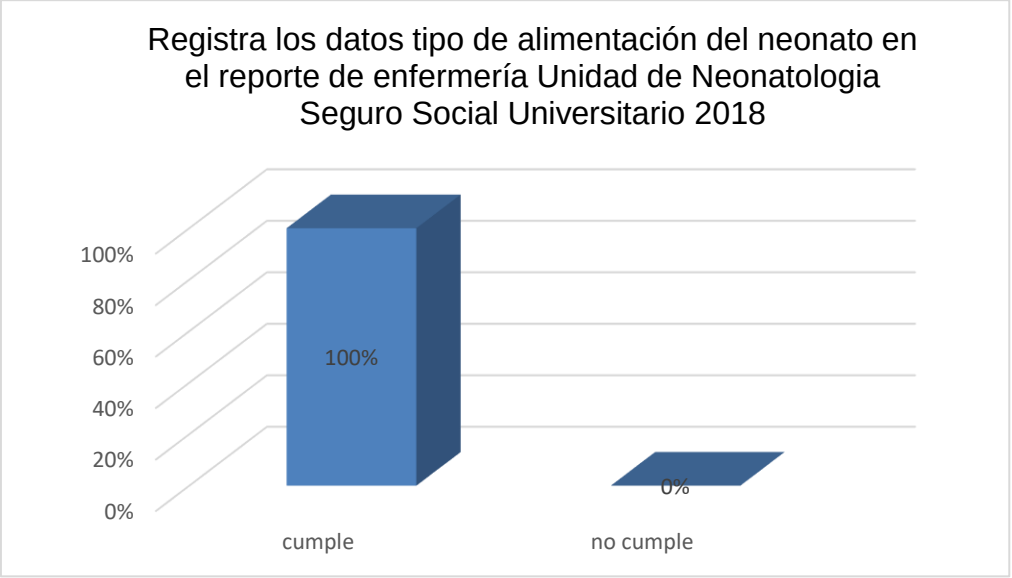
Tabla Nº 9

Registra los datos tipo de alimentación del neonato en el reporte de enfermería Unidad de Neonatología Seguro Social Universitario 2018.

Registro de datos	Cumple	%	No cumple	%	Total	%
Tipo de alimentación	15	100%	0	0%	15	100%

Fuente: Hoja de registro para obtener datos de la Historia Clínica Neonatos, S.S.U – La Paz 2018

Gráfico N°9



Fuente: Hoja de registro para obtener datos de la Historia Clínica Neonatos, S.S.U – La Paz 2018.

Interpretación: Los datos objetivos refieren que el 100% cumple con el registro tipo de alimentación.

Análisis: Se verifico los todos los registros están llenados con el dato de tipo de alimentación.

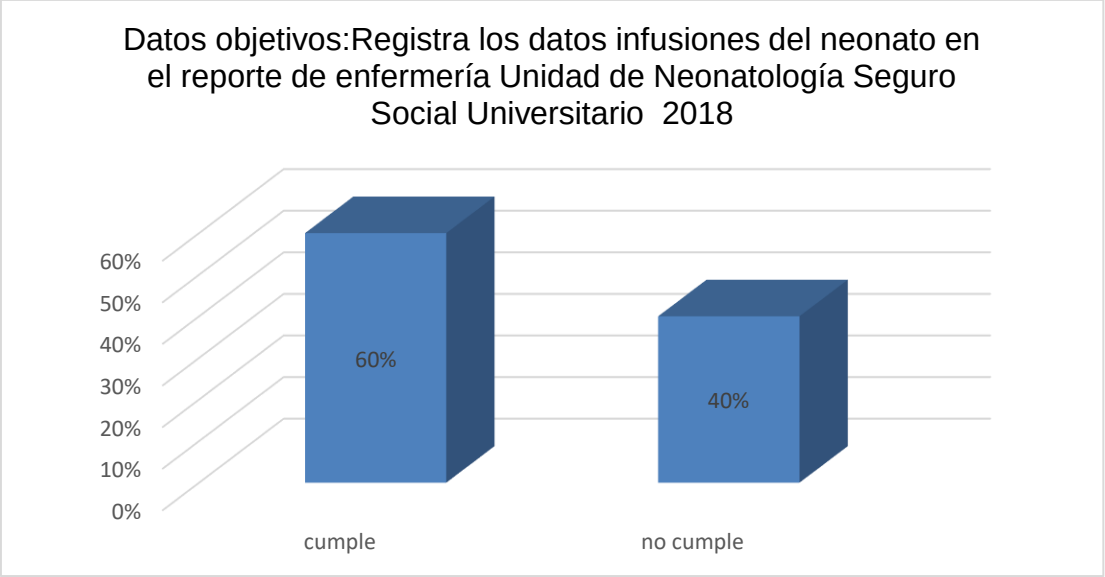
Tabla Nº 10

Registra los datos infusiones del neonato en el reporte de enfermería Unidad de Neonatología Seguro Social Universitario 2018.

Registro de datos	Cumple	%	No cumple	%	Total	%
infusiones	9	60%	6	40%	15	100%

Fuente: Hoja de registro para obtener datos de la Historia Clínica Neonatos, S.S.U – La Paz 2018.

Gráfico N°10



Fuente: Hoja de registro para obtener datos de la Historia Clínica Neonatos, S.S.U – La Paz 2018.

Interpretación: Los datos objetivos refieren que el 60% cumple y el 40% no cumple con el registro de infusiones.

Análisis: Se verifica que un porcentaje mayor si cumple con el registro de infusiones.

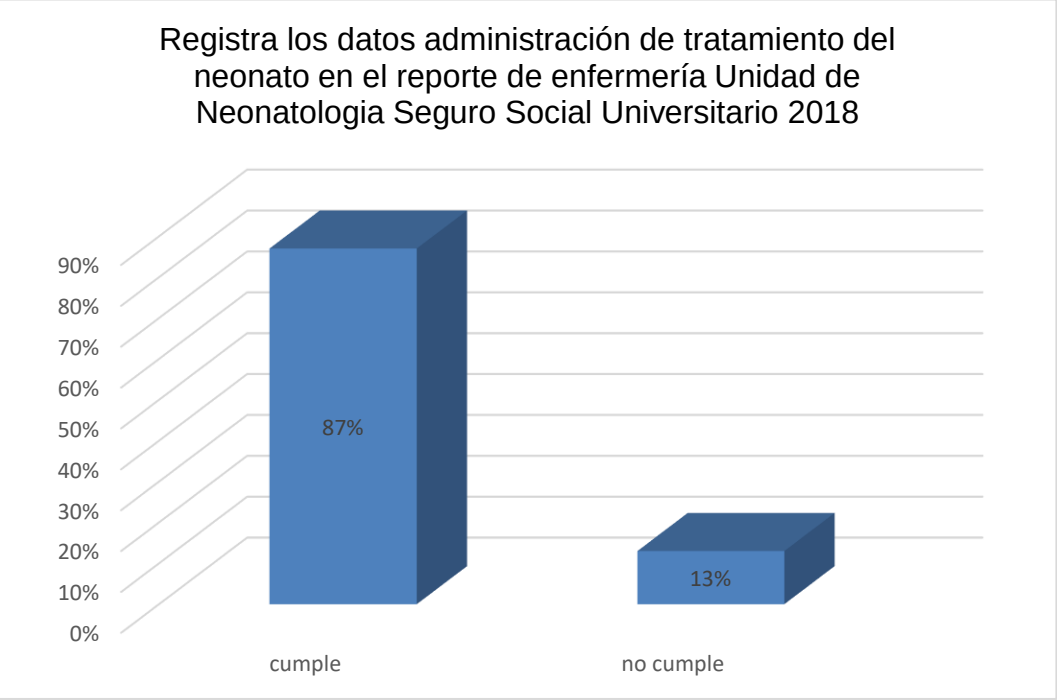
Tabla Nº 11

Registra los datos administración de tratamiento del neonato en el reporte de enfermería Unidad de Neonatología Seguro Social Universitario 2108.

Registro de datos	Cumple	%	No cumple	%	Total	%
Administración de tratamiento	13	87%	2	13%	15	100%

Fuente: Hoja de registro para obtener datos de la Historia Clínica Neonatos, S.S.U – La Paz 2018.

Gráfico N°11



Fuente: Hoja de registro para obtener datos de la Historia Clínica Neonatos, S.S.U – La Paz 2018.

Interpretación: Los datos objetivos refieren que el 87% cumple y el 13% no cumple con el registro administración de tratamiento.

Análisis: En algunas historias clínicas se olvida la enfermera registrar la medicación administrada.

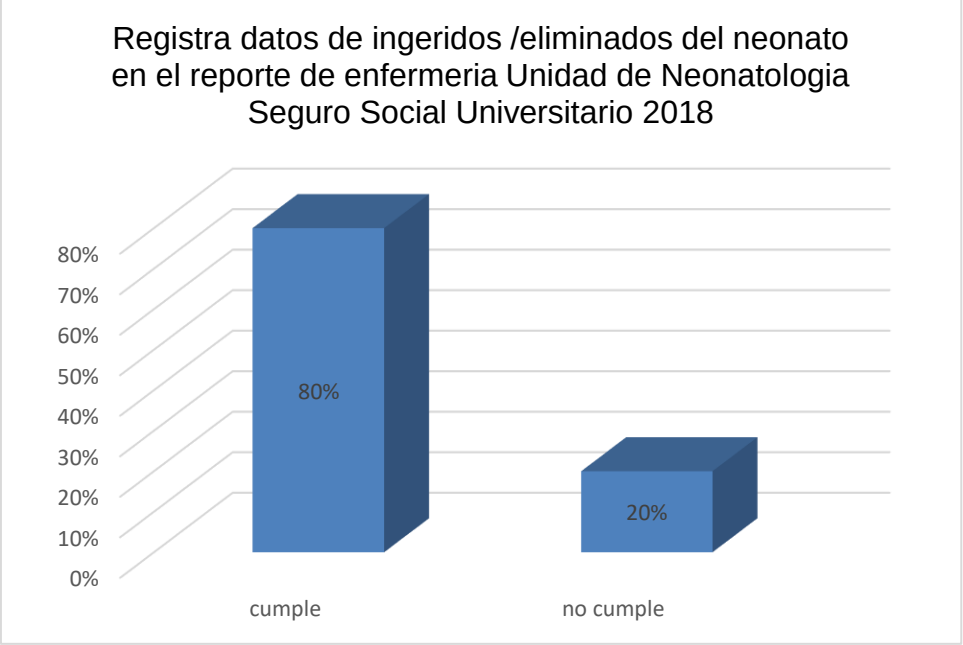
Tabla Nº 12

Registra los datos de ingresos/eliminados del neonato en el reporte de enfermería Unidad de Neonatología Seguro Social Universitario 2018.

Registro de datos	Cumple	%	No cumple	%	Total	%
Ingresos eliminados	12	80%	3	20%	15	100%

Fuente: Hoja de registro para obtener datos de la Historia Clínica Neonatos, S.S.U – La Paz 2018.

Grafíco N°12



Fuente: Hoja de registro para obtener datos de la Historia Clínica Neonatos, S.S.U – La Paz 2018.

Interpretación: Los datos objetivos refieren que el 80% cumple y el 20% no cumple con el registro administración de tratamiento.

Análisis: La mayoría si cumple con el registro de ingeridos y eliminados y en los otros casos lo omitieron.

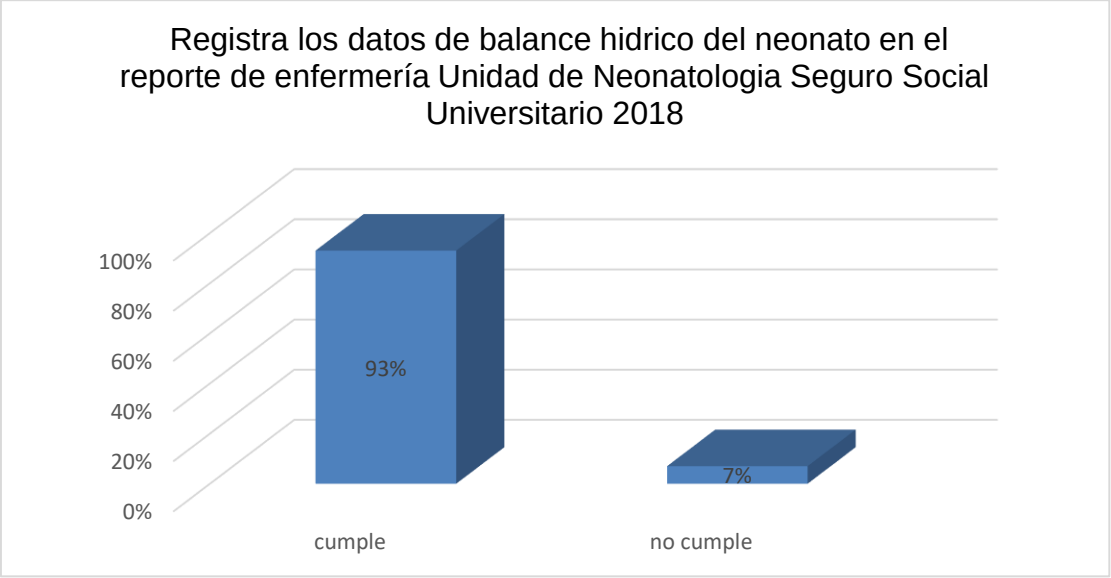
Tabla Nº 13

Registra los datos de balance hídrico del neonato en el reporte de enfermería Unidad de Neonatología Seguro Social Universitario 2018.

Registro de datos	Cumple	%	No cumple	%	Total	%
Balance hídrico	14	93%	1	7%	15	100%

Fuente: Hoja de registro para obtener datos de la Historia Clínica Neonatos, S.S.U – La Paz 2018.

Gráfico N°13



Fuente: Hoja de registro para obtener datos de la Historia Clínica Neonatos, S.S.U – La Paz 2018.

Interpretación: Los datos objetivos refieren que el 93% cumple y el 7% no cumple con el registro de balance hídrico.

Análisis: Se observo que solo un bajo porcentaje omitió el registro del balance hídrico.

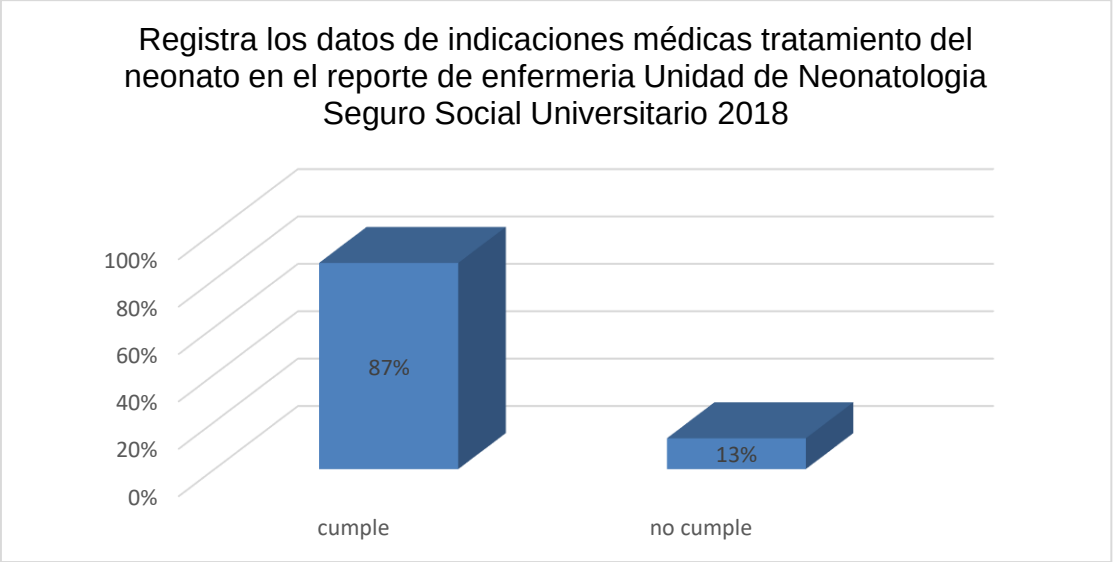
Tabla Nº 14

Registra los datos de indicaciones medicas de tratamiento del neonato en el reporte de enfermería Unidad de Neonatología Seguro Social Universitario 2018.

Registro de datos	Cumple	%	No cumple	%	Total	%
Indicaciones medicas de tratamiento	13	87%	2	13%	15	100%

Fuente: Hoja de registro para obtener datos de la Historia Clínica Neonatos, S.S.U – La Paz 2018.

Gráfico N°14



Fuente: Hoja de registro para obtener datos de la Historia Clínica Neonatos, S.S.U – La Paz 2018.

Interpretación: Los datos objetivos refieren que el 87% cumple y el 13% no cumple con el registro indicaciones medicas de tratamiento.

Análisis: Se verifico que solo un bajo porcentaje no registro el tratamiento indicado.

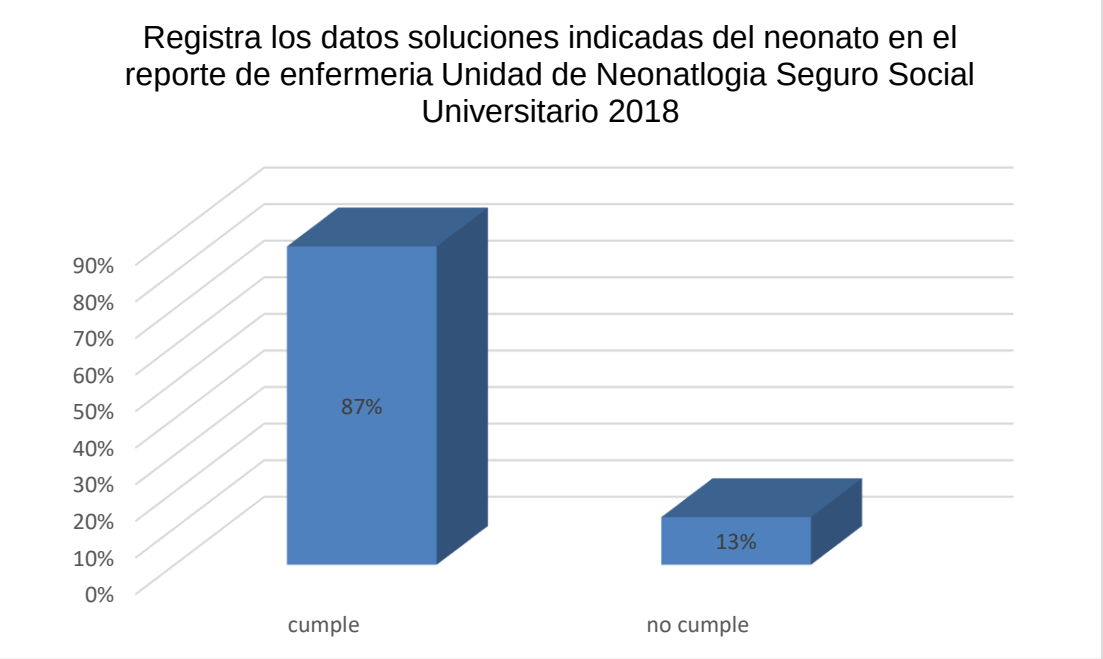
Tabla Nº 15

Registra los datos soluciones indicadas del neonato en el reporte de enfermería Unidad de Neonatología Seguro Social Universitario 2018.

Registro de datos	Cumple	%	No cumple	%	Total	%
Soluciones indicadas	13	87%	2	13%	15	100%

Fuente: Hoja de registro para obtener datos de la Historia Clínica Neonatos, S.S.U – La Paz 2018.

Gráfico N°15



Fuente: Hoja de registro para obtener datos de la Historia Clínica Neonatos, S.S.U – La Paz 2018.

Interpretación: Los datos objetivos refieren que el 87% cumple y el 13% no cumple con el registro soluciones indicadas.

Análisis: Se verifica que un bajo porcentaje omitió el registro de soluciones indicadas.

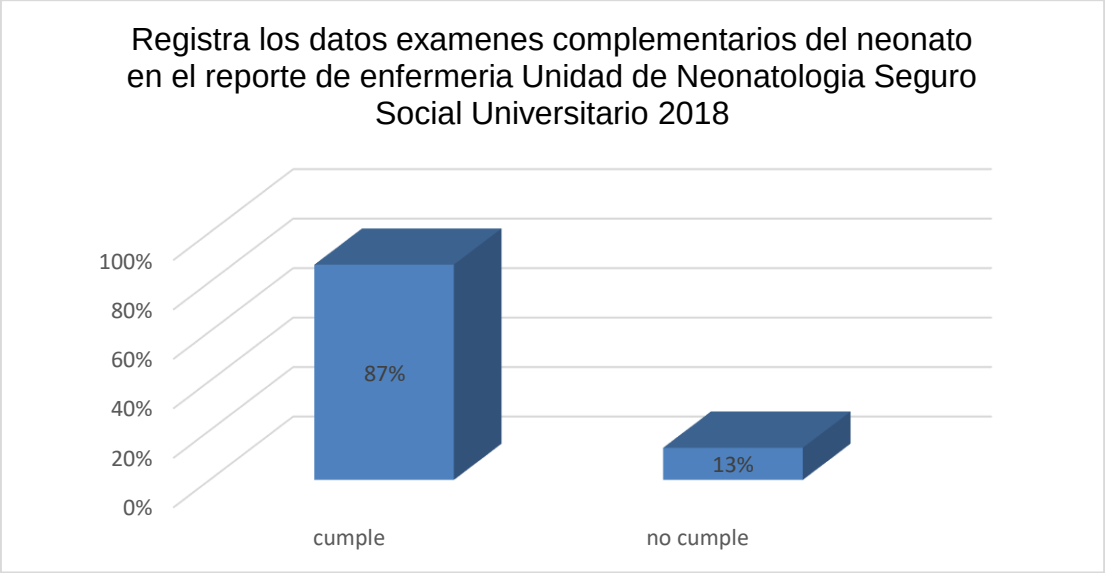
Tabla Nº 16

Registra los datos exámenes complementarios del neonato en el reporte de enfermería Unidad de Neonatología Seguro Social Universitario 2018.

Registro de datos	Cumple	%	No cumple	%	Total	%
Exámenes complementarios	13	87%	2	13%	15	100%

Fuente: Hoja de registro para obtener datos de la Historia Clínica Neonatos, S.S.U – La Paz 2018.

Gráfico N°16



Fuente: Hoja de registro para obtener datos de la Historia Clínica Neonatos, S.S.U – La Paz 2018.

Interpretación: Los datos objetivos refieren que el 87% cumple y el 13% no cumple con el registro exámenes complementarios.

Análisis: Se verifica que en algunas historias clínicas omitieron el registro los exámenes complementarios.

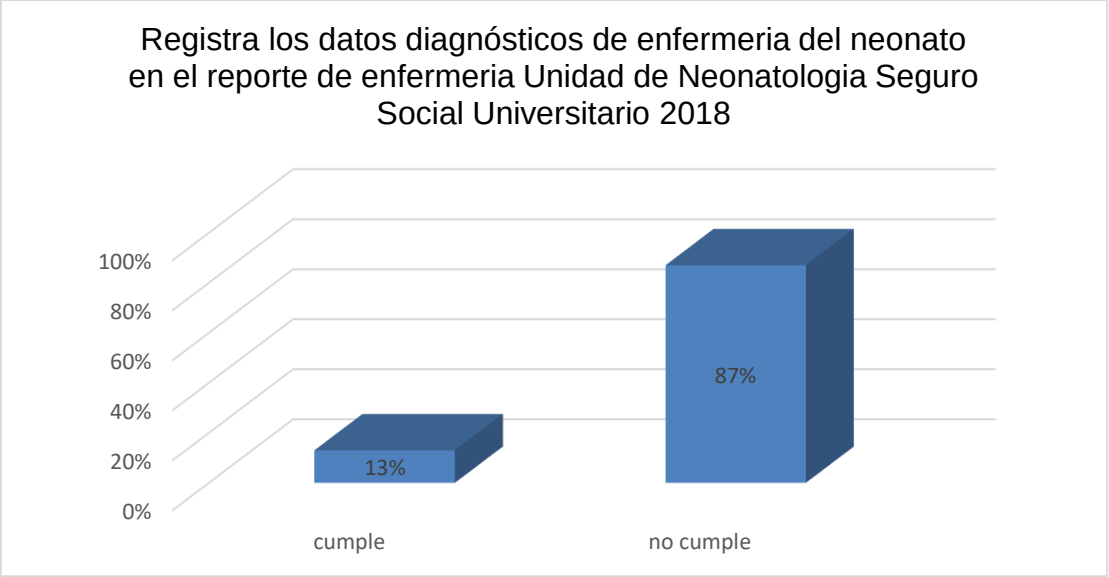
Tabla Nº 17

Registra los datos diagnósticos de enfermería del neonato en el reporte de enfermería Unidad de Neonatología Seguro Social Universitario 2018.

Registro de datos	Cumple	%	No cumple	%	Total	%
Diagnósticos de enfermería	2	13%	13	87%	15	100%

Fuente: Hoja de registro para obtener datos de la Historia Clínica Neonatos, S.S.U – La Paz 2018.

Gráfico N°17



Fuente: Hoja de registro para obtener datos de la Historia Clínica Neonatos, S.S.U – La Paz 2018.

Interpretación: Los datos objetivos refieren que el 13% cumple y el 87% no cumple con el registro diagnósticos de enfermería.

Análisis: Los registros de diagnóstico de enfermería en la primera plana un gran porcentaje omitieron de acuerdo a norma esto no puede suceder.

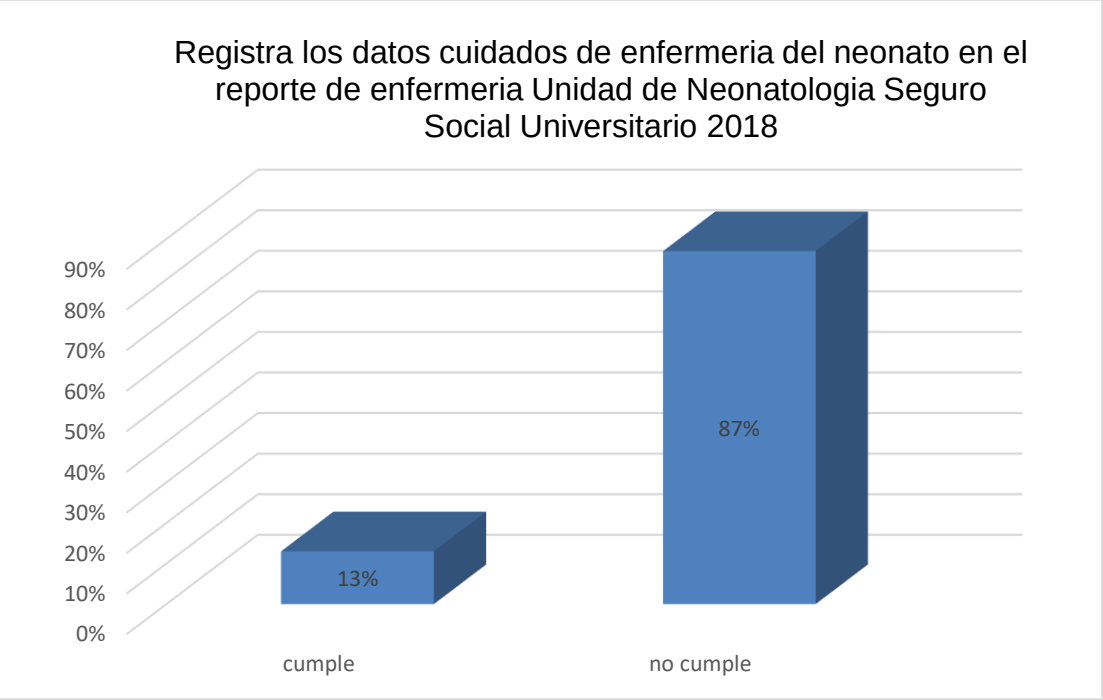
Tabla Nº 18

Registra los datos cuidados de enfermería del neonato en el reporte de enfermería Unidad de Neonatología Seguro Social Universitario 2018.

Registro de datos	Cumple	%	No cumple	%	Total	%
Cuidados de enfermería	2	13%	13	87%	15	100%

Fuente: Se aplico la hoja de registro para obtener datos de la Historia Clínica Neonatos, S.S.U – La Paz 2018.

Gráfico N°18



Fuente: Se aplico la hoja de registro para obtener datos de la Historia Clínica Neonatos, S.S.U – La Paz 2018.

Interpretación: Los datos objetivos refieren que el 13% cumple y el 87% no cumple con el registro cuidados de enfermería.

Análisis: Se verifica que los registros solo algunos casos están completos los demás están incompletos.

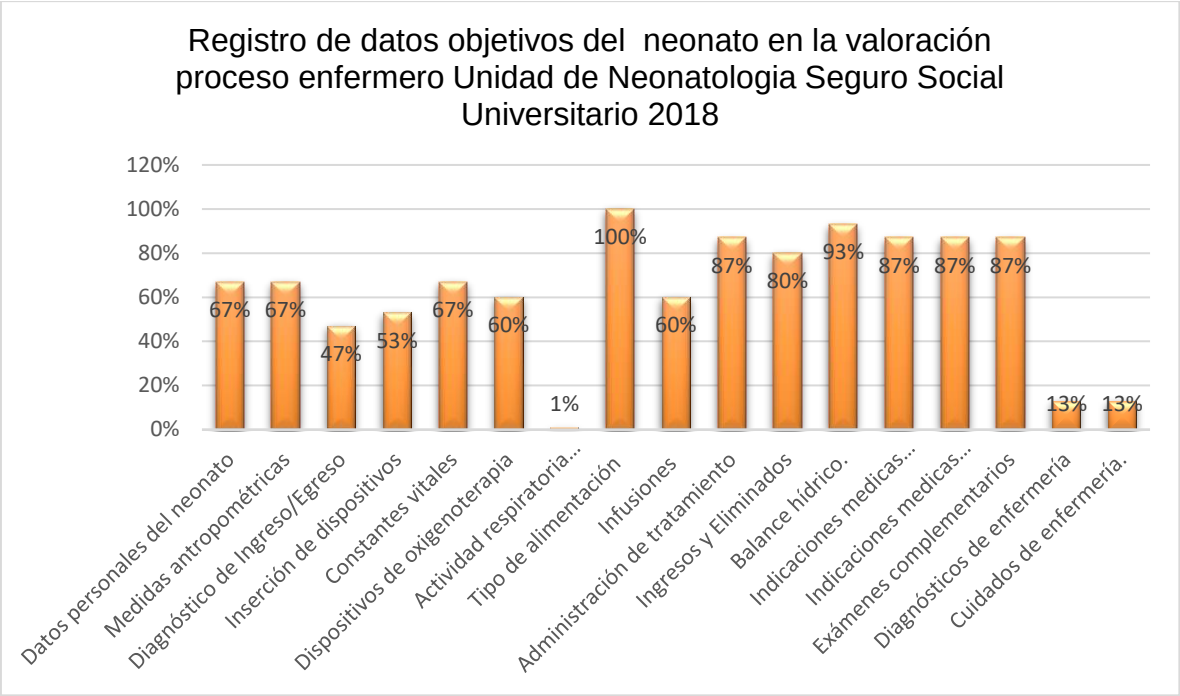
Tabla Nº 19

Registro de datos objetivos del neonato en la valoración proceso enfermero Unidad de Neonatología Seguro Social Universitario 2018.

Registro de datos	Cumple N	%	No cumple N	%	Total	%
Datos personales del neonato	10	67%	5	33%	15	100%
Medidas antropométricas	10	67%	5	33%	15	100%
Diagnóstico de Ingreso/Egreso	7	47%	8	53%	15	100%
Inserción de dispositivos	8	53%	7	47%	15	100%
Constantes vitales	10	67%	5	33%	15	100%
Dispositivos de oxigenoterapia	9	60%	6	40%	15	100%
Actividad respiratoria (Silverman)	1	1%	14	93%	15	100%
Tipo de alimentación	15	100%	0	0%	15	100%
Infusiones (soluciones y transfusiones)	9	60%	6	40%	15	100%
Administración de tratamiento	13	87%	2	13%	15	100%
Ingresos y Eliminados	12	80%	3	20%	15	100%
Balance hídrico.	14	93%	1	7%	15	100%
Indicaciones medicas tratamiento	13	87%	2	13%	15	100%
Indicaciones medicas tratamiento	13	87%	2	13%	15	100%
Exámenes complementarios	13	87%	2	13%	15	100%
Diagnósticos de enfermería	2	13%	13	87%	15	100%
Cuidados de enfermería.	2	13%	13	87%	15	100%

Fuente: Se aplico la hoja de registro para obtener datos de la Historia Clínica Neonatos, S.S.U – La Paz 2018.

Gráfico N°19



Fuente: Historia Clínica – Neonatología H.S.S.U – La Paz 2018

Interpretación **:** Los datos objetivos refieren que cumplen el 67% registro datos personales , 67% medidas antropométricas, 47% diagnóstico de ingresos/egresos , 53% inserción de dispositivos, 67% constantes vitales 60% dispositivos de oxigenoterapia , 7% actividad respiratoria, 100% tipo de alimentación , 60% infusiones, 87% administración de tratamiento, 80% ingresos y eliminados, 93% balance hídrico, 87% indicaciones medicas de tratamiento,87% soluciones indicadas , 87% exámenes complementarios , 13% diagnóstico de enfermería y 13% de cuidados de enfermería.

Análisis: Se verifica en la consolidación de datos objetivos que de acuerdo a norma de registro no cumple con su totalidad, no se debería omitir ningún dato.

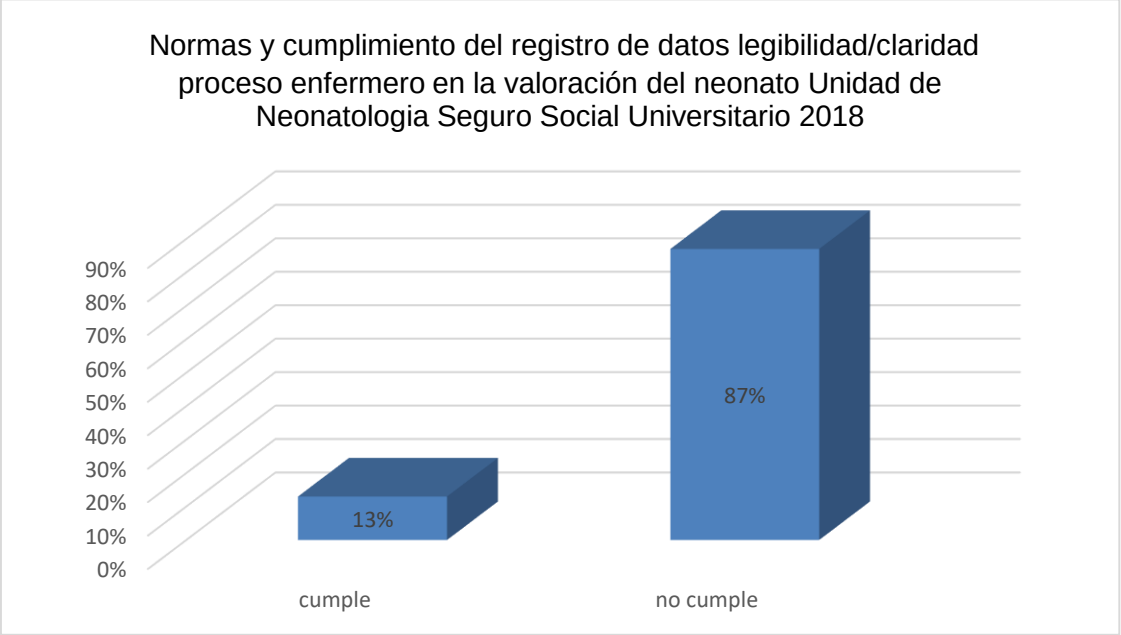
Tabla N°20

Normas y cumplimiento del registro de datos legibilidad/claridad proceso enfermero en la valoración del neonato Unidad de Neonatología Seguro Universitario 2018.

Registro de datos	Cumple	%	No cumple	%	Total	%
Legibilidad / Claridad	2	13	10	87%	15	100%

Fuente: Se aplico la hoja de registro para obtener datos de la Historia Clínica Neonatos, S.S.U – La Paz 2018.

Gráfico N° 20



Fuente: Historia Clínica – Neonatología H.S.S.U – La Paz 2018

Interpretación: Las normas registro de enfermería legibilidad/claridad refieren que el 13% cumple y el 87% no cumple.

Análisis: No se cumple la norma de registro de legibilidad y claridad en las historias clínicas por lo que son un documento legal.

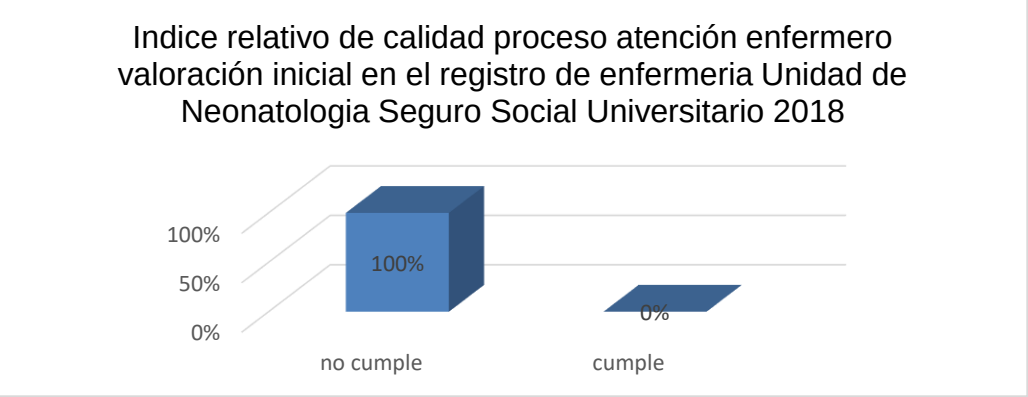
Tabla N°21

Índice relativo general de calidad proceso atención enfermero valoración inicial en el registro de enfermería Unidad de Neonatología Seguro Social Universitario 2018

Registro de datos	Cumple	%	No cumple	%	Total	%
Índice relativo general valoración inicial.	0	0	15	100%	15	100%

Fuente: Se aplico la hoja de registro para obtener datos de la Historia Clínica Neonatos, S.S.U – La Paz 2018.

Grafico N 21



Fuente: Se aplico la hoja de registro para obtener datos de la Historia Clínica Neonatos, S.S.U – La Paz 2018.

Interpretación: Índice relativo general de calidad proceso atención enfermero valoración inicial en el registro de enfermería Unidad de Neonatología Seguro Social universitario 2018 refiere que el 100 % no cumple con la valoración inicial del neonato.

Análisis: De acuerdo a los registros omitieron datos de la hoja de enfermería, el mismo que no da una calidad oportuna de atención de nuestros neonatos y legalidad de la historia clínica para su efecto.

X. CONCLUSIONES

Basados en este protocolo se realizó un estudio de la calidad del proceso enfermero en la etapa de valoración inicial al recién nacido inmediato, en la Unidad de Neonatología Seguro Social Universitario La Paz.

La calidad de los datos subjetivos refieren solo un dato como registro de enfermeria .

La calidad consolidación de los datos objetivos refiere que de acuerdo a norma no cumple en su totalidad con el registro de enfermería, el mismo que no se debería omitir ningún dato.

Las normas registro de enfermería legibilidad/claridad no se cumple en las historias clínica considerado como un documento legal.

El índice relativo general de calidad proceso atención enfermero valoración inicial en el registro de enfermería Unidad de Neonatología Seguro Social universitario 2018 refiere que el 100 % no cumple con la valoración inicial del neonato.

XI.RECOMENDACIONES

Se realiza como propuesta de intervención la implementación de una hoja de valoración inicial al recién nacido inmediato para fortalecer la aplicación del proceso enfermero como indicador de calidad de los registros de enfermería tomando en cuenta las normas internacionales existentes.
Se recomienda al personal de enfermería de la unidad de Neonatología del Seguro Social Universitario utilizar indicadores de calidad que le sirvan como instrumento para demostrar la calidad de atención brindada al neonato.

Creemos oportuno sugerir un modelo de registro, con la sola intención de que sirva como modelo a seguir o un instrumento de apoyo. En el cual se refleja: la redacción y claridad del registro y Prolijidad

Los datos sobre el estado general del paciente. Hecho que no ocurre en los registros observados, en ellos solo se colocan datos objetivos (medicación, Signos Vitales, Temperatura), la finalidad de esta propuesta tiene la sola intención de guiar a aquellos profesionales que se interesen en mejorar la calidad de sus registros.

Escribir de forma legible y prolija, evitará interpretaciones erróneas y actos para la persona que lea los registros, le confiere responsabilidad por el contenido de dicha narración y puede constituir el instrumento legal.

Motivar al personal de enfermería, siendo el personal jerárquico quien lo motive leyendo sus registros.

Proporcionar al personal de enfermería tiempo y recursos suficientes para elaborar sus registros, cumpliendo la normativa administrativa vigente.

XII.BIBLIOGRAFÏA

1.Chaparro García D. Registro del profesional de Enfermería como evidencia de la continuidad del cuidado. [en línea]. [fecha de acceso 18 de mayo 2019] disponible en: http://www.encolombia.com/medicina/revistas-medicas/enfermeria/ve 64/enfermeria6403-registros.

2.MINSA. Norma técnica de la historia clínica de los establecimientos del sector salud. [en línea].; 2005 [fecha de acceso 15 de abril 2019] disponible en: http://www.minsa.gob.pe/hama/Informaci%C3%B3n_Hma/Estadistica/Norma%20HC%20V02.pdf.

3.León Román CA. Enfermería ciencia y arte del cuidado. Rev Cubana Enfermería. [serie en Internet]. [Citado 22 Abr 2018]; [aprox. 2 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S08643192006000400007

4.Rojas J, Pastor P. Aplicación del proceso de atención de Enfermería en cuidados intensivos. Invest Educ Enferm. 2010; 28(3):323-35. Colombia

5.Cachón J., Pérez C. Álvarez L. Palacios C. El significado del lenguaje estandarizado NANDA-NIC-NOC en las enfermeras de cuidados intensivos madrileñas, abordaje fenomenológico. Enfermería Intensiva. 2012. Vol. 23. Pag 68- 76

6.Cortez G, Castillo. Guía para aplicar Proceso de Enfermería, Taxonomía N.N.N. NANDA N.IC. N.O.C. Registro sistematizado S.O.A.P.I.E. 4ta. Ed. Lima Perú 2008.

7.Cortez G, Castillo. Guía para aplicar Proceso de Enfermería, Taxonomía N.N.N. NANDA N.IC. N.O.C. Registro sistematizado S.O.A.P.I.E. 5ta. Ed. Lima Perú 2011.

8.Moorhead S, Jonson.M, Mass.ML, Swanson. E. Clasificación de resultados de enfermería Medición de resultados en salud (NOC). 5ta.Ed. Barcelona España.2014.

9.Carrillo G. Rubiano Y. La investigación y valoración de diagnóstico de enfermería. Revista cubana enfermería. 2007, 23 (3) Colombia.

10.Heather T, Kamitsuru S. Diagnósticos enfermeros, NANDA internacional, Definición y clasificación 2015-2017. 6ta. Ed. Barcelona España.2015.

11.Mariobo. V. D. Calidad de la hoja de registros de Enfermería en el servicio de Internación del Instituto Nacional de Oftalmología La Paz Bolivia Diciembre a marzo 2008.

12.Sellan M, Vásquez.A. Cuidados neonatales en enfermería. 6ta.Ed. Barcelona España 2017.

13.Angulo. P, Soyelis. S, Collazos.M. Factores que influyen en el Cumplimiento de la Realización del Registro de Enfermería (SOAPIE) en el área de observación de la Unidad de Emergencia General del Hospital Central Universitario “Dr. Antonio María Pineda” Barquisimeto Venezuela Octubre – noviembre 2003.

14.Lucena De Cordero.G. Lineamientos para la elaboración de los registros clínicos en las prácticas clínicas del Programa de Enfermería del Decanato de Medicina de la Universidad Centro occidental “Lisandro Alvarado”. Venezuela Biblioteca Las casas, 2008; 4(3). Fecha de acceso 5 de agosto del 2018; Disponible en: http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0349.php

15.Urgilés. P, Barrera.J, Normas para la Elaboración de la Evolución de Enfermería Aplicando el Sistema Basado en Problemas SOAPIE en Hospitalización en el Hospital de Especialidades de las Fuerzas Armadas N° 1 Quito Ecuador 2012.

16.Chaparro.D. Registro del profesional de enfermería como evidencia de la continuidad del cuidado. Universidad Nacional de Bogotá Colombia [en línea] [fecha de acceso el 28 de marzo 2018] disponible en:

http:// en colombia.com./medicina/enfermería/enfermeria6403-registro.htm

17.Peña.B.M. Guía Metodológica del Proceso de Atención de Enfermería, 1ra Edición mayo 2005.

18.Ledesma María del Carmen. Fundamentos de enfermería, editorial Limusa 2005, cap. 21, pág.345.

19.Patiño L, Colque M. Cuadernos del Hospital Arco Iris, N°9 (5) 47-53 2013.

20.Marriner.T. A, Raile M. Modelos y Teorías en Enfermería. 5ª ed. España: Elsevier Science; 2003.

21.Iyer P, Taptich B, Bernocchi-Losey D, Vallardor M. Proceso y Diagnóstico de Enfermería. 3ª ed. España: Mc. Graw Hill Interamericana; 1997.

22.Alfaro R. Aplicación del Proceso de Enfermería. 5ª ed. España: Mosby; 2003.

23.Amezcua M. La Calidad en la Documentación Clínica de Enfermería. Del papeleo a los Registros para el Cuidado. Revista Index de Enfermería: en línea: fecha de acceso 28 de marzo del 2018) 1995. 5(11) p: 15-20. Disponible en: http://www.index-f.com/index-enfermeria /sumario.php.43k

24.Universidad Centro occidental "Lisandro Alvarado" Vice-Rectorado Académico. Comisión Central de Currículo. Políticas y Organización para el desarrollo de las Áreas Curriculares: Orientación, Consejería, actividades de Autodesarrollo y Prácticas Profesionales. Venezuela: Universidad Centro occidental "Lisandro Alvarado"; 1992.

25.Carpenito L. Diagnósticos de enfermería. Aplicación de la práctica clínica. 5ª ed. Madrid, España: Editorial Interamericana; 1995.

26.Phaneuf M. La Planificación de los Cuidados Enfermeros. México: Mc Graw Hill Interamericana; 1999.

27.W. Iyer Trece reglas para realizar unos registros que le protejan legalmente. (1992); Nursing, 10(3): 40-44[en línea][fecha de acceso 29 de marzo del 2019] disponible: www.fuden.es/protocolo_objcfm?ID_protocolo=80&Filalnicio=1&paginacion=6.20k.

28.Magaly. SOAPIE de Enfermería fecha de acceso 9 de agosto del 2018 disponible en: http://www.blogger.com/profile/13413965644659466273

29.Peña Bravo M. Guía Metodológica del Proceso de Atención de Enfermería. 1ra. Edición mayo 2005.

30.UAP. Proceso de atención de Enfermería, Dominios, Nic y Noc en la práctica profesional, Modulo N° III Universidad Alas Peruanas-EDEXPRO SAC, Pág. 63-67.

31.Amaya de Gamarra A, Inés. Suárez de Betancourt. S.,Márquez. M, Villamizar C, Carvajal. Cuidado de enfermería al neonato crítico. Guías ACOFAEN. Biblioteca Las casas, 2005; 1. [fecha de ingreso 29 de marzo 2019] Disponible en http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0023.php

32.Zarate Z, Grajales. A la gestión del cuidado de Enfermería, Index Enferm N° 44, vol. 13 [en línea][fecha de acceso 10 de abril del 2019] disponible en http://scielo.isciii.es/scielo.phpscript=scirttext&pid=S1132-1296200400010009&Ing=iso.ISSO1132-1296.

33.CIE Código Deontológico para la profesión de enfermería Universidad de Navarra [en línea][fecha de acceso 28 de marzo del 2019] Disponible en: www.enfermundi.com/unaV.es/cdb/entenfermeras.html.

34.Luna O. Norma Técnica Para el manejo del Expediente Clínico, Ministerio de Salud y Deportes/Comisión Nacional en Salud y Auditoria La Paz Bolivia 2008.

35.Tamez R. Enfermería en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal 5ta.Ed. Medica Panamericana: Buenos Aires, Bogotá, Caracas, México, Porto Alegre.2016.

36.Montaño L, Urquieta. V, Mattos.P, Barrios.P. Manual De Normas de Diagnóstico, tratamiento y procedimientos intrahospitalarios de atención neonatal del Seguro Social Universitario – La Paz. 1ra.Ed. La Paz Bolivia.2009.

37.Ruiz Hontangas. A Calidad de los registros de enfermería Cardiovascular/Cardiovascular Nursing [en línea][Fecha de acceso 28 de marzo del 2019] octubre 2005 p:1-11. Disponible en: http://www.saludycuidados/No.7/registro/registro2.htm.

38.Castillo, Jiménez. “Estudio Descriptivo de las Unidades de Neonatología de los Hospitales de los Servicios de salud Metropolitanos” Chile 2005.

39.Murillas L. Epistemología del Cuidado. Cali, Valle del Cauca, Colombia, 2010 fecha de ingreso 7 de agosto del 2012 disponible en:http://epistemologiadelcuidado.blogspot.com/2010/03/diagnosticos-de-enfermeria-por-dominios.html.

40.Dormic E. Importancia de los registros de enfermería. Meswve.4tª edición mayo, Chile 2004[en línea]fecha de acceso 4 de mayo del 2019]disponible en:www.medwwdcl/enfermeria/Mayo2004/2.act-24k

41.Donabedian A. La calidad de la atención médica. Definición y Metas de Evaluación. México. Prensa Medica mexicana 1994,194p.

42.Hidalgo B, Calidad de las anotaciones clínicas. Segunda edición, Lima Perú: editorial Edu. Perú; 1999 p. 27.

XIII.

ANEXOS

ANEXO N° 1

CALIDAD PROCESO ENFERMERO EN LA ETAPA DE VALORACIÓN INICIAL, UNIDAD NEONATOLOGÍA SEGURO SOCIAL UNIVERSITARIO LA PAZ GESTIÓN 2018

CRONOGRAMA

ACTIVIDAD	2018						2019		
	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	ENERO	FEBRERO	MARZO
Diseño metodológico (identificación del problema)									
Desarrollo del planteamiento del problema –Búsqueda de información-primera presentación									
Aplicación de instrumento – trabajo con la tutora									
Validación de la guía									
Tabulación de resultados									
Análisis de resultados									
Informe final presentación ante tribunales									

ANEXO N 2
NOTA DE SOLICITUD AUTORIZACION DEL TRABAJO GERENCIA.SALUD

Seguro Social Universitario
G... SALUD
SECRETARIA
AGO 2019
RECIBIDO
No Registro

La Paz 1 de Agosto del 2019

Señor:
Dr. Bacarreza.
GERENTE DE SALUD HOSPITAL SEGURO SOCIAL UNIVERSITARIO LA PAZ

Presente. -

Ref.: **SOLICITUD AUTORIZACIÓN PARA REVISIÓN DE EXPEDIENTES CLINICOS DE LA UNIDAD DE NEONATOLOGIA PARA REALIZAR TRABAJO DE INVESTIGACION.**

Distinguido Dr.

Mediante la presente le hago llegar un cordial saludo a su autoridad.

El motivo de la presente es para solicitar la autorización para revisión de expedientes clínicos de la unidad de Neonatología para realizar el trabajo de investigación con el título "**CALIDAD DE PROCESO ENFERMERO EN LA ETAPA DE VALORACIÓN AL RECIEN NACIDO INMEDIATO EN LA UNIDAD DE NEONATOLOGIA DEL HOSPITAL SEGURO SOCIAL UNIVERSITARIO LA PAZ GESTION 2018** "cumplimiento como requisito en la Especialidad De Enfermería Neonatal Postgrado Universidad Mayor De San Andrés.

Esperando su pronta respuesta positiva a la presente.

Atentamente:

Lic. Carolina Ramirez Pacajes
INVESTIGADORA
CI 4801191 L.P

ANEXO N°3

NOTA DE SOLICITUD DEL TRABAJO JEFATURA DE ENSEÑANZA

La Paz 5 de Julio del 2019

Dra. Amalia. Salamanca Kacic
JEFE DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN HSSU LA PAZ

Presente. -

Ref.: **SOLICITUD AUTORIZACIÓN PARA REALIZAR EL TRABAJO DE INVESTIGACION**

Distinguida Dra.

Mediante la presente le hago llegar un cordial saludo a su autoridad.

El motivo de la presente es para solicitar la autorización para realizar el trabajo de investigación con el título "CALIDAD DE PROCESO ENFERMERO EN LA ETAPA DE VALORACIÓN INICIAL EN LA UNIDAD DE NEONATOLOGIA DEL HOSPITAL SEGURO SOCIAL UNIVERSITARIO LA PAZ GESTION 2018 "cumplimiento como requisito en la Especialidad De Enfermería Neonatal Postgrado Universidad Mayor De San Andrés.

Esperando su pronta respuesta positiva a la presente.

Atentamente:

Lic. Carolina Ramirez Pacajes
INVESTIGADORA
CI 4801191 L.P

Recibido
8/07/018
7:33

ANEXO N°4
NOTA DE AUTORIZACION DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

SEGURO SOCIAL UNIVERSITARIO
Av. 6 de Agosto N° 2630
Telf.: Piloto: 2434262 - Fax: 2434777
Casilla de Correo: 8227
E-mail: ssulapaz@enteinet.bo

La Paz 8 de julio de 2019

Señora:
Lic. Carolina Ramírez Pacajes
HOSPITAL SEGURO SOCIAL UNIVERSITARIO
La Paz.-

Ref. Autorización Investigación

De mi consideración:

Me dirijo a usted respondiendo su solicitud para realizar trabajo de investigación, la misma que es AUTORIZADA, le recomiendo solicitar de igual forma las autorizaciones correspondientes en las instancias pertinentes de acuerdo a sus requerimientos.

Sin otro particular, deseándole éxito en su investigación, saludo cordialmente.

Atentamente.

Dra. Amalia Salamanca Kacic
JEFE DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN a.i.
HOSPITAL S.S.U. La Paz

c.c./Archivo

ANEXO N°5
NOTA DE SOLICITUD AUTORIZACION JEFATURA ENFERMERIA S.S.U

La Paz 5 de Julio del 2019

Lic. Palmira Maldonado Chacón.
JEFE DE ENFERMERAS HOSPITAL SEGURO SOCIAL UNIVERSITARIO LA PAZ

Presente. -

Ref.: **SOLICITUD AUTORIZACIÓN PARA REALIZAR EL TRABAJO DE INVESTIGACION**

Distinguida Lic.

Mediante la presente le hago llegar un cordial saludo a su autoridad.

El motivo de la presente es para solicitar la autorización para realizar el trabajo de investigación con el título "CALIDAD DE PROCESO ENFERMERO EN LA ETAPA DE VALORACIÓN INICIAL EN LA UNIDAD DE NEONATOLOGIA DEL HOSPITAL SEGURO SOCIAL UNIVERSITARIO LA PAZ GESTION 2018 "cumplimiento como requisito en la Especialidad De Enfermería Neonatal Postgrado Universidad Mayor De San Andrés.

Esperando su pronta respuesta positiva a la presente.

Atentamente:

Lic. Carolina Ramirez Pacajes
INVESTIGADORA
CI 4801191 L.P

MS. Lic. Palmira Maldonado Chacón
JEFE DPTO. ENFERMERIA S.S.U. L.P.

ANEXO N°6

HOJA DE REGISTRO PARA RECOLECTAR DATOS DEL EXPEDIENTE CLINICO

CALIDAD PROCESO ENFERMERO EN LA ETAPA DE VALORACION AL RECIÉN NACIDO INMEDIATO, UNIDAD DE NEONATOLOGIA SEGURO SOCIAL UNIVERSITARIO LA PAZ GESTIÓN 2018.

FECHA…….../…../….

SERVICIO……

NOMBRE DEL OBSERVADOR……

I. Evaluación subjetiva

Nº	PROCEDIMIENTO	DATOS	CUMPLE	NO CUMPLE	TOTAL
1	Se registra datos subjetivos del neonato	Fuente primaria (papa o mama) y/o secundario (personal de salud)			

II.Evaluación objetiva.

Nº	PROCEDIMIENTO	DATOS	CUMPLE	NO CUMPLE	TOTAL
2	La enfermera registra datos objetivos del neonato	Datos personales del neonato			
		Registra diagnóstico de Ingreso/Egreso			
		Registra medidas antropométricas			
		Registra la inserción de dispositivos			
		Registra constantes vitales			
		Registra dispositivos de oxigenoterapia			
		Registra Actividad respiratoria (Silverman)			
		Registra tipo de alimentación			
		Realiza las infusiones (soluciones y transfusiones)			
		Realiza administración de tratamiento			
		Realiza registro de Ingresos y Eliminados			
		Realiza registro de balance hídrico.			
		Registra indicaciones medicas tratamiento			
		Registra soluciones indicadas			
		Registra exámenes complementarios			
		Registra cuidados de enfermería.			
		Registra diagnósticos de enfermería			

III.Normas y cumplimiento del registro de enfermería

Nº	PROCEDIMIENTO	DATOS	CUMPLE	NO CUMPLE	TOTAL
3	Características del registro de enfermería.	Letra legible y/o clara			

Fuente: Herramientas de control Lista de Chequeo Weebly

ANEXO N°7

NOTA DE VALIDACION INSTRUMENTO UNIDAD NEONATOLOGIA SEGURO SOCIAL UNIVERSITARIO LA PAZ

La Paz 5 de Julio del 2019

Lic. Rosmery Atahuachi Aduviri.
RESPONSABLE UNIDAD NEONATOLOGIA SEGURO SOCIAL UNIVERSITARIO LA PAZ
MAGISTER EN TERAPIA INTENSIVA Y MEDICINA CRITICA

Presente. -

Ref.: **SOLICITUD VALIDACION DE INSTRUMENTO**

Distinguida Licenciada.

Mediante la presente le hago llegar un cordial saludo a su autoridad.

El motivo de la presente es para comunicarle que mi persona pretende realizar en estudio cumplimento para requisito en la especialidad de Enfermería Neonatal Postgrado Universidad Mayor De San Andrés, que lleva como título "**CALIDAD DE PROCESO ENFERMERO EN LA ETAPA DE VALORACIÓN AL RECIEN NACIDO INMEDIATO EN LA UNIDAD DE NEONATOLOGIA DEL HOSPITAL SEGURO SOCIAL UNIVERSITARIO LA PAZ GESTION 2018** "

Para lo cual solicito respetuosamente tenga la amabilidad de validar mi instrumento de recolección de datos, para continuar con el estudio mencionado, adjunto instrumento.

Esperando su pronta respuesta positiva a la presente.

Segura de su colaboración, me despido de usted muy atentamente.

Atentamente:

Lic. Carolina Ramirez Pacajes
INVESTIGADORA
CI 4801191 L.P

M.Sc. Lic. Rosmery Atahuachi
ENFERMERA
M.P. A - 492
SEGURO SOCIAL UNIVERSITARIO
La Paz - 5 - Julio - 20

ANEXO N°8

VALIDACION DEL INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS SEGURO SOCIAL UNIVERSITARIO

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN DE:
Calidad proceso enfermero en la etapa de valoración al recién nacido inmediato, Unidad de Neonatología Seguro Social Universitario La Paz gestión 2018

DE: Lic. Enf. Carolina Ramírez Pacajes **C.I.:** 4801191LP.

Cursante del Postgrado de la Universidad Mayor de San Andrés, de la Especialidad Enfermería Neonatal.

FORMULARIO PARA VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

ITEM	CRITERIO A EVALUAR										Observaciones (si debe eliminarse o modificarse un ítem)
	1. Claridad en la redacción		2. Coherencia interna		3. Inducción a la respuesta (sesgo)		4. Lenguaje adecuado con el nivel del informante		5. Modelo que pretende		
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
1	✓		✓		✓		✓		✓		Ninguno
2	✓		✓		✓		✓		✓		
3	✓		✓		✓		✓		✓		
4											
5											

ASPECTOS GENERALES	SI	NO
Los instrumentos contienen instrucciones claras y precisas para responder el cuestionario	✓	
Los ítems permiten el logro del objetivo de la investigación	✓	
Los ítems están distribuidos en forma lógica y secuencial	✓	
El número de ítems es suficiente para recoger la información (En caso de ser negativa su respuesta, sugiera los ítems a añadir)	✓	

VALIDEZ			
APLICABLE	✓	NO APLICABLE	
APLICABLE ATENDIO A LAS OBSERVACIONES			

Validada por: Lic. R. Ortuño Aguilar	**C.I.:** 2450226 LP	**Fecha:** 3 Julio 2019
Firma:	**Teléfono:** 72088790	**e-mail:** rossgilar@gmail.com
Sello: Lic. Rosario Ortuño Aguilar ENFERMERA M.P.N. 492 SEGURO SOCIAL UNIVERSITARIO		

ANEXO N°9

NOTA DE SOLICITUD DE VALIDACION DE INSTRUMENTO JEFA UNIDAD DE NEONATOLOGIA HOSPITAL DE LA MUJER LA PAZ

La Paz 5 de Julio del 2019

Lic. Maritza Condorenz.
JEFE DE LA UNIDAD NEONATOLOGIA HOSPITAL DE LA MUJER LA PAZ

Presente. -

Ref.: **SOLICITUD VALIDACION DE INSTRUMENTO**

Distinguida Licenciada.

Mediante la presente le hago llegar un cordial saludo a su autoridad.

El motivo de la presente es para comunicarle que mi persona pretende realizar en estudio cumplimento para requisito en la especialidad de Enfermeria Neonatal Postgrado Universidad Mayor De San Andrés, que lleva como título "**CALIDAD DE PROCESO ENFERMERO EN LA ETAPA DE VALORACIÓN AL RECIEN NACIDO INMEDIATO EN LA UNIDAD DE NEONATOLOGIA DEL HOSPITAL SEGURO SOCIAL UNIVERSITARIO LA PAZ GESTION 2018** "

Para lo cual solicito respetuosamente tenga la amabilidad de validar mi instrumento de recolección de datos, para continuar con el estudio mencionado, adjunto instrumento.

Esperando su pronta respuesta positiva a la presente.

Segura de su colaboración, me despido de usted muy atentamente.

Atentamente:

Lic. Maritza Y. Condorena Ch.
RESPONSABLE DE ENFERMERIA
SERVICIO DE NEONATOLOGIA
HOSPITAL DE LA MUJER

Lic. Carolina Ramirez Pacajes
INVESTIGADORA
CI 4801191 L.P

ANEXO N 10

VALIDACION INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS HOSPITAL DE LA MUJER

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN DE:
Calidad proceso enfermero en la etapa de valoración al recién nacido inmediato, Unidad de Neonatología Seguro Social Universitario La Paz gestión 2018

DE: Lic. Enf. Carolina Ramírez Pacajes **C.I.:** 4801191LP.

Cursante del Postgrado de la Universidad Mayor de San Andrés, de la Especialidad Enfermería Neonatal.

FORMULARIO PARA VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

ITEM	CRITERIO A EVALUAR										Observaciones (si debe eliminarse o modificarse un ítem)
	1. Claridad en la redacción		2. Coherencia interna		3. Inducción a la respuesta (sesgo)		4. Lenguaje adecuado con el nivel del informante		5. Modelo que pretende		
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
1	✓		✓		✓		✓		✓		
2	✓		✓		✓		✓		✓		
3	✓		✓		✓		✓		✓		Ninguno
4											
5											

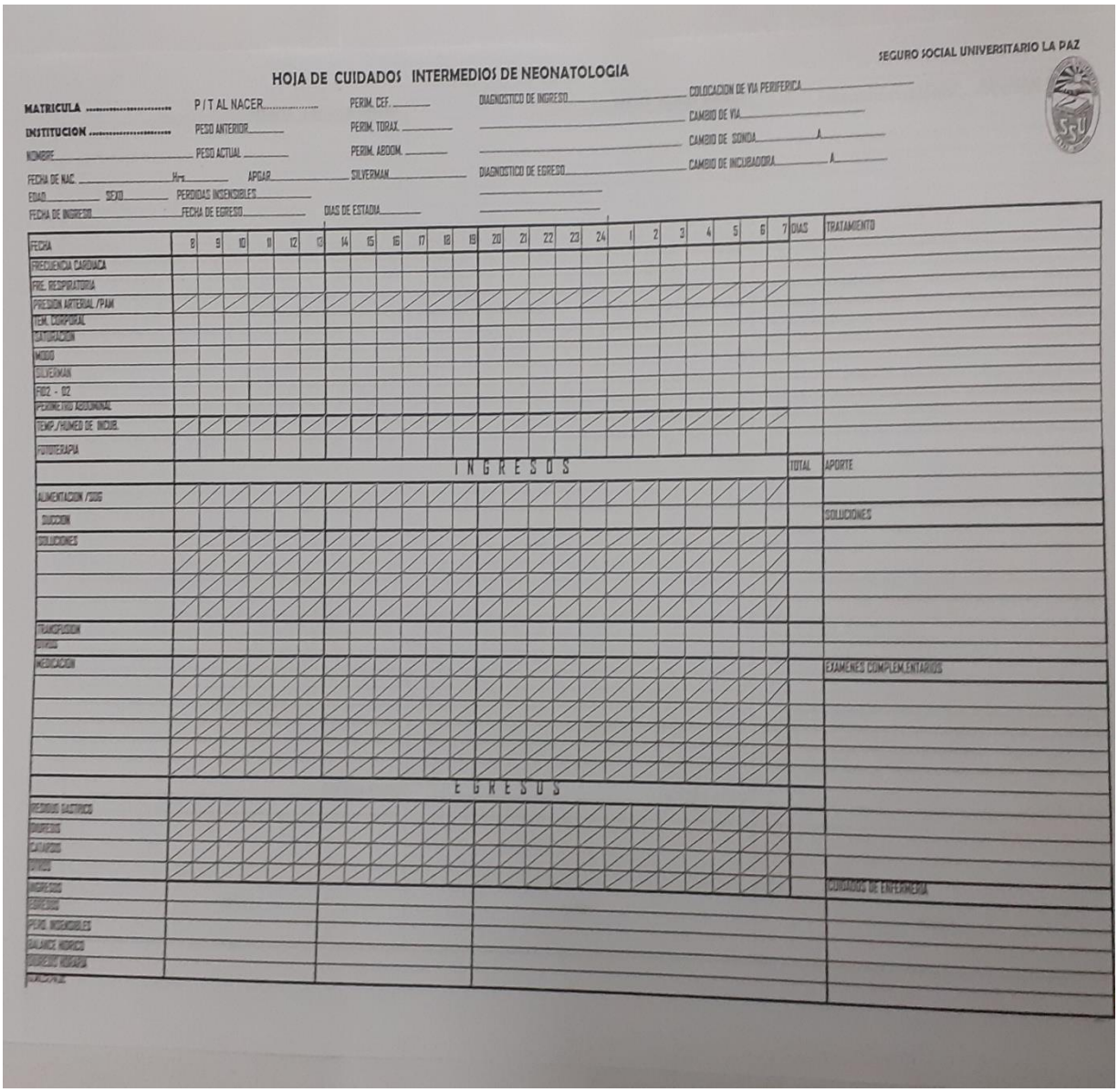
ASPECTOS GENERALES	SI	NO
Los instrumentos contienen instrucciones claras y precisas para responder el cuestionario	✓	
Los ítems permiten el logro del objetivo de la investigación	✓	
Los ítems están distribuidos en forma lógica y secuencial	✓	
El número de ítems es suficiente para recoger la información (En caso de ser negativa su respuesta, sugiera los ítems a añadir)	✓	

VALIDEZ			
APLICABLE	✓	NO APLICABLE	
APLICABLE ATENDIO A LAS OBSERVACIONES			

Validada por:	**C.I.:** 4748694 LP	**Fecha:** 5/03/2019
Firma: Lic. Mónica St. Cousiño Ch. RESPONSABLE DE ENFERMERIA SERVICIO DE NEONATOLOGIA HOSPITAL DE LA MUJER	**Teléfono:** 77513324	**e-mail:** mcondorenachaz@gmail.com
Sello:		

ANEXO N°11

REGISTRO DE ENFERMERIA NEONATOLOGIA SEGURO SOCIAL UNIVERSITARIO (A)



SEGURO SOCIAL UNIVERSITARIO LA PAZ

HOJA DE CUIDADOS INTERMEDIOS DE NEONATOLOGIA

MATRICULA ..... P / T AL NACER..... PERIM. CEF. ____ DIAGNOSTICO DE INGRESO ____ COLOCACION DE VIA PERIFERICA ____

INSTITUCION ..... PESO ANTERIOR ____ PERIM. TORAX. ____ CAMBIO DE VIA ____

NOMBRE ____ PESO ACTUAL ____ PERIM. ABDOM. ____ CAMBIO DE SONDA ____ A ____

FECHA DE NAC. ____ Hrs. ____ APGAR ____ SILVERMAN ____ DIAGNOSTICO DE EGRESO ____ CAMBIO DE INCUBADORA ____ A ____

EDAD ____ SEXO ____ PERDIDAS INSENSIBLES ____

FECHA DE INGRESO ____ FECHA DE EGRESO ____ DIAS DE ESTADIA ____

FECHA	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	1	2	3	4	5	6	7	DIAS	TRATAMIENTO
FRECUENCIA CARDIACA																										
FRE. RESPIRATORIA																										
PRESION ARTERIAL /PAM																										
TEM. CORPORAL																										
SATURACION																										
MODO																										
SILVERMAN																										
FIO2 - O2																										
PERIM.NO ABDOMINAL																										
TEMP./HUMED DE INCUB.																										
FOTOTERAPIA																										
	INGRESOS																								TOTAL	APORTE
ALIMENTACION /SOG																										
DUCCION																										SOLUCIONES
SOLUCIONES																										
TRANSFUSION																										
OTROS																										
MEDICACION																										EXAMENES COMPLEMENTARIOS
	EGRESOS																									
RESIDUOS GASTRICOS																										
DRENAJES																										
CATAPOS																										
OTROS																										
INGRESOS																										CUIDADOS DE ENFERMERIA
EGRESOS																										
PERD. INSENSIBLES																										
BALANCE HIDRICO																										
BALANCE HORARIO																										
FIRMA																										

ANEXO N°12

REGISTRO DE ENFERMERIA NEONATOLOGIA SEGURO SOCIAL UNIVERSITARIO (B)

TURNO MAÑANA FECHA.....	TURNO TARDE FECHA.....	TURNO NOCHE ( ) FECHA.....
S.....	S.....	S.....
O.....	O.....	O.....
A.....	A.....	A.....
P.....	P.....	P.....
I.....	I.....	I.....
E.....	E.....	E.....
VISITA MEDICA.....	VISITA MEDICA.....	VISITA MEDICA.....
FIRMA	FIRMA	FIRMA

ANEXO N 13

CALIDAD PROCESO ENFERMERO EN LA ETAPA DE VALORACIÓN INICIAL, UNIDAD NEONATOLOGÍA SEGURO SOCIAL UNIVERSITARIO LA PAZ GESTIÓN 2018

PRESUPUESTO

N.º	ÍTEM	PARCIAL
1	Material de escritorio	1000
2	Hardware	500
3	Software	600
4	Estadístico	200
5	Logística	2000
6	Transporte	500
7	Asesores	1000
	TOTAL	5800

EXPRESADO EN BOLIVIANOS: CINCO MIL OCHOCIENTOS

FUENTE: DE FINANCIAMIENTO PROPIA

SEGURO SOCIAL UNIVERSITARIO LA PAZ

UNIDAD DE NEONATOLOGIA Y CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES

PROPUESTA DE INTERVENCION

IMPLEMENTACION DE LA HOJA DE VALORACIÓN INICIAL AL RECIÉN NACIDO INMEDIATO PARA FORTALECER LA APLICACIÓN DEL PROCESO ENFERMERO

AUTORA: Lic. CAROLINA RAMIREZ PACAJES

LA PAZ – BOLIVIA

2019

GUIA DE ATENCION DE ENFERMERÍA UNIDAD DE NEONATOLOGÍA Y CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES

Dra. Gabriela Lima Bolívar

GERENTE GENERAL

SEGURO SOCIAL UNIVERSITARIO

Lic. Arancibia

GERENTE ADMINISTRATIVO FINANCIERO

SEGURO SOCIAL UNIVERSITARIO

Dr. Johnny Bacarreza Shulse

GERENTE DE SALUD

SEGURO SOCIAL UNIVERSITARIO

M.Sc. Lic. Palmira Maldonado Chacón

JEFE DE EFERMERAS

SEGURO SOCIAL UNIVERSITARIO

APROBADO POR: .....

FECHA DE ENTRADA EN VIGOR: .....

PROPUESTA DE INTERVENCION

IMPLEMENTACION DE LA HOJA DE VALORACIÓN INICIAL AL RECIÉN NACIDO INMEDIATO PARA FORTALECER LA APLICACIÓN DEL PROCESO ENFERMERO

DATOS GENERALES:

Centro de Formación:	SEGURO SOCIAL UNIVERSITARIO LA PAZ
Nombre de la hoja:	IMPLEMENTACION DE LA HOJA DE VALORACIÓN INICIAL AL RECIÉN NACIDO INMEDIATO PARA FORTALECER LA APLICACIÓN DEL PROCESO ENFERMERO.
Unidad:	NEONATOLOGIA
Autor:	Lic. CAROLINA RAMIREZ PACAJES
AÑO:	2019

ÍNDICE

Pág.
I.DEFINICIÓN 5
II.PRINCIPIOS CIENTIFICOS..... 6
III.EQUIPO Y MATERIAL..... 6
IV.EJECUTANTE 8
V.OBJETIVO..... 8
VI.PERSONAL DE APOYO..... 8
VII.PROCEDIMIENTO 8
VIII.PRODUCTOS ESPERADOS..... 10
IX. RECOMENDACIONES..... 10
X.BIBLIOGRAFIA..... 11
XI. ANEXOS..... 12

I.DEFINICIÓN

Para el profesional de enfermería es indispensable contar con instrumento de valoración que nos permita obtener los mismos objetivos y resultados, por ello es la presentación de este instrumento de valoración que permitirá unificar la valoración al paciente neonato, utilizando un lenguaje unificado y estandarizado que todos formemos parte de su uso.
La valoración la fuente principal de información es la comunicación con otros miembros del equipo de salud, se valora la perspectiva integral del recién nacido.

En la práctica hospitalaria las enfermeras brindan el cuidado a la persona, teniendo asignados a un grupo de pacientes y el proceso de atención de enfermería se aplica a cada persona o paciente. La valoración empieza considerando a la persona como un ser único, por ello se recoge información de datos iniciales denominados datos del caso: Se obtiene revisando la historia o preguntándole directamente a la persona, cuidadores etc. Los datos objetivos consideran: Observación física (examen físico céfalo – caudal próximo distal) y observación documentaria (Historia Clínica). Datos subjetivos en la práctica la entrevista se realiza brevemente, todavía no se ha implementado en los servicios recuperativos, un ambiente o infraestructura que le permite le permite obtener a la enfermera datos subjetivos del paciente, que responda a las respuestas humanas es decir obtener datos de sentimientos, opiniones relacionados con la salud o enfermedad, así como problemas muy personales de la repercusión social.

II.PRINCIPIOS CIENTIFICOS

1.Documentan el registro el primer paso del proceso enfermero para realizar los otros los otros cuatro pasos y cuidados de enfermería así dar atención de calidad al paciente neonato.

2.Ayudan en el desarrollo de los planes de calidad.

3.Las enfermeras demuestran un compromiso personal y profesional en el acto del cuidado, acompaña a la persona, familia, el grupo o comunidad de ellos y respetando sus diferencias.

4.Por su presencia, su atención y su disciplina, la enfermera favorece el potencial de la persona que vive experiencias de salud.

5.La enfermera reconoce su propia competencia y la de sus colegas, que pueden prevenir de otras disciplinas, y con ellos contribuye al objetivo de optimizar el valor de los cuidados prodigiosos.

III.EQUIPO Y MATERIAL

La presente guía contiene los 13 dominios basados en la toxomania NANDA en la primera fase del Proceso de enfermería.

Hoja de enfermería al ingreso a la Unidad de Neonatología Seguro Social Universitario, que será de utilidad y disponibilidad para el accionar el trabajo del personal de enfermería, que permita de manera didáctica, el qué hacer en cada caso, brindando una atención de calidad y calidez al paciente en esta unidad.

HOJA DE VALORACION DE ENFERMERÍA AL INGRESO UNIDAD DE NEONATOLOGIA

DATOS GENERALES

Nombre…….....Fecha de Nacimiento…… Edad……

Fecha de ingreso ……Hora……..……Persona de Referencia……Teléfono……..

Procedencia: Admisión ( ) Emergencia ( ) Sexo: Femenino ( ) Masculino ( ) Apgar…… Silverman……Dx……

P Arterial……FC……FR……T……..... SatO2……..Peso……Talla……Fuente de información ……..

ANTECEDENTES DE ENFERMEDADES Y QUIRURGUICAS:

Enfermedades…….. Cirugías: Si ( ) No ( )

Antecedentes Perinatales: HIE ( ) Placenta Previa ( ) Preeclampsia ( ) Eclampsia ( ) Hemorragias ( ) Otro ( )

VALORACION DE ENFERMERÍA SEGÚN DOMINIOS

DOMINIO 1 PROMOCION DE LA SALUD: Sabe sobre la enfermedad de su bebe Si ( ) No ( ) Usa Tabaco: Si ( ) No ( ) Alcohol ( ) Medicamentos prescritos: Si ( ) No ( ) Usted sabe sobre el cuidado de su bebe: Si ( ) No ( )	**DOMINIO 8:** Sexualidad Masculino ( ) femenino ( ) Ambiguo ( )
DOMINIO 2 NUTRICION: Lactancia Si ( ) No ( ) Frecuencia ( ) Vómitos Si ( ) No ( ) Abdomen Normal ( ) Distendido ( ) Hidratación piel: Seca ( ) Edema Si ( ) No ( ) Coloración piel: Pálida ( ) Ictérica ( ) cianótica ( )	**DOMINIO 9 AFRONTAMIENTO TOLERANCIA AL ESTRÉS** Conducta de los padres: Irritable ( ) Agresivo ( ) Triste ( )
DOMINIO 3 ELIMINACIÓN: Intestinal: Normal ( ) Estreñimiento ( ) Diarrea ( ) ostomía ( ) Disentería ( ) Urinaria: Normal ( ) Poliuria ( ) Anuria ( ) Hematuria ( ) Corporal Diaforesis ( )	**DOMINIO 10 PRINCIPIOS VITALES:** Padres: Creyentes Si ( ) No ( )
DOMINIO 4 ACTIVIDAD Y REPOSO: SUEÑO-DESCANSO: Problemas para dormir Si ( ) No ( ) Hiperactivo ( ) hipoactivo ( ) Movilidad de Miembros: Flacidez ( ) Fuerza Muscular: Conservada ( ) Disminuida ( ) ACTIVIDAD RESPIRATORIA: Taquicardia ( ) Bradicardia ( ) Hipotensión ( ) hipertensión ( ) Cianosis Central ( ) Periférica ( ) ACTIVIADA RESPIRATORIA: Silverman Leve ( ) Moderada ( ) Severa ( ) Ventilación M ( ) CPAP ( ) Halo ( ) O2 Ambiental ( ) Blender ( )	**DOMINIO 11 SEGURIDAD Y PROTECCIÓN:** Factores de riesgo del neonato: Familiar: Física ( ) Psicológica ( ) Vías aéreas permeable: Si ( ) No ( ) alergias Si ( ) No ( ) Termorregulación: Hipertermia ( ) Hipotermia ( )
DOMINIO 5 PERCEPCION/COGNICIÓN: Glasgow: Leve ( ) Moderada ( ) Grave ( ) Comunicación: Llanto ( ) Percibe ruidos ( ) Convulsiones: Si ( ) No ( ) Reflejos Pupilares Normal ( ) Anormal ( )	**DOMINIO 12 CONFORT:** Dolor: Si ( ) No ( )
DOMINIO 6 AUTO PERCEPCIÓN: Percepción de hospitalización de los padres: Triste ( ) Bueno ( ) Malo ( ) Regular ( )	**DOMINIO 13 CRECIMIENTO Y DESARROLLO:** Peso igual ( ) Aumento ( ) disminuye ( ) Tolera la leche : Si ( ) No ( ) Desarrollo; Deglución Si ( ) No ( ) Reflejo de succión Si ( ) No ( )
DOMINIO 7 ROL / RELACIONES: Cuidados del bebe: Adecuado ( ) Inadecuado ( ) Relación familiar en torno al Recién Nacido: Malo ( ) Bueno ( )	**FECHA DE ENTREVISTA……** **FIRMA Y SELLO DE ENTREVISTADORA……..** **FIRMA DEL ENTREVISTADO……** **OBSERVACION……....**

Fuente: Lic. Ramirez

IV.EJECUTANTE

Licenciada en Enfermería.

V.OBJETIVO

Proporcionar un instrumento técnico administrativo con el propósito de incrementar el conocimiento para adquirir habilidades sobre el registro correcto de la valoración inicial al recién nacido inmediato con el fin de elevar el nivel de calidad del Proceso Atención de Enfermería y el desempeño profesional reconociendo síntomas de peligro en el recién nacido.

VI.PERSONAL DE APOYO

Licenciadas de enfermería de la Unidad de Neonatología Seguro Social Universitario.

VII.PROCEDIMIENTO

Han él cumplirse todos los valores del registro puesto que la información que

recoge es la mínima necesaria para dar un cuidado integral de calidad. Si no se

puede recoger alguno de los datos se justificará en las observaciones del dominio correspondiente.

La estructura general del registro es la siguiente:

1. Se trata de un registro semiestructurado con preguntas cerradas y abiertas de forma que su cumplimiento resulte ágil y clara.

2. Recoge datos administrativos, datos referentes al ingreso actual y aquellos antecedentes de salud que pueden ser de interés para los pacientes y, aunque consten ya en otras partes de la historia clínica, es conveniente que figuren en este registro.

3. Recoge datos de la salud del niño (solo objetivos) y de la de los padres/tutor (tanto objetivos como subjetivos) orientados al diagnóstico de las necesidades de los cuidados. En algunos casos, los padres /tutor también serán sujeto de dichos cuidados.

4. La organización de los datos se hace con enfoque enfermero, en base a los Dominios de la Toxomania NANDA, puesto que resulta más útil para llegar al Diagnóstico que la estructura de Necesidades Básicas de Virginia Henderson o la de Patrones Funcionales de Maryori Gordon.

5. Dentro de cada Dominio hay puntos que suelen hacer referencia a la presencia de un signo o síntoma (característica definitoria) de cada Diagnostico de Enfermería explorado, seguido de los posibles factores relacionados más habituales.

6. En formato papel en el primer caso el punto va seguido de las casillas SI ( ) NO ( ) y se debe señalar con una **X** la casilla que corresponda y en caso que se detecte una alteración se señalará con una **X** la casilla ( ) del punto que se relacione.

7. La valoración se debe hacerse dentro de las primeras 24 horas del ingreso a la Unidad. Sin embargo, algunos aspectos, como las relaciones familiares y la valoración del cuidador principal, solo se pueden valorar cuando exista una relación de confianza entre el enfermero y el paciente.

8.El juicio diagnóstico estará basado en la observación de manifestaciones verbales y no verbales del paciente, entendiendo como paciente en este caso a los padres o al tutor, y las preguntas concretas que hará el enfermero se adaptaran a las distintas situaciones que surjan con cada persona, no pudiendo estandarizarse.

9. En formato papel los campos que no se registraron figuran se valoran el otro turno completar la valoración.

10. Para garantizar su cumplimiento se planificará la intervención “Documentación” (Registro de los datos pertinentes del paciente en una historia clínica) para que aparezca en la agenda de cuidados hasta que se efectué esta parte de la Valoración.

11. Si no pueden recogerse datos se comentará en Observaciones de Enfermería la situación del paciente que impide cumplimentarla.

12. Finalizada recogiendo la opinión de los padres o el tutor sobre lo que para ellos es más importante e identificando a la persona de la se recogen los datos (madre, abuelo, Tutor), el nombre y apellidos del enfermero que la cumplimenta, la fecha y firma.

VIII.PRODUCTOS ESPERADOS

- Registros de enfermería con calidad
- Plan de intervención de Enfermería
- Diagnósticos de Enfermería.

IX. RECOMENDACIONES

Se sugiere a la Unidad de Neonatología Seguro Social Universitario aplicar el instrumento de valoración inicial al recién nacido al ingreso a dicha Unidad, como fuente de evidencia en la gestión del cuidado al paciente.

Es necesario diseñar e implementar estrategias orientadas a mejorar la calidad de los registros y contar con instrumentos acordes a la necesidad de las instituciones.

Es indispensable contar con registros estandarizados y en lo posible digitalizado y que sean de fácil manejo para su análisis.

Es necesario promover una actualización constante de las enfermeras con respecto al uso de los registros de enfermería como cuidado y posteriormente sean fuentes de datos trabajos de investigación más esquematizados.

X.BIBLIOGRAFIA

1. Cortez Gloria, Castillo Francisca. Guía para aplicar Proceso de Enfermería, Taxonomía N.N.N. NANDA N.IC. N.O.C. Registro sistematizado S.O.A.P.I.E. 4ta. Ed. Lima Perú 2008.

2. Amaya de Gamarra, Inés Cecilia; Suárez de Betancourt, María de Jesús; Villamizar Carvajal, Beatriz. Cuidado de enfermería al neonato crítico. Guías ACOFAEN. Biblioteca Las casas, 2005; 1. [fecha de ingreso 29 de marzo 2013] Disponible en http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0023.php

3. Patricia Urgilés, Janeth Barrera. Normas para la Elaboración de la Evolución de Enfermería Aplicando el Sistema Basado en Problemas SOAPIE en Hospitalización en el Hospital de Especialidades de las Fuerzas Armadas N° 1 Quito Ecuador 2012.

4. Ceriani Cernadas “neonatología Practica “4ta edición, Editorial Panamericana 2009 Buenos Aires Argentina.

5. Tamez Silva “enfermería en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, Asistencia del recién nacido de alto riesgo” 3ra edición, febrero 2008, editorial Panamericana, Buenos Aires Argentina.

XI.

ANEXOS

ANEXO I

TEST DE VALORACION RESPIRATORIA DEL RECIEN NACIDO (TEST DE SILVERMAN)

SIGNOS	2	1	0
Quejido espiratorio	Audible sin fonendoscopio	Audible con fonendoscopio	Ausente
Respiración nasal	Aleteo	Dilatación	Ausente
Retracción costal	Marcada	Débil	Ausente
Retracción esternal	Hundimiento del cuerpo	Hundimiento de la punta	Ausente
Concordancia torácica	Discordancia	Hundimiento del tórax y el abdomen	Expansión de ambos a la inspiración

INTERPRETACION TEST DE SILVERMAN

PUNTAJE	INTERPRETACION
0 puntos	Sin dificultad respiratoria
1 a 3 puntos	Con dificultad respiratoria leve
4 a 6 puntos	Con dificultad respiratoria moderada
7 a 10	Con dificultad respiratoria severa

Fuente: Manual De Normas De Diagnóstico, Tratamiento Y Procedimientos Intrahospitalarios De Atención Neonatal Del S.S.U – La Paz.

ANEXO II

CLASIFICACION DE SARNAT Y SARNAT

SIGNOS	Grado I (leve)	Grado II (moderada)	Grado III (Severa)
Nivel de conciencia	Hiperalerta	Letargia	Estupor o coma
Tono muscular	Normal	Hipotonía	Flacidez
Postura	Ligera flexión distal	Fuerte flexión distal	Descerebración
Reflejo moro	Hiperreactivo	Débil, incompleto	Ausente
Reflejo succión	Débil	Débil o ausente	Ausente
Función autonómica	Simpática	Parasimpática	Disminuida
Pupilas	Midriasis	Miosis	Posición media
Convulsiones	Ausentes	Frecuentes	Raras
EEG	Normal	Alterado	Anormal
Duración	<24 hrs	2 a 14 días	Horas o semanas

Fuente: Manual De Normas De Diagnóstico, Tratamiento Y Procedimientos Intrahospitalarios De Atención Neonatal Del S.S.U – La Paz.

ANEXO III

SIGNOS DE ALARMA EN EL RECIEN NACIDO

Respiración acelerada (>40 por minuto)
Cianosis
Salivación excesiva
Distención abdominal
Ictericia en <24 hr
Vómitos biliosos
Convulsiones
Retención urinaria
Falta de meconio
Letargia (perdida de reflejo palatino)

Fuente: Manual De Normas De Diagnóstico, Tratamiento Y Procedimientos Intrahospitalarios De Atención Neonatal Del S.S.U – La Paz.

ANEXO IV

ESCALA DE KRAMER
Zona 1: Ictericia de la cabeza y cuello = 6mg/dl
Zona 2: Ictericia hasta el ombligo = 9mg/dl
Zona 3: Ictericia de las rodillas = 12mg/dl
Zona 4: Ictericia hasta los tobillos = 15mg/dl
Zona 5: Ictericia de la cabeza y cuello = Mas de 15 mg/dl

Fuente: Manual De Normas De Diagnóstico, Tratamiento Y Procedimientos Intrahospitalarios De Atención Neonatal Del S.S.U – La Paz.

ANEXO V

SIGNOS	VALORES Y REFERENCIAS NORMALES
Temperatura	36,5 – 37,5
Pulso	120 – 160 p.p.m.
Frecuencia Respiratoria	40 – 60 r.p.m.
Frecuencia Cardiaca	120 – 160 l.p.m.
Presión Arterial	Sistólica: 55 y 85 mmHg. Diastólica: 40 y 46 mmHg.
Color	Rosado
Tipo de respiración	Abdominotoracica
Tono muscular	Movimientos activos de las extremidades
Actividad	Reactivo a estímulos externos
Nivel de Conciencia	Valoración Neurológica. Tomar cada 30 minutos las primeras dos horas o hasta que se estabilice.

Fuente: Manual De Normas De Diagnóstico, Tratamiento Y Procedimientos Intrahospitalarios De Atención Neonatal Del S.S.U – La Paz.

ANEXO VI

VALORACIÓN SEGÚN LLANTO

(-)	(+)	(++)	(+++)	(++++)
Tranquilo, no llora	Llora o retiro reflejo de la zona estimulada	Lora y retiro reflejo de la zona estimulada	Continúa llorando en brazos de la mamá durante la entrega de indicaciones	Igual al anterior y se retira del box I

Fuente: Manual De Normas De Diagnóstico, Tratamiento Y Procedimientos Intrahospitalarios De Atención Neonatal Del S.S.U – La Paz.

ANEXO VII

DOLOR EN RECIEN NACIDOS PREMATUROS

CRITERIO	OBSERVACION	PUNTOS
EXPRESION FACIAL	Rostro distendido. Muescas pasajeras	0
	Temblor del mentón. Ceño fruncido	1
	Muecas frecuentes, marcadas, prolongadas	2
	Contracción de músculos faciales. Rostro fijo	3
CUERPO	Distendido	0
	Agitación leve /larga calma	1
	Agitación frecuente / calma	2
	Agitación permanente. Hipertonía de extremidades. Rigidez de miembros. Motricidad pobre/ sin movimiento.	3
SUEÑO	Facilidad para dormir.	0
	Dificultad para dormir	1
	Despertar espontaneo / sueño agitado	2
	Imposibilidad de dormir	3
INTERACCION CON EL MEDIO	Sonrisa. Buena respuesta a estímulos. Ubica fuente de sonido	0
	Dificultad leve con observador / logra	1
	Contacto difícil. Grito ante estímulos leves.	2
	Contacto imposible, Malestar ante estímulos.	3

Fuente: Manual De Normas De Diagnóstico, Tratamiento Y Procedimientos Intrahospitalarios De Atención Neonatal Del S.S.U – La Paz.

ANEXO VIII

ESCALA DE EVALUACION DEL DOLOR

CRITERIOS	OBSERVACION	PUNTOS
SUEÑO	Puede conciliar el sueño	0
	Brevemente	1
	No puede conciliar el sueño	2
MIMICA	No	0
	Intermitente	1
	Animia	2
LLANTO	Normal	0
	Agudo	1
	Permanente	2
MOVILIDAD ESPONTANEA	Calma	0
	Modulada	1
	Agitación permanente	2
EXCITIBILIDAD	Modo espontaneó	0
	Reactividad aumentada	1
	Disminuida	2
EXTENSION DE DEDOS DE MANO Y PIE	No	0
	Intermitente	1
	Permanente	2
SUCCION VIGOROSA	Si	0
	Discontinua	1
	No	2

Fuente: Manual De Normas De Diagnóstico, Tratamiento Y Procedimientos Intrahospitalarios De Atención Neonatal Del S.S.U – La Paz.

ANEXO IX

ESCALA DE GLASGOW MODIFICADA PARA NEONATOS

ACTIVIDAD	MEJOR RESPUESTA
APERTURA DE OJOS	
Espontanea	4
Al hablarle	3
Al dolor	2
Ausencia	1
VERBAL	
Balbuceo	5
Llanto Irritable	4
Llanto al dolor	3
Quejido al dolor	2
Ausencia	1
MOTORA	
Movimientos Espontáneos	6
Retirada al tocar	5
Retirada al dolor	4
Flexión anormal (Decorticación)	3
Extensión anormal (descerebración)	2
Ausencia	1

Fuente: Manual De Normas De Diagnóstico, Tratamiento Y Procedimientos Intrahospitalarios De Atención Neonatal Del S.S.U – La Paz.

ANEXO X

SHOCK EN EL RECIEN NACIDO. SCORE DE SEVERIDAD

PARAMETRO	0	1	2
Color de la piel	Normal	Pálido	Moteado
Circulación cutánea	Normal	Lenta	Muy lenta
Llenado capilar	< 3 segundos	4-6 segundos	>6 segundos
Temperatura cutánea periférica	Normal	Baja	Fría
Pulsos periféricos	Normales	Débiles	Imperceptibles
Presión Arterial media	Normal	< 20 % de lo normal	>20% de lo normal

Fuente: Manual De Normas De Diagnóstico, Tratamiento Y Procedimientos Intrahospitalarios De Atención Neonatal Del S.S.U – La Paz.

ANEXO XI

Dominios y Clases NANDA

Dominio 1 Promoción de la salud

Toma de conciencia del bienestar o normalidad de las funciones y estrategias usadas para mantener el control,

fomentar el bienestar y la normalidad del funcionamiento.

Clase 1 **Toma de conciencia de la salud**

Reconocimiento del bienestar y funcionamiento normal.

Clase 2 **Gestión de la salud**

Identificación, control, realización e integración de actividades para mantener la salud y el bienestar.

Dominio 2 Nutrición

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

Clase 1 Ingestión

Introducción a través de la boca de alimentos y nutrientes en el cuerpo

Diagnósticos aprobados:

Clase 2 Digestión

Actividades físicas y químicas que convierten los alimentos en sustancias apropiadas para su absorción y asimilación

Clase 3 Absorción

Acto de captar los nutrientes a través de los tejidos corporales

Clase 4 Metabolismo

Procesos físicos y químicos que se producen en los organismos y células vivas para el desarrollo y uso de protoplasma, la producción de productos de desecho y energía, y la libe- ración de energía para todos los procesos vitales

Clase 5 Hidratación

Captación y absorción de líquidos y electrólitos

Dominio 3 Eliminación

Secreción y excreción de los productos corporales de desecho

Clase 1 Función urinaria

Procesos de excreción y secreción de orina

Clase 2 Función gastrointestinal

Expulsión y excreción de productos de desecho del intestino

Clase 3 Función integumentaria

Proceso de secreción y excreción a través de la piel

Clase 4 Función respiratoria

Eliminación de los derivados de los productos metabólicos, secreciones y material extraño de los pulmones y bronquios.

Dominio 4 Actividad / reposo

Producción, conservación, gasto o equilibrio de los recursos energéticos

Clase 1 Reposo / sueño.

Sueño, descanso, tranquilidad o inactividad.

Clase 2 Actividad / ejercicio.

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

Clase 3 Equilibrio de la energía.

Estado de armonía dinámica entre el aporte y el gasto de recursos

Clase 4 Respuestas cardiovascular / pulmonar

Mecanismos cardiovasculares que apoyan la actividad / reposo.

Clase 5 Autocuidado.

Habilidad para realizar las actividades de cuidado del propio cuerpo y de las funciones corporales.

Dominio 5 Percepción / cognición

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

Clase 1 Atención

Disponibilidad mental para percatarse de algo u observar.

Clase 2 Orientación

Conciencia del tiempo, el espacio y las personas

Clase 3 Sensación – percepción

Recepción de información visual, auditiva, gustativa, olfatoria, táctil y cinestésica a través de los sentidos, así como la comprensión de tales datos que conduce a la identificación, asociación y patrón de reconocimiento

Clase 4 Cognición

Uso de la memoria, el aprendizaje, pensamiento, solución de problemas, abstracción, juicio, introspección, capacidad intelectual, cálculo y lenguaje

Clase 5 Comunicación

Enviar y recibir información verbal y no verbal

Dominio 6 Autopercepción

Conciencia del propio ser

Clase 1 Autoconcepto

Percepción o percepciones sobre la totalidad del propio ser

Clase 2 Autoestima

Valoración de la propia valía personal, significación, capacidad y éxito

Clase 3 Imagen corporal

Imagen mental del propio cuerpo

Dominio 7 Rol / relaciones

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

Clase 1 Roles de cuidador

Patrones de conducta socialmente esperados de las personas que brindan cuidados sin ser profesionales de la salud

Clase 2 Relaciones familiares

Asociaciones de personas relacionadas biológicamente o por elección propia

Clase 3 Desempeño del rol

Calidad del funcionamiento de acuerdo con los patrones socialmente esperados.

Dominio 8 Sexualidad

Identidad sexual, función sexual y reproducción

Clase 1 Identidad sexual

Forma de ser una persona especifica respecto a la sexualidad o el género

Clase 2 Función sexual

Capacidad o habilidad para participar en las actividades sexuales

Clase 3 Reproducción

Cualquier proceso por el que se producen nuevos Individuos (personas)

Dominio 9 Afrontamiento / Tolerancia al Estrés

Forma de hacer frente a los acontecimientos / procesos vitales

Clase 1 Respuesta postraumática

Reacciones tras un trauma físico o psicológico

Clase 2 Respuestas de afrontamiento

Procesos para manejar el estrés ambiental

Clase 3 Estrés neuro compartimental

Respuestas conductuales que reflejan la función nerviosa y cerebral

Dominio 10 Principios vitales

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

Clase 1 Valores

Identificación y jerarquización de los objetivos finales o modos de conducta preferidos

Clase 2 Creencias

Opiniones, expectativas o juicios sobre actos, conductas o instituciones considerados verdaderos o poseedores de un valor intrínseco

Clase 3 Congruencia de las acciones con los valores / creencias

Congruencia o equilibrio entre los valores, las creencias y las acciones

Dominio 11 Seguridad / protección

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

Clase 1 Infección

Respuestas de huésped a la infección por gérmenes patógenos

Diagnósticos aprobados:

Clase 2 Lesión física

Lesión o daño corporal

Clase 3 Violencia

Empleo de una fuerza o poder excesivos de modo que provoque lesión o abuso

Clase 4 Peligros ambientales

Fuentes de peligro en el entorno

Clase 5 Procesos defensivos

Procesos mediante los que la persona se autoprotege de lo que no es ella misma

Clase 6 Termorregulación

Procesos fisiológicos de regulación del calor y la energía corporales con el objetivo de proteger el organismo

Dominio 12 Confort

Sensación de bienestar o comodidad física, mental o social

Clase 1 Confort físico

Sensación de bienestar o comodidad

Clase 2 Confort ambiental

Sensación de bienestar o comodidad en el propio entorno

Clase 3 Confort social

Sensación de bienestar o comodidad en las situaciones sociales

Dominio 13 Crecimiento / desarrollo

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

Clase 1 Crecimiento

Aumento o mejora de las dimensiones físicas o madurez de los sistemas corporales