

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



**“CALIDAD DEL REGISTRO DE ENFERMERIA
S.O.A.P.I.E. EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS
NEONATALES HOSPITAL SEGURO SOCIAL UNIVERSITARIO
LA PAZ GESTION 2012”**

POSTULANTE: Lic. PAMELA VERONICA MENECEZ QUISBERTH

TUTOR: Lic. MARIA LUISA RODRIGUEZ ANDRADE

**PROPUESTA DE INTERVENCION PRESENTADA PARA OPTAR AL
TITULO DE ESPECIALISTA EN ENFERMERIA EN MEDICINA CRÍTICA Y
TERAPIA INTENSIVA**

**LA PAZ - BOLIVIA
2013**

AGRADECIMIENTO

Doy Gracias a Dios por darme la sabiduría, voluntad, fortaleza y valor para lograr con fe mis objetivos.

A la Lic. María Luisa Rodríguez Andrade por el asesoramiento y apoyo brindado desinteresadamente para la realización de este trabajo de investigación.

A las Autoridades del Hospital del 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.

A todos los docentes de la Universidad Mayor de San Andrés por el empeño y la esencia puesta en cada módulo.

A mi compañera Janet Lita Aliga con mucho cariño.

DEDICATORIA

A mi esposo Juan, por su paciencia y apoyo sobre todo por motivarme a crecer profesionalmente, con todo cariño.

A mis hermosas hijas, Fernanda y Luciana, porque son un regalo de Dios, que iluminan mi vida con su presencia y son uno de mis más valiosos motivos para seguir adelante.

RESUMEN

El registro de enfermería basado en el S.O.A.P.I.E. ha llegado a alcanzar gran importancia en la función asistencial de la enfermera profesional, los cuidados brindados 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, frente a las cuales es indispensable contar con un respaldo documentado que cumplan con las normas de registro de enfermería internacional, claro legible y con calidad.

El presente estudio se realizó en el Hospital del Seguro Social Universitario La Paz, Unidad de Neonatología y Cuidados Intensivos Neonatales en el periodo de enero-abril 2012 con el objetivo de Conocer el nivel de cumplimiento de los registros de enfermería S.O.A.P.I.E en el expediente clínico de neonatos, que fueron hospitalizados.

Para fines de estudio se considero una muestra de 65 registros de enfermería, se utilizo como instrumento de recolección de datos una lista de chequeo que consta de 15 ítems para medir la calidad de los registros de enfermería basados en normas internacionales.

Los resultados más sobresalientes fueron que el registro de enfermería tiene un nivel de no cumplimiento identificándose que las normas para un registro adecuado solo se cumplen en un 45% de todos los casos estudiados.

Se verifico que la falencia esta en el registro incorrecto del los datos subjetivos del neonato y los diagnósticos de enfermería. Por otra parte no están utilizando herramientas con base científica como una Guía para aplicar el PAE basado en el registro del SOAPIE correctamente.

PALABRAS CLAVE: calidad de los registros de enfermería.

TABLA DE CONTENIDO

	Pag.
RESUMEN	
I. INTRODUCCION	5
II. ANTECEDENTES	6
III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	11
3.1.FORMULACION DE LA PREGUNTA DE INVESTIGACION.....	12
IV. JUSTIFICACION	13
V. OBJETIVOS.....	14
5.1.OBJETIVO GENERAL.....	14
5.2.OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	14
5.3.DEFINICION OPERACIONAL DE VARIABLES.....	15
5.4.LISTADO DE VARIABLES	15
VI. MARCO TEORICO.....	18
VII. CONTROL SEMANTICO.....	40
VIII. DISEÑO METODOLOGICO.....	43
8.1.TIPO DE ESTUDIO.....	43
8.2.DISEÑO DE INVESTIGACION.....	43
8.3.METODOS DE INVESTIGACION.....	43
8.4.UNIVERSO Y MUESTRA.....	44
8.5.AREA DE ESTUDIO.....	45
8.6.CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN.....	46
8.7.FUENTE TECNICA E INSTRUMENTOS.....	46
8.8.PROCESAMIENTO DE DATOS.....	46
8.9.PROCEDIMIENTO DE LA INFORMACION.....	47
8.10.DE DISCUSION Y ANALISIS.....	47
IX. ASPECTOS ETICOS.....	48
X. ANALISIS Y RESULTADOS.....	49
XI. PROPUESTA TEORICA PARA LA CONFORMACION Y CONSOLIDACION DEL TRABAJO	65
XII. CONCLUSIONES	66
XIII. RECOMENDACIONES	67
XIV. BIBLIOGRAFIA	68
XV. ANEXOS.....	74

I. INTRODUCCION

La aplicación del método científico en la práctica asistencial de enfermería es el método conocido como Proceso de Atención Enfermería (P.A.E.). Este método permite a las enfermeras prestar cuidados de una forma racional, lógica y sistemática. Es un sistema de planificación en la ejecución de los cuidados de enfermería, compuesto de cinco pasos: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación. Como todo método, el P.A.E. configura un número de pasos sucesivos que se relacionan entre sí. Aunque el estudio de cada uno de ellos se hace por separado, sólo tiene un carácter metodológico, ya que en la práctica las etapas se superponen, este esquema nos permite visualizar el S.O.A.P.I.E que es el P.A.E. plasmado en el registro de enfermería.

El S.O.A.P.I.E. es el sistema de documentación orientada al problema paralelo al proceso de enfermería P.A.E. incluye la recolección de datos, la identificación de respuestas del neonato, el desarrollo del plan de cuidados y la evaluación de la consecución de los objetivos. En este sistema, la información está enfocada a los problemas del neonato, y está integrada y registrada por todas las disciplinas, utilizando un formato constante. En la actualidad facilita la atención de calidad, es de fácil acceso al plan de cuidados, resultados, evolución e investigación.

En neonatología el P.A.E. y su correcto registro es un elemento que permite atender con calidad las necesidades especiales del neonato. Los registros sistematizados como el S.O.A.P.I.E. garantizan la calidad del cuidado de enfermería en neonatología.

II. 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 1967 Jhonson (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

Una forma ordenada y lógica de presentar los datos que maneja enfermería es el S.O.A.P.I.E. (Subjetivos, Objetivos, Análisis, Plan, Intervención y Evaluación) son las siglas utilizadas para el registro de enfermería. El proceso de enfermería dio origen al R.M.O.P.(Registro Médico Orientado al Problema).

En 1992 (Marrelli) forma una base de datos con una lista de problemas numerados sobre el proceso del paciente y lo denomina (SOVP) (subjetivo, objetivo, valoración, plan). El SOVP ha evolucionado hacia diversas formas de que incluyen: SOVPE agregándose la evaluación (E). Luego en el año siguiente se considera el SOAPER, donde se refiere a la respuesta del paciente, en vista de que estas formas no eran funcionales. Aparece el PAE

que no se refiere al proceso de atención de enfermería sino al problema, actuaciones y evaluación.

Murphy, Burke en 1980 esquematiza el denominado S.O.A.P.I.E. previamente en 1988, Lampe crea una gráfica donde se estructura las “notas de progreso”. Lampe, considera que el registro de la nota debe incluir el (FAR) es decir la fecha, acciones y la respuesta del paciente, ese mismo año la ANA American Nurses Association 1988 diseño más criterios para sistematizar la información incluyendo la forma computarizada con base de datos, de esta manera dio más énfasis a las sigla SOAPIE.¹

En Bolivia, actualmente existen muy pocos estudios, Uno de esos es el realizado por Vaca Mariobo Delma Lic. en enfermería, que lleva como título “Calidad de la hoja de registros de enfermería en el servicio de internación en el Instituto Nacional de Oftalmología en La Paz gestión 2007 2008” el cual tiene como objetivo establecer la calidad de la hoja de registros de enfermería con el propósito de mejorar los conocimientos del personal de enfermería y tener registros con calidad en la hoja de enfermería, consideró una muestra de 227 registros realizados por 16 enfermeras, utilizo 2 instrumentos de recolección de datos, un cuestionario de conocimientos y una lista de chequeo para medir la calidad. Los resultados arrojados por dicha investigación fueron:

Registros de enfermería que no cumplían con los parámetros de calidad, contenían información insuficiente del paciente. Los registros de enfermería fueron realizados antes de la intervención o al final de la jornada laboral, justificándose por exceso de trabajo. Por otra parte carecían de conocimientos sobre las normas del llenado de los registros de enfermería, en resumen los registros de enfermería no reflejan la calidad de atención a los usuarios.²

Estudios realizados en Barquisimeto, Venezuela, realizado por Angulo, Soyelis y Collazos Martha titulado "Factores que influyen en el Cumplimiento de la realización del Registro de Enfermería (SOAPE) en el Área de observación de la Unidad de Emergencia General del Hospital Central Universitario Dr. Antonio María Pineda Barquisimeto Octubre – Noviembre 2003. Estudio descriptivo transversal con la finalidad de conocer los factores que influyen en el cumplimiento del registro del (SOAPE) con una población de estudio de 12 profesionales a la cuales 11 fueron encuestadas mediante 21 ítems permitiendo medir el grado cognitivo a través de una puntuación de 15 puntos \leq a 5 conocimiento deficiente, 6 a 11 regular, 12 a 15 bueno. Los resultados demostraron que el 99% de los profesionales de enfermería pertenecen al sexo femenino y el 1% al sexo masculino, con una edad cronológica de 27 a 49 años, con un nivel académico de 20% técnico superior y 80% de licenciadas, el nivel cognitivo reflejo que el 82% con conocimiento regular, el 18% nivel de conocimiento bueno, y el 1% conocimiento malo con respecto al registro de enfermería. Ante los resultados obtenidos se presentan algunas recomendaciones orientadas al cumplimiento de los registros a fin de contribuir a una atención integral del paciente.³

Por otro lado, Gilda Lucena De Cordero realizó un estudio que tiene como título Lineamientos para la elaboración de los registros clínicos en las prácticas clínicas del programa de enfermería del decanato de medicina de la universidad centroccidental "Lisandro Alvarado" que tiene como objetivo proponer lineamientos para la elaboración de los registros clínicos en las prácticas clínicas del Programa de Enfermería en la ya mencionada facultad, con una modalidad de Proyecto Especial de tipo descriptivo, los sujetos de estudio fueron 36 estudiantes de enfermería y 20 docentes, realizaron una encuesta con 17 preguntas, en los resultados tanto docentes como estudiantes no maneja la diversidad de tipos de registro así mismo la

mayoría considera el realizar los registros de enfermería adecuadamente, siendo los datos objetivos, subjetivos, intervenciones de enfermería y la respuesta del usuario, finalmente manifiestan la necesidad de redactar lineamientos que contribuyan la redacción de los registros de enfermería, por último la autora presenta una propuesta de intervención que incluye características esenciales, consideraciones éticas, bioética, normas legales, normas para confeccionar los registros.⁴

Otro estudio similar de Patricia Urgilés y Janeth Barrera que lleva como título Normas para la Elaboración de la Evolución de Enfermería Aplicando el Sistema basado en problemas SOAPIE en hospitalización del HE-1 el objetivo es analizar el método de registro de enfermería como evidencia en la continuidad del cuidado en los servicios de hospitalización además elaborar la normativa aplicando el SOAPIE, este estudio fue de tipo descriptivo, exploratorio transversal, previa prueba piloto, se elaboró y aplico un instrumento de chequeo de la evolución de enfermería el cual se basó en la reglamentación del manejo de historias clínicas de (acuerdo a resolución ministerial 000138 del 14 de marzo 2008 Ministerio de Salud Pública), los resultados obtenidos demuestran que el 10% de las historias clínicas no cumplen con el tipo de registro SOAPIE se acerca al sistema narrativo, finalmente hay poca pertinencia con los registros realizados por la enfermera, o la carencia de los criterios de diligenciamiento ético-legales.⁵

Lorena Chaparro y Col. Realizaron un estudio en la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia, Sede Bogotá el 2003 titulada "Registros del profesional de enfermería como evidencia de la continuidad del cuidado". Estudio de tipo descriptivo exploratorio transversal, se elaboró un instrumento de chequeo de los registros de enfermería como resultados el 100% de los registros en la hoja de enfermería se hallaron lo siguiente el 28% espacios en blanco, el 27% no tiene datos de identificación del paciente, el

14% sin firma de la enfermera responsable, y sin fecha el 14%, enmendaduras el 7%. Los resultados muestran que los registros de enfermería de mayor uso son la hoja de medicamentos, ordenes médicas, adicionalmente la continuidad del cuidado no se demuestra por la escasa aplicación del proceso de enfermería, así como la ausencia de formatos de registros que le son propio a la disciplina y que permite la evidencia del cuidado continuo.⁶

III. 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 la información proporcionada para los registros se proceden de diversas fuentes (paciente) tanto primaria como secundaria (familiares, personal de salud).

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.

De esta forma el registro de enfermería S.O.A.P.I.E. es reconocido por las organizaciones mundiales de salud como un indicador hospitalario de calidad.

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 los problemas y necesidades del neonato.

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.

3.1. FORMULACION DE LA PREGUNTA DE INVESTIGACION.

¿Cuál será en nivel de cumplimiento del S.O.A.P.I.E en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales del Hospital del Seguro Social Universitario La Paz, Gestión 2012?

IV. JUSTIFICACION

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.

El S.O.A.P.I.E. como registro, formaliza la organización de las acciones científico técnicas del proceso de atención de enfermería. Su utilidad e importancia se centra fundamentalmente en su valor legal y como instrumento de gestión e indicador de calidad, que permite realizar auditorías médicas a fin de evaluar, optimizar y garantizar la calidad de los servicios prestados.

Sin embargo, se considera de vital importancia realizar buenos registros de enfermería capaces de evidenciar la calidad del cuidado prestado. Por lo expuesto aún se observa que las enfermeras no le confieren mayor importancia realizando registros rutinarios sin objetividad, precisión, y no reflejando la calidad del servicio. La presente investigación aporta a la Unidad de Neonatología, conocimientos sobre la calidad del proceso atención de enfermería basada en el registro del S.O.A.P.I.E., 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.

V. OBJETIVOS.

5.1. OBJETIVO GENERAL.

Conocer el nivel de cumplimiento de los registros de enfermería S.O.A.P.I.E en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales del Hospital del Seguro Social Universitario La Paz gestión 2012.

5.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

- Identificar si el registro del S.O.A.P.I.E cumple con las normas de registros de enfermería internacionales.
- Identificar si el S.O.A.P.I.E. contiene las seis etapas secuenciales en el registro enfermería.
- Diseñar una Guía para aplicar el Proceso Atención de Enfermería basado en el registro del S.O.A.P.I.E. con diagnósticos de enfermería de la NANDA en Neonatología.

5.3. DEFINICION OPERACIONAL DE VARIABLES

5.4. LISTADO DE VARIABLES

- Calidad del registro de enfermería
- Datos subjetivos del neonato.
- Datos objetivos del neonato.
- Diagnóstico de enfermería.
- Objetivo de la planificación de enfermería.
- Intervenciones de enfermería.
- Evaluación de enfermería.

5.4.1. Variables dependientes

a) Definición conceptual de variables

- **Calidad de Registro de Enfermería**

Registro que recoge la información suficiente, con caridad, exactitud confiabilidad como para permitir que otra enfermera asuma sin dificultad la responsabilidad del cuidado del neonato.

- **Datos subjetivos del neonato.**

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

- **Datos objetivos del neonato.**

Consiste en registrar los hallazgos obtenidos durante la valoración; se descubren por el sentido de la vista, oído, tacto, y olfato o por instrumentos como el termómetro, tensiómetro, exámenes auxiliares, etc.

- **Diagnóstico de enfermería.**

Es el registro del diagnóstico de enfermería puede ser real o potencial y siempre va el “relacionado con” para determinar los factores determinantes o condicionantes y el código de diagnóstico de la NANDA.

- **Objetivo de la planificación de enfermería.**

Se registra el objetivo de la planificación, comprende lo que la enfermera planifica hacer.

- **Intervenciones de enfermería.**

Se refiere al registro donde la enfermera ejecuta el plan diseñado con la finalidad de resolver los problemas identificados.

- **Evaluación de enfermería.**

Se registra la evaluación, la eficacia de la intervención efectuada; registrada en presente. Concluye con la firma del colegio y sello de la enfermera que atendió al paciente

b) Definición operacional de variables

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

PARAMETROS PARA MEDIR EL CUMPLIMIENTO DE LA CALIDAD DE LOS REGISTROS DE ENFERMERIA

CUMPLIMIENTO	70 - 100%
CUMPLIMIENTO MINIMO	51 - 69%
NO CUMPLIMIENTO	0 - 50%

Fuente: Meneses P. Calidad del Registro SOAPIE.

5.4.2. Definición y Operacionalización de variables

VARIABLE	TIPO	ESCALA	DESCRIPCION	INDICADOR
Calidad de Registros de enfermería	Cualitativo Nominal Politómica	Cumple > 70% Cumplimiento mínimo 51 a 69% No Cumple < 50%	Según el registro que recoge la información suficiente, con caridad, exactitud y confiabilidad.	FRECUENCIA PORCENTAJE
Datos subjetivos del neonato.	Cualitativo Nominal Politómica	Cumple > 70% Cumplimiento mínimo 51 a 69% No Cumple < 50%	Según el registro del los sentimientos, y síntomas del neonato, el llanto	FRECUENCIA PORCENTAJE
Datos objetivos del neonato.	Cualitativo Nominal Politómica	Cumple > 70% Cumplimiento mínimo 51 a 69% No Cumple < 50%	Según el registro de datos obtenidos durante la valoración; se descubren por la exploración	FRECUENCIA PORCENTAJE
Diagnóstico de enfermería.	Cualitativo Nominal Politómica	Cumple > 70% Cumplimiento mínimo 51 a 69% No Cumple < 50%	Según el registro que determina el diagnóstico de enfermería según la NANDA.	FRECUENCIA PORCENTAJE
Objetivo de la planificación de enfermería.	Cualitativo Nominal Politómica	Cumple > 70% Cumplimiento mínimo 51 a 69% No Cumple < 50%	Según el registro del objetivo de la planificación, comprende lo que la enfermera planifica hacer.	FRECUENCIA PORCENTAJE
Intervenciones de enfermería.	Cualitativo Nominal Politómica	Cumple > 70% Cumplimiento mínimo 51 a 69% No Cumple < 50%	Según el registro de la ejecución del plan diseñado con la finalidad de resolver los problemas	FRECUENCIA PORCENTAJE
Evaluación de enfermería.	Cualitativo Nominal Politómica	Cumple > 70% Cumplimiento mínimo 51 a 69% No Cumple < 50%	Según el registro de evaluación, la eficacia de la intervención efectuada; en el neonato.	FRECUENCIA PORCENTAJE

VI. MARCO TEORICO

6.1. MARCO CONCEPTUAL

6.1.1. Definición del proceso atención de enfermería

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

6.1.2. Definición de registro de enfermería S.O.A.P.I.E.

Método sistemático para el registro e interpretación de los problemas y necesidades del neonato, así como las intervenciones, observaciones y evaluación que realiza la enfermera. También se conoce como estructura o siglas del registro de la enfermera.

6.1.3. Definición de la NANDA asociación de diagnósticos de enfermería de Norteamérica.

NANDA (North American Nursing Diagnosis Association) es una sociedad científica de enfermería cuyo objetivo es estandarizar el diagnóstico de enfermería. Fue fundada en 1982 para desarrollar y refinar la nomenclatura, criterios y la taxonomía de diagnósticos de enfermería. En 2002, NANDA se convierte en NANDA International. Otras asociaciones internacionales son AENTDE en español, AFEDI (Asociación Francófona Europea de Diagnósticos de Enfermería) y ACENDIO (Europa).⁷

6.1.4. Dominios de enfermería

- **Definición diagnóstico enfermero**

Es un juicio clínico sobre la respuesta de una persona, familia o comunidad a problemas de salud reales o potenciales, o a procesos vitales, que proporcionan la base para la terapia definitiva para el logro de objetivos de los que la enfermera es responsable (NANDA 1991).

El concepto diagnóstico proviene del griego y tiene dos raíces, "dia-" que es: "a través de, por", Y "gignoskein" que es: "conocer", así etimológicamente diagnóstico significa conocer a través de. El concepto de este significado (imagen que representamos en la mente) es la identificación de la naturaleza o esencia de una situación o problema y de la causa posible o probable del mismo, es el análisis de la naturaleza de algo.

- **Método taxonómico**

Método que pretende el análisis y clasificación de las regularidades de los fenómenos, que se basa en identificar la esencia de estos fenómenos bajo un criterio lógico que responda a la verdad de cómo estas se organizan o interrelacionan.

- **Patrones funcionales:** Configuración de un comportamiento secuencial a través de un lapso de tiempo.
- **Dominio:** Es una esfera de actividad, estudio o interés. (Roget, 1980).
- **Clase:** Es una subdivisión de un grupo mayor; una división de las personas o cosas por su calidad, rango o grado. (Roget, 1980).⁸

6.2. PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

La aplicación del método científico en la práctica asistencial enfermera, es el método conocido como proceso de Atención Enfermería (P.A.E.). Este método permite a las enfermeras prestar cuidados de una forma racional, lógica y sistemática.

Es un sistema de planificación en la ejecución de los cuidados de enfermería, compuesto de cinco pasos: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación. Como todo método, el PAE configura un número de pasos sucesivos que se relacionan entre sí. Aunque el estudio de cada uno de ellos se hace por separado, sólo tiene un carácter metodológico, ya que en la puesta en práctica las etapas se superponen:

- c) **Valoración:** es la primera fase del proceso de Enfermería que consiste en la recogida y organización de los datos que conciernen a la

persona, familia y entorno. Son la base para las decisiones y actuaciones posteriores

- d) Diagnóstico de Enfermería. Es el juicio o conclusión que se produce como resultado de la valoración de Enfermería.
- e) Planificación. Se desarrollan estrategias para prevenir, minimizar o corregir los problemas, así como para promocionar la Salud.
- f) Ejecución. Es la realización o puesta en práctica de los cuidados programados.
- g) Evaluación: La evaluación se define como la comparación planificada y sistematizada entre el estado de salud del paciente y los resultados esperados. Evaluar, es emitir un juicio sobre un objeto, acción, trabajo, situación o persona, comparándolo con uno o varios criterios.⁷

Proceso atención de enfermería trabajo en equipo la asistencia de enfermería en equipo es un sistema de prestación de cuidados de enfermería en el que un grupo de personas integrado por personal profesional y personal no profesional trabajan coordinadamente para proporcionar un cuidado global a un paciente o grupo de pacientes. La asistencia de enfermería en equipo puede efectuarse en el hospital, en un centro comunitario y en el hogar.⁸

En este sentido, la profesión de enfermería ha sido definida bajo diferentes perspectivas, como arte, técnica, profesión, servicio, disciplina y ciencia. Marriner y Raile¹ expresan que hace más de 100 años esta profesión fue definida por una de las primeras teóricas de enfermería, como lo fue Florencia Nightingale, (1859), quien expone “la enfermera(o) como la encargada (o) de la salud personal de alguien y lo que la enfermería tiene que hacer, es poner al cliente en las mejores condiciones para que la naturaleza actúe sobre él”, (pág.73). Otra de las teóricas, citada por Marriner y Raile es la teórica Virginia Henderson (1966), quien define el propósito de

la enfermería de la siguiente manera: “La única función de una enfermera es ayudar al individuo, enfermo o sano, en la realización de aquellas actividades que contribuyen a la salud o a su recuperación (o a una muerte tranquila), y que él realizaría sin ayuda si tuviera la fuerza, voluntad o conocimientos necesarios. Y hacer esto, de tal forma, que le ayude a ser independiente lo antes posible”.⁹

Iyer, Taptich y Losey, refieren a Yura y Walsh, como quienes escribieron el primer libro, en el que se describen los componentes, fases o etapas de la Enfermería como proceso, denominándola el Proceso de Enfermería (PE), el cual es utilizado tanto en países americanos como europeos; hoy en día, es reconocido como una herramienta fundamental y como hilo conductor en la mayoría de los planes curriculares de las diferentes escuelas de enfermería existentes.¹⁰

Al respecto, Alfaro expresa que el Proceso de Enfermería, es organizado y sistemático porque consta de cinco pasos: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación los cuales son secuenciales e interrelacionados. En los mismos se realizan acciones intencionales y pensadas para maximizar los resultados a largo plazo, existiendo un elemento común que se puede apreciar en los cinco pasos o etapas del Proceso de Enfermería, como lo es la documentación o registros de enfermería.¹¹

6.3. REGISTROS DE ENFERMERÍA

Los registros de enfermería, son anotaciones diarias que realiza el personal de enfermería en su jornada laboral con el propósito de comunicar los aspectos técnicos y clínicos referidos a la atención del paciente o cuidados de enfermería a todo el personal de enfermería y equipo de salud y ser un testimonio jurídico legal que respalde la labor de la enfermera.

Entre las enfermeras existe un lenguaje común que facilita a una mejor comunicación no sólo entre ellas, sino incluso con otros profesionales de la salud y garantiza la utilidad de los registros. Un buen registro de enfermería según (Amescua, 1995) debe recoger la información suficiente como para permitir que otro profesional de similar cualificación asuma sin dificultad la responsabilidad del cuidado del paciente.¹²

En este sentido, los registros de enfermería se convierten en un elemento que converge en el proceso enseñanza - aprendizaje en el ámbito docente, investigación y asistencial. Por lo tanto, son de gran importancia, ya que sirven para plasmar el conocimiento científico-técnico del quehacer en la práctica de enfermería. En tal sentido, la Política y Organización para el Desarrollo de las áreas Curriculares: Orientación, Conserjería, actividades de Autodesarrollo y Prácticas Profesionales de la UCLA, plantea que el propósito de la práctica, citando a la Universidad del Zulia (LUZ, 1982).¹³

Sobre este particular, Carpenito, indica que la administración del cuidado de enfermería y los registros clínicos de enfermería deben cumplirlas normas de la profesión y apoyarse para su desempeño en la American Nurses Association (ANA) y en la Joint Commission Accreditation of Health care Organizations (JCAHO), organizaciones que poseen normas para el registro de enfermería, a nivel mundial las cuales establecen las responsabilidades del personal de enfermería, por la cual se puede juzgar la calidad de la práctica del servicio.

Las responsabilidades de los profesionales de la enfermería comprenden los diagnósticos de enfermería o necesidades del cliente, las intervenciones de enfermería y los resultados, los cuales deben anotarse en forma permanente y continua en un documento, llamado Registro de Enfermería, donde el profesional es responsable de acuerdo con las normas (JCAHO), y las de la organización de la salud, donde se desempeña en su ejercicio profesional.

Los registros de enfermería son una fuente de datos valiosos que pueden ser utilizados para la planificación, la enseñanza, la investigación, el control de calidad, la comunicación, documento legal, la estadística y la evaluación.¹⁴

En este mismo sentido, Phaneuf, plantea que la importancia de los registros viene dada por ser un elemento imprescindible para asegurar la continuidad de los cuidados del cliente, usuario/paciente, familia o comunidad. Además es éste un puente permanente de comunicación con el personal de enfermería y el resto del equipo de salud, y es un elemento enriquecedor para la experiencia profesional, ya que contribuye a fomentar un cuerpo de conocimientos propios que sirve de base de datos para la investigación y como punto de referencia tanto para la formación de estudiantes de Pre-grado como de Post-grado de Enfermería, lo que constituye un documento legal para efectos jurídicos.¹⁵

6.3.1. Finalidad de los registros de enfermería

La finalidad de los registros de enfermería, es la comunicación del proceso atención de enfermería a todo el equipo de enfermería y equipo sanitario, el registro proporciona datos que la enfermera utiliza para identificar y apoyar los diagnósticos de enfermería, proporcionando una imagen global del estado de salud de neonato.

6.3.2. Utilidad de los registros de enfermería

- Sirve para que la enfermera pueda tomar decisiones respecto al estado de salud del neonato, ya que es la única profesional que brinda el cuidado de los neonatos las 24 horas.
- Sirve como documento legal, utilizándose como medio probatorio en un proceso judicial, el contenido del registro documenta el nivel de la asistencia prestada a una persona en un establecimiento de salud.

- Sirve para el control económico debido a que los costos de la asistencia sanitaria se pagan casi siempre a terceros por lo cual son codificables.
- Sirve como información a los estudiantes para conocer la naturaleza de alguna enfermedad, en pacientes con problemas médicos.¹⁶

6.3.3. Modelos de anotaciones de enfermería

Los registros de enfermería forman parte del trabajo que desarrolla la enfermera en su labor de atención a las necesidades de cuidados de la población, por ello, los profesionales, debemos ser conscientes de su importancia, y relevancia, conocer la adecuada forma de llenado de los mismos, las repercusiones tanto a nivel profesional, fomentando el desarrollo de la profesión, como a nivel legal, conociendo la legislación y las responsabilidades que debemos asumir en el trabajo diario. Debido a la relevancia de esta parte del trabajo en enfermería y a través de una exhaustiva revisión bibliográfica de diversos textos, publicaciones y trabajos científicos, hemos desarrollado un protocolo no sólo sobre la importancia y adecuado llenado de los registros sino también su repercusión tanto a nivel profesional.

a) Modelos de anotaciones de Enfermería I

Iyer afirma que existen diversas formas de presentación de las anotaciones de enfermería. Entre estas tenemos:

Anotaciones narrativas.

La documentación narrativa es el método tradicional de registros de los cuidados de enfermería, es el más conocido por las enfermeras, se trata simplemente de formar un formato similar a una historia, para documentar la información específica del cuidado del paciente que ocurre el turno. En ella se registra: estado del paciente, intervenciones, tratamiento y las respuestas del paciente al tratamiento.

Ventajas:

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

Desventajas:

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

b) Modelos de anotaciones de Enfermería II

Anotaciones orientadas al problema (SOAPIE).

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

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

Esta sigla SOAPIE, utilizada actualmente para el registro de enfermería se refiere a las variaciones comunes del formato mérito de creado hace diez años el concepto y la realización de los registros médicos orientados hacia los problemas (RMPO), conocido ahora en Estados Unidos como “ROP”.

La sigla SOAPIE corresponde a los siguientes contenidos:

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

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

A: Interpretaciones y análisis de los datos: Puede ser real o potencial y siempre va el “relacionado con” para determinar los factores determinantes o condicionantes y el código de diagnóstico de la NANDA.

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

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

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

c) Modelos de anotaciones de Enfermería III

Anotaciones focus:

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

D: Datos subjetivos y objetivos.

A: acción es la intervención de enfermería que se ha ejecutado.

R: respuesta, es la reevaluación de la eficacia de las intervenciones.

Ventajas:

El formato de la gráfica focus organiza la información en dos columnas distintas.

El uso de la palabra clave en la columna del enfoque facilita la localización del contenido en un aspecto concreto de la atención del paciente.

El formato de datos, acción y respuesta (DAR) proporciona una descripción concreta y concisa de cada enfoque de la asistencia.

La inclusión de datos subjetivos y objetivos en la misma sección, elimina la necesidad de distinguir entre estos tipos de datos.

Desventajas:

Algunos de los datos descritos en la nota pueden ser redundantes con los datos registrados en las hojas de curso clínico.

Este sistema al igual que el SOAPIE, requiere un cambio en la forma de pensar de las enfermeras, quienes deben ser capaces de identificar con exactitud las áreas de interés y seleccionar los datos en las categorías apropiadas ya sean datos, acciones o respuestas.

Anotaciones por excepción.

Se registra en hoja de recurso clínico para enfermería y médico, se usa las 24 horas, se registra la valoración y las intervenciones de enfermería. Este grafico no es completo.

Registros computarizados

Es un tipo de registro donde se plasma la base de datos de cualquier registro mencionado anteriormente y se utiliza varios enfoques.

- Sirve a la profesional de enfermería para realizar estudios de investigación, obteniendo datos estadísticos.
- Sirve para evaluar la calidad de la asistencia de la enfermera profesional, y la asistencia sanitaria prestada en un establecimiento de salud, según La Joint Comisión Accreditation of Health Care Organization. (JCAHO).¹⁷

6.4. INDICADORES DE CALIDAD DE ATENCION DE ENFERMERIA

6.4.1. Proceso atención de enfermería

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

La aplicación del método científico en la práctica asistencial enfermera, es el método conocido como Proceso de Atención de Enfermería (P.A.E.). Este método permite a las enfermeras prestar cuidados a los neonatos en estado crítico de una forma racional, lógica, oportuna y sistemática, que garanticen la calidad de los cuidados de enfermería. Considerando como herramientas taxonómicas enfermeras (NANDA, NIC, NOC y Proceso Enfermero como instrumentos imprescindibles en la práctica de la enfermera Neonatal.¹⁸

6.4.2. S.O.A.P.I.E.

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

Esta sigla SOAPIE, utilizada actualmente para el registro de enfermería se refiere las variaciones comunes del formato mérito creado hace diez años. El que dio el origen y concepto a la realización de los registros médicos orientados hacia los problemas (RMPO), conocido ahora en Estados Unidos como “ROP”.

La sigla SOAPIE corresponde a los siguientes contenidos:

S: Datos Subjetivos. Vale aclarar que en neonatología no es valorable.

O: Datos objetivos:

A: Interpretaciones y análisis de los datos o diagnóstico:

P: plan de atención:

I: intervención o ejecución.

E: Evaluación de los resultados esperados.:¹⁸

6.4.3. NANDA (asociación de diagnósticos de enfermería de Norteamérica)

CLASIFICACIÓN POR DOMINIOS.

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

DOMINIO 1.- PROMOCION DE LA SALUD

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

Clase 1: Toma de conciencia de la salud Reconocimiento del bienestar y funcionamiento normal

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

DOMINIO 2.- NUTRICION

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

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

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 liberación de energía para todos los procesos vitales

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

DOMINIO 3.- ELIMINACION

Secreción y excreción de los productos corporales de desecho

Clase 1: Sistema urinario Procesos de excreción y secreción de orina

Clase 2: Sistema gastrointestinal Expulsión y excreción de productos de desecho del intestino

Clase 3: Sistema tegumentario Proceso de secreción y

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

DOMINIO 4.- REPOSO Y SUEÑO

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 cardiovasculares/respiratorias Mecanismos cardiovasculares que apoyan la actividad/reposo.

DOMINIO 5.- PERCEPCION/ COGNICION

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.- AUTOPERCEPCION

Conciencia del propio ser

Clase 1: Auto concepto 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 DE RELACIONES

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

Clase 1 Roles de cuidador 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 específica 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 neurocomportamental 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 contempladas como verdaderas 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 consideradas verdaderas 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 Y PROTECCION

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

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

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 auto protege 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 Y DESARROLLO

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

Clase 1: Crecimiento Aumento o mejora de las dimensiones físicas o madurez de los sistemas corporales

Clase 2: Desarrollo Logro, falta de logro o pérdida de las tareas de desarrollo.¹⁹

6.4.4. Diagnósticos de enfermería en cuidados intensivos neonatales

Con el propósito de facilitar la búsqueda de diagnósticos específicos en atención al neonato crítico se escogieron los siguientes diagnósticos más frecuentes basados en 6 dominios, 10 clases y 10 diagnósticos que se presentan a continuación.

DOMINIOS

1. DOMINIO 4: ACTIVIDAD Y REPOSO Cardiovascular/Respiratoria.
2. DOMINIO 11: SEGURIDAD Y PROTECCION Termorregulación
3. DOMINIO 11: SEGURIDAD Y PROTECCION Infección
4. DOMINIO 2: NUTRICION Alimentación
5. DOMINIO 2: NUTRICION Captación de líquidos y electrolitos
6. DOMINIO 11: SEGURIDAD Y PROTECCION Higiene
7. DOMINIO 13: CRECIMIENTO Y DESARROLLO
8. DOMINIO 12: CONFORT Confort físico
9. DOMINIO 7: ROL DE RELACIONES. Relaciones familiares
10. DOMINIO 7: ROL DE RELACIONES Desempeño del rol del cuidador

6.4.5. Diagnósticos de enfermería en la atención al neonato crítico

1. Patrón de respiración ineficaz relacionado con disfunción neuromuscular (centro respiratorio inmaduro), energía reducida, cansancio y/o obstrucción de las vías aéreas.
2. Termorregulación ineficaz en relación con capacidad limitada para producir calor, capacidad limitada para tiritar y metabolismo basal aumentado secundario a inmadurez.
3. Alto riesgo de infección relacionado con defensas inmunológicas deficientes y/o factores condicionantes.
4. Patrón de la alimentación ineficaz del lactante, relacionada con incapacidad de ingerir nutrientes, debido a inmadurez o enfermedad.
5. Alto riesgo de déficit de volumen de líquidos relacionado con las características fisiológicas del lactante prematuro, inmadurez, enfermedad o todo ello.
6. Alto riesgo de alteración de la integridad cutánea relacionado con la estructura inmadura de la piel y la inmovilidad.
7. Alteración del crecimiento y desarrollo, relacionados con el nacimiento prematuro, el ambiente no natural de la UCIN y la separación de los padres.
8. Alteración del bienestar: dolor y ansiedad generados por las intervenciones médicas y de enfermería.
9. Alteración de los procesos familiares, relacionados con crisis situacional de maduración, falta de conocimientos ante el nacimiento de un neonato prematuro y/o enfermo e interrupción del proceso de vinculación afectiva.
10. Tensión en el desempeño del rol del cuidador en relación con pérdidas o cargas múltiples asociadas a las responsabilidades de la prestación de cuidados.²⁰

6.5. REGISTROS DOCUMENTADOS EN SALUD.

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

6.5.1. Normas que la JCAHO establece para la documentación del registro de enfermería.

- Los pacientes recibirán cuidados de enfermería, basados en la valoración.
- La valoración del paciente incluyen la consideración de factores biofísicos, psicosociales, ambientales, educativos.
- Los cuidados de enfermería se basan en los diagnósticos codificados de la NANDA.
- Las historias Clínicas del paciente incluirán documentación de las valoraciones iniciales y revaloraciones, diagnósticos reales y potenciales, así mismo la planificación, que incluyen las intervenciones y los resultados esperados.
- Los registros de enfermería se basarán en normas establecidas en el SOAPIE.

JCAHO recomienda el uso de indicadores clínicos, que se lo define como variable cuantitativa para monitorizar la calidad y la adecuación de la atención y que sirven de base para medir la actividad de los servicios de enfermería.

6.5.2. Normas para la elaboración del registro de enfermería.

La hoja de enfermería debe ser llenada con:

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

- No utilizar un lenguaje que sugiera una actitud negativa hacia el paciente, comentarios despectivos, acusaciones, discusiones o insultos.
- Describa de forma objetiva el comportamiento del paciente, sin etiquetarlo de forma subjetiva.
- Anotar la información subjetiva que aporta el paciente o sus familiares, entre comillas. Registrar solo la información subjetiva de enfermería, cuando esté apoyada por hechos documentados.
- En neonatología no es valorable los datos subjetivos del neonato pero si los datos que pueda proporcionar la mamá.

b) **Precisión y exactitud:** Deben ser precisos, completos y fidedignos.

- Los hechos deben anotarse en forma clara y concisa.
- Expresar sus observaciones en términos cuantificables.
- Los hallazgos deben describirse de manera meticulosa, tipo, forma, tamaño y aspecto.
- Se debe hacer constar fecha, hora, (horario recomendado 0:00 a 24:00) firma legible de la enfermera responsable.
- Anotar todo de lo que se informa: unos registros incompletos, podrían indicar unos cuidados de enfermería deficiente. “Lo que no está escrito no está hecho”.

c) **Legibilidad y claridad:** Deben ser claros y legibles, puesto que las anotaciones serán inútiles para los demás sino pueden descifrarlas.

- Si no se posee una buena caligrafía se recomienda utilizar letra de imprenta.
- Anotaciones correctas ortográfica y gramaticalmente.

- Usar sólo abreviaturas de uso común y evitar aquellas que puedan entenderse con más de un significado, cuando existan dudas escribir completamente el término.
 - No utilizar líquidos correctores ni emborronar. Corregir los errores tachando solamente con una línea para que sean legibles anotar al lado “error” con firma de la enfermera responsable.
 - Firma y categoría profesional legible: Inicial del nombre más apellido completo o bien iniciales del nombre y los dos apellidos.
 - No dejar espacios en blanco ni escribir entre líneas.
- d) **Simultaneidad:** Los registros deben realizarse en forma simultánea a la asistencia y no dejarlo para el final del turno.
- Evitar errores u omisiones.
 - Consiguiendo un registro exacto del estado del paciente.
 - Nunca registrar los procedimientos antes de realizarlos, puesto que estas anotaciones pueden ser inexactas e incompletas.
 - No anotar adjetivos que califiquen conductas o comportamientos del paciente, deben especificar que se refieren a dicha conducta o comportamiento, no descalificando al paciente.
 - No hacer referencia a la escasez del personal.
 - No intentar explicar que se ha producido un error o utilizar expresiones como “accidentalmente”, “de alguna forma”.
 - La realización correcta de los registros, pueden ser nuestra mejor defensa ante un problema legal.

6.6. CALIDAD DE LOS REGISTROS DE ENFERMERÍA

La calidad en los registros de enfermería se expresa cuando se siguen los procedimientos mencionados para su elaboración de tal manera que produzca un máximo de beneficio y un mínimo de riesgo de salud.

Para lograr registros de calidad en enfermería, las anotaciones deben cumplir las características mencionadas, es decir, ser objetivas, exactas, completas, concisas, actualizadas, organizadas y confiables.²¹

VII. CONTROL SEMANTICO

7.1. ENFERMERA

Según el Consejo Internacional de Enfermería de España (CIE), “la enfermera abarca los cuidados, autónomos y en colaboración, que se prestan a las personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermos o sanos, en todos los contextos, e incluye la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, **y los cuidados de los enfermos, discapacitados, y personas moribundas.** Funciones esenciales de la enfermería son la defensa, el fomento de un entorno seguro, la investigación, la participación en la política de salud y en la gestión de los pacientes y los sistemas de salud y la formación.²²

7.2. EXPEDIENTE CLÍNICO

El expediente clínico es el conjunto de documentos que contienen los datos, valoraciones e informaciones de cualquier índole sobre la situación y evolución clínica de un paciente a lo largo del proceso asistencial, con la identificación del personal médico y todos los profesionales que han intervenido en ello.²³

7.3. PACIENTE NEONATO

Paciente que requiere asistencia sanitaria y está sometido a cuidados profesionales para el mantenimiento o recuperación de su salud. Estos cuidados profesionales le otorga principalmente la Enfermera por cuanto se encuentra mayor tiempo con el neonato o lactante de menor de un mes.²⁴

7.4. UNIDAD DE NEONATOLOGÍA.

Se define como Unidad de Neonatología, a la Unidad Clínica Pediátrica que garantiza la cobertura asistencial de los pacientes neonatales y la asistencia y reanimación en la sala de partos y quirófano. Se acepta como período

neonatal al que alcanza hasta la 46 semana de edad pos menstrual. (Anales de Pediatría).

7.5. UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES.

La unidad de terapia Intensiva neonatal UTIN constituye un ambiente terapéutico apropiado para el tratamiento del recién nacido (RN) en estado grave. La fragilidad de ese RN, la creciente implementación de procedimientos de alto riesgo y la baja tolerancia a errores por parte del personal de salud.²⁵

7.6. DIAGNÓSTICO ENFERMERO

Es un juicio clínico sobre la respuesta de una persona, familia o comunidad a problemas de salud reales o potenciales, o a procesos vitales, que proporcionan la base para la terapia definitiva para el logro de objetivos de los que la enfermera es responsable (NANDA 1991).

El concepto diagnóstico proviene del griego y tiene dos raíces, "dia-" que es: "a través de, por", Y "gignoskein" que es: "conocer", así etimológicamente diagnóstico significa conocer a través de. El concepto de este significado (imagen que representamos en la mente) es la identificación de la naturaleza o esencia de una situación o problema y de la causa posible o probable del mismo, es el análisis de la naturaleza de algo.²⁶

7.7. CALIDAD

Desde la perspectiva del usuario, la calidad se define como la capacidad de satisfacer sus deseos. En nuestro caso, el usuario es el neonato, y su familia quienes están interesados en recibir una atención oportuna y eficaz por el personal de salud de la institución.²⁷

Donabedian sostiene que la calidad es una propiedad de la atención de salud, pero a la vez es un juicio frente a dicha atención que se refiere a la atención científica técnica y al manejo de las relaciones interpersonales.²⁸

Hidalgo define a la calidad como aquella característica del producto que corresponde a las necesidades del cliente. Bajo esta definición, la calidad de registro de enfermería se refiere a que este documento debe satisfacer los requerimientos del paciente en cuanto a su atención y seguimiento del estado de su salud.²⁹

VIII. DISEÑO METODOLOGICO

8.1. TIPO DE ESTUDIO.

Observacional.- Se observaran los registros de enfermería en el expediente clínico del neonato que fue dado de alta.

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

Retrospectivo.- Se trabajaran con hechos que se dieron en la realidad. En la Unidad de Neonatología del Hospital del Seguro Social Universitario La Paz, mediante la revisión de historias clínicas de los neonatos en los meses de enero – abril del 2012.

8.2. DISEÑO DE INVESTIGACION.

Diseño no experimental, de corte transversal. Se efectuará la revisión de las historias clínicas que consignen el registro de enfermería S.O.A.P.I.E.

8.3. METODOS DE INVESTIGACION

Método teórico analítico.

Mediante la recolección de datos según un lista de chequeo del S.O.A.P.I.E. en historias clínicas de neonatos que han sido dados de alta de la unidad de neonatología del Hospital del Seguro Social Universitario comprendidos de enero – abril del 2012.

Lista de chequeo

La técnica para obtener la información fue de análisis de documentos, y como documento de recolección de datos se elaboró una lista de chequeo, la cual está estructurada con 15 ítems que contienen aspectos a evaluar los registros de enfermería, con el objetivo de conocer el cumplimiento de las normas y características del registro de Enfermería en la historia clínica de neonatos que fueron internados en la unidad de cuidados intensivos neonatales.

Validez y confiabilidad

El instrumento fue sometido para su validez de estructura y contenido a la Tutora y Enfermeras Docentes e Investigadoras de la Universidad tomando en cuenta las sugerencias respectivas para el mejoramiento del instrumento. (VER ANEXO Nº 4 – 5 – 6)

8.4. UNIVERSO Y MUESTRA.

8.4.1. Universo.

El universo serán 614 registros de enfermería S.O.A.P.I.E. de los neonatos que ingresaron a la unidad de neonatología en el periodo de cuatro meses de enero – abril del 2012.

8.4.2. Muestra.

Se toma como muestra considerada para este estudio a 65 registros de enfermería, con un nivel de confianza del 95%. Utilizando la fórmula de muestreo para población finita.

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

Dónde:

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

$$n = \frac{614 * 1.96^2 * 0.05 * 0.95}{0.05^2 * (614 - 1) + 1.96^2 * 0.05 * 0.95} = 65 \text{ registros}$$

Estos registros varían entre 5 y 35 registros de enfermería llenados por 4 Licenciadas que se encuentran como parte del expediente clínico de los neonatos que fueron internados en la Unidad de Neonatología, tomando las historias al azar de la Unidad de Estadística en el periodo de estudio de cuatro meses de enero – abril del 2012.

8.4.3. Técnica de muestreo

Muestreo probabilístico, en cuya técnica se utilizó el azar simple.

8.5. AREA DE ESTUDIO

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 realiza en el Hospital del Seguro Social Universitario La Paz, en la Unidad de Neonatología ubicado en el 4to piso del Hospital, 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 críticos del neonato en general.

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, los muebles necesarios para trabajar cuenta con calefacción, extractor de aire. Se cuenta con 3 incubadoras completamente equipadas, 2 servo cunas con todos los accesorios completos, y 11 cunas. El personal a cargo de esta Unidad consta

de 4 médicos intensivistas, 4 neonatólogos y 5 Licenciadas en Enfermería los cuales realizan turnos rotativos.

8.6. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

8.6.1. Criterios de inclusión

Quedan incluidos los registros de enfermería S.O.A.P.I.E. de los neonatos que ingresaran a la unidad de neonatología en el periodo de cuatro meses de enero – abril del 2012.

8.6.2. Criterios de exclusión

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

8.7. FUENTE TECNICA E INSTRUMENTOS

- La fuente de recolección de datos es la historia clínica neonatal.
- Se efectuara la revisión del registro de enfermería del S.O.A.P.I.E.de las historias clínicas de neonatos.
- Se elabora una lista de chequeo para la recolección de datos. Para hacer su análisis respectivo basado en normas Internacionales. **(VER ANEXO N° 3)**
- Los datos del estudio se registrarán manualmente en la “Ficha de registro de datos”.

8.8. PROCESAMIENTO DE DATOS

- Solicitud al archivo del hospital a todas las historias clínicas de los neonatos internados en el periodo de enero – abril del 2012.
- Revisión y corrección de datos.
- Elaboración de la base de datos.
- Consolidar los datos en un registro de recolección de datos.

- Tabulación y graficación de los datos.
- Análisis de resultados.
- Finaliza con la elaboración de una guía para aplicar el proceso atención de enfermería basada en el registro sistematizado del SOAPIE.

8.9. PROCEDIMIENTO DE LA INFORMACION

- La base de datos se elaborará en el programa de computación “Excel”.
- Para el análisis descriptivo de los datos, se hará uso del “Programa Estadístico para Ciencias Sociales” (SPSS).
- Las técnicas descriptivas que se usarán, estarán en función del tipo de dato a medir. Para los datos proporcionales todas las técnicas conocidas.

8.10. DE DISCUSION Y ANALISIS.

- El análisis será el producto de una evaluación de indicadores y procedimientos aplicados siendo la presentación en forma textual, mediante cuadros estadísticos y gráficos.

IX. ASPECTOS ETICOS

Para la presente investigación se hizo la solicitud de permiso a la Jefatura del Servicio y a Gerencia Medica en el sentido de que la presente investigación aportará conocimientos para mejorar el registro del S.O.A.P.I.E. en la unidad de neonatología y cuidados intensivos neonatales del Hospital del Seguro Social Universitario La Paz. (**VER ANEXO N° 1 Y 2**).

X. ANALISIS Y RESULTADOS

Se incluyeron en el estudio a 65 registros de enfermería de la historia clínica neonatal realizadas por enfermeras de la unidad de cuidados intensivos neonatales previa recolección de datos obtenidos detallados en la tabla n° 1 en el Hospital de Seguro Social Universitario La Paz.

TABLA N°1
CONSOLIDACION DE LAS ACTIVIDADES DEL REGISTRO DE
ENFERMERIA SEGÚN SU CUMPLIMIENTO, C. MINIMO Y NO
CUMPLIMIENTO

	DATOS GENERALES DEL NEONATO	RESPECTO DEL FORMATO DE LA HOJA	COMIENZAN CON FECHA Y HORA	TIENEN LETRA LEGIBLE Y CLARA	LA ANOTACION ES COMPLETA	LEVAN FIRMA Y SELLO DE LA ENFERMERA	NO DEJA ESPACIO EN BLANCO	NO UTILIZA CORRECTOR	USA ABREVIATURA DE USO COMUN	REGISTRA LOS DATOS SUBJETIVOS	REGISTRA LOS DATOS OBJETIVOS	REALIZA DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	REALIZA LA PLANIFICACION	REGISTR INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	REGISTRA LA EVOLUCION
CUMPLE	50	54	5	2	52	60	18	44	53	4	51	16	35	4	5
C. MINIMO	14	11	58	15	11	4	35	14	11	0	13	48	29	61	54
NO CUMPLE	1	0	2	48	2	1	12	7	1	61	1	1	1	0	6

Fuente: Meneces P. Calidad del Registro SOAPIE.

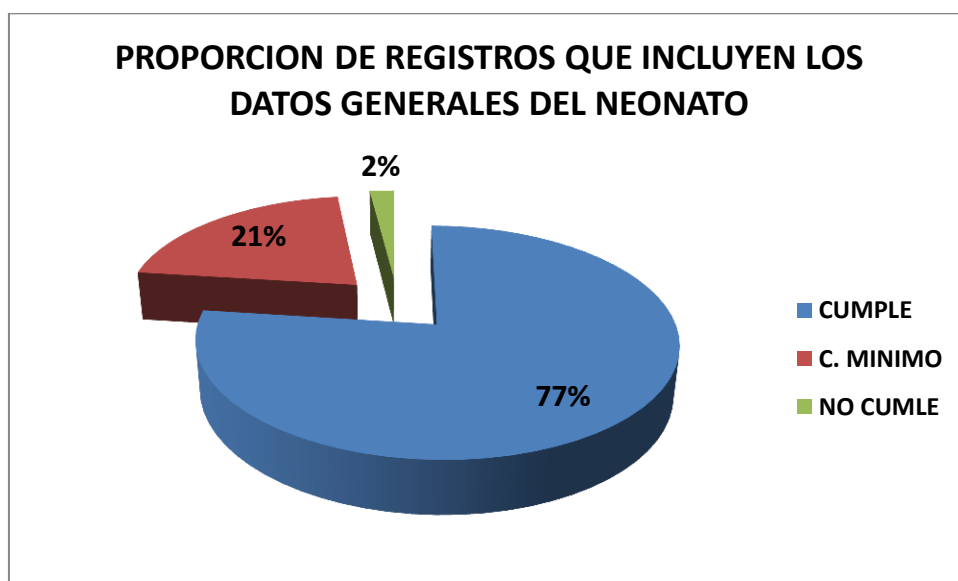
Se utilizó una lista de chequeo de los procedimientos en la hoja de enfermería que consta de 15 Ítems de verificación simple con un puntaje establecido los registros de enfermería más relevantes. La tabla N° 1. Muestra el cumplimiento, cumplimiento mínimo, y no cumplimiento de los registros de enfermería basados en las normas internacionales de salud de 65 registros que fueron analizados y detallados en porcentaje en las siguientes tablas y gráficos.

TABLA Nº 2

PROPORCION DE REGISTROS QUE INCLUYEN LOS DATOS GENERALES DEL NEONATO

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
CUMPLE	50	77 %
CUMPLIMIENTO MINIMO	14	22 %
NO CUMPLE	1	1 %
TOTAL	65	100 %

GRAFICO Nº 1



Fuente: Meneces P. Calidad del Registro SOAPIE.

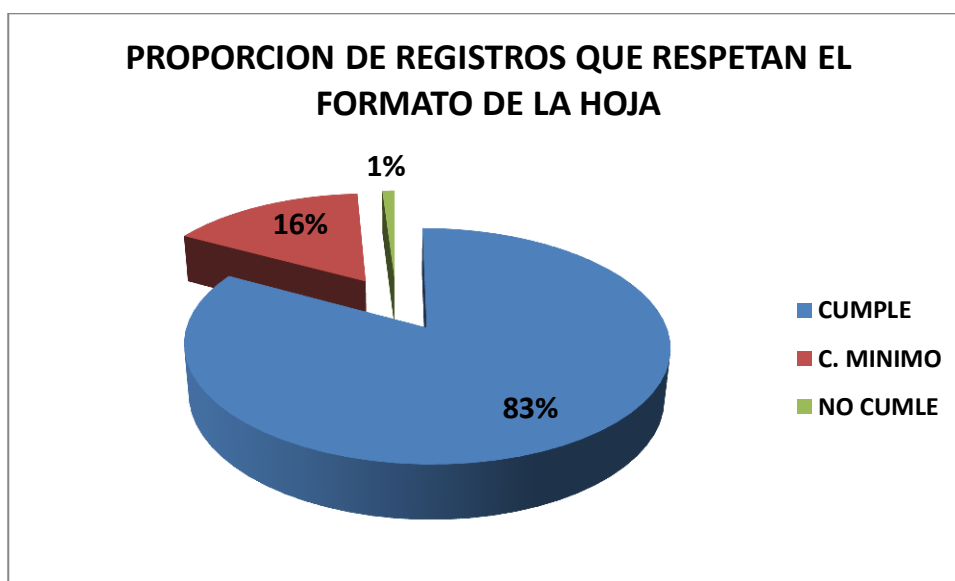
- En el ítem 1 el 77% cumple con las normas de registros de enfermería en relación a los datos generales del neonato y el 21% tiene un cumplimiento mínimo, y el 2% no cumple, para ser una norma básica cualquier personal de salud puede llenar este tipo de datos.

TABLA Nº 3

PROPORCION DE REGISTROS QUE RESPETAN EL FORMATO DE LA HOJA DE ENFERMERIA

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
CUMPLE	54	83 %
CUMPLIMIENTO MINIMO	11	16 %
NO CUMPLE	0	1 %
TOTAL	65	100 %

GRAFICO Nº 2



Fuente: Meneces P. Calidad del Registro SOAPIE.

- El ítem 2 si el registro de enfermería respeta el formato de la hoja el 83% cumple con las normas de registro, el 16% cumplimiento mínimo, y el 1% no cumple el formato está diseñado por las licenciadas de la unidad de neonatología el cual es respetado ya que solo debe llenarse el registro del SOAPIE.

TABLA N° 4

**PROPORCION DE REGISTROS QUE COMIENZAN
CON FECHA Y HORA**

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
CUMPLE	5	8 %
CUMPLIMIENTO MINIMO	58	89 %
NO CUMPLE	2	3 %
TOTAL	65	100 %

GRAFICO N° 3



Fuente: Meneces P. Calidad del Registro SOAPIE.

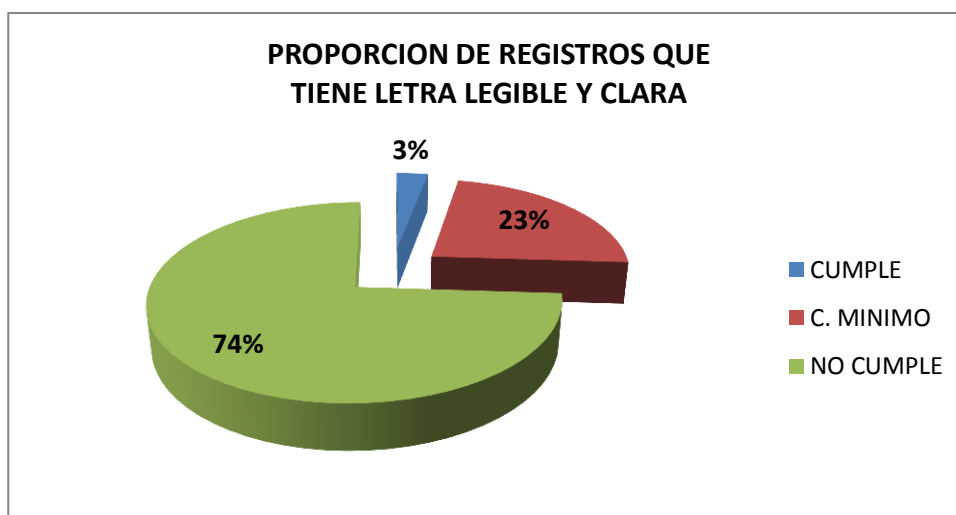
- En el ítem 3 que dice si el registro comienza con la fecha y hora el 8% cumple el 89% realiza un cumplimiento mínimo, el 3% no cumple podría ser por el formato ya que en la parte posterior del registro del SOAPIE solo pide la fecha, y las intervenciones de enfermería debería ser secuencial a la intervención y registrar la hora pero no es así.

TABLA N° 5

**PROPORCION DE REGISTROS QUE
TIENE LETRA LEGIBLE Y CLARA**

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
CUMPLE	2	3 %
CUMPLIMIENTO MINIMO	15	74 %
NO CUMPLE	48	23 %
TOTAL	65	100 %

GRAFICO N° 4



Fuente: Meneces P. Calidad del Registro SOAPIE.

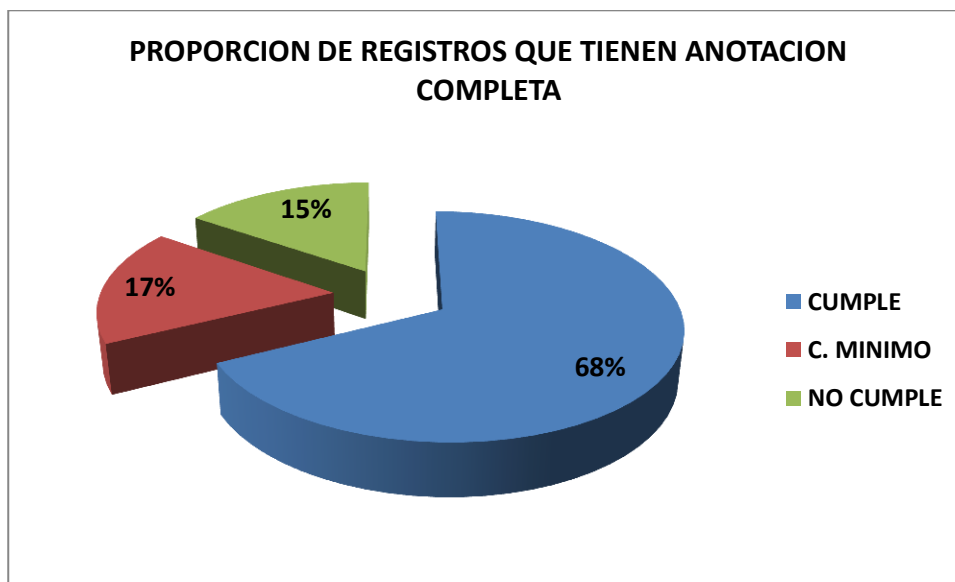
- En el ítem 4, si el registro de enfermería tiene letra clara y legible, un 3% cumple, un 23% cumplimiento mínimo y por ultimo un 74% no cumple con la norma, los registros a mano siempre han sido un problema para otra persona que quiere interpretarlos no todos tenemos letra legible aunque se debería tratar de escribir en letra imprenta, como dice la norma.

TABLA N° 6

**PROPORCION DE REGISTROS QUE
TIENE ANOTACION COMPLETA**

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
CUMPLE	44	68 %
CUMPLIMIENTO MINIMO	11	17 %
NO CUMPLE	10	15 %
TOTAL	65	100 %

GRAFICO N° 5



Fuente: Meneces P. Calidad del Registro SOAPIE.

- El ítem 5 que dice si el registro es completo, un 68% cumple, un 17% cumplimiento mínimo, un 15% no cumple con las normas de registro se pudo observar que es completa ya que todo el formato es llenado en algunos casos espacios en blanco y en otros muy pocos incompletos.

TABLA Nº 7

PROPORCION DE REGISTROS QUE LLEVAN FIRMA Y SELLO DE LA ENFERMERA

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
CUMPLE	60	92 %
CUMPLIMIENTO MINIMO	4	6 %
NO CUMPLE	1	2 %
TOTAL	65	100 %

GRAFICO Nº 6



Fuente: Meneces P. Calidad del Registro SOAPIE.

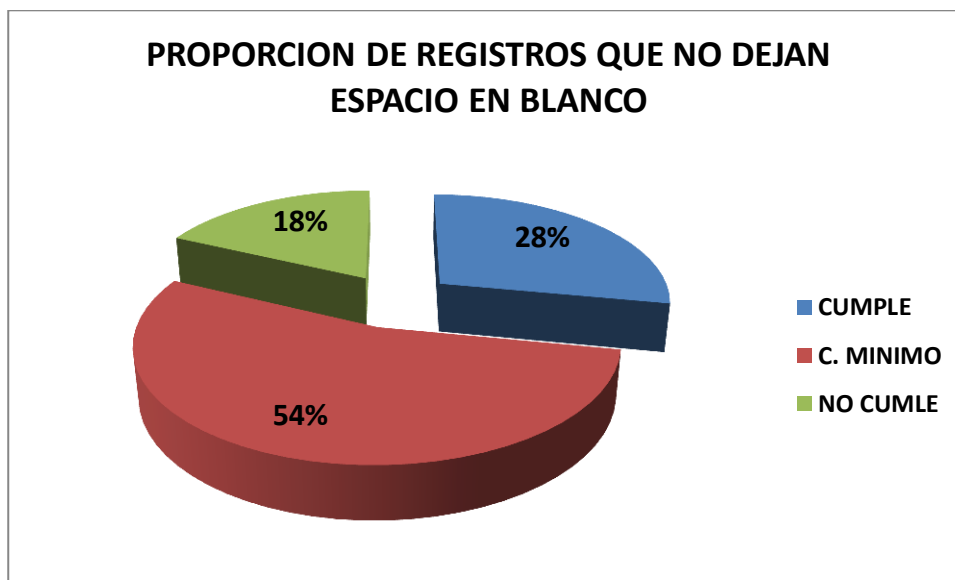
- En el ítem 6 dice si el registro lleva el sello y la firma de la enfermera, un 92% cumple, un 6% cumplimiento mínimo y un 2% no cumple, puede ser porque la institución exige que la enfermera profesional firme y selle los documentos técnico administrativos que le corresponden en este caso el registro de enfermería.

TABLA Nº 8

PROPORCION DE REGISTROS QUE NO DEJAN ESPACIO EN BLANCO

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
CUMPLE	18	28 %
CUMPLIMIENTO MINIMO	35	54 %
NO CUMPLE	12	18 %
TOTAL	65	100 %

GRAFICO Nº 7



Fuente: Meneces P. Calidad del Registro SOAPIE.

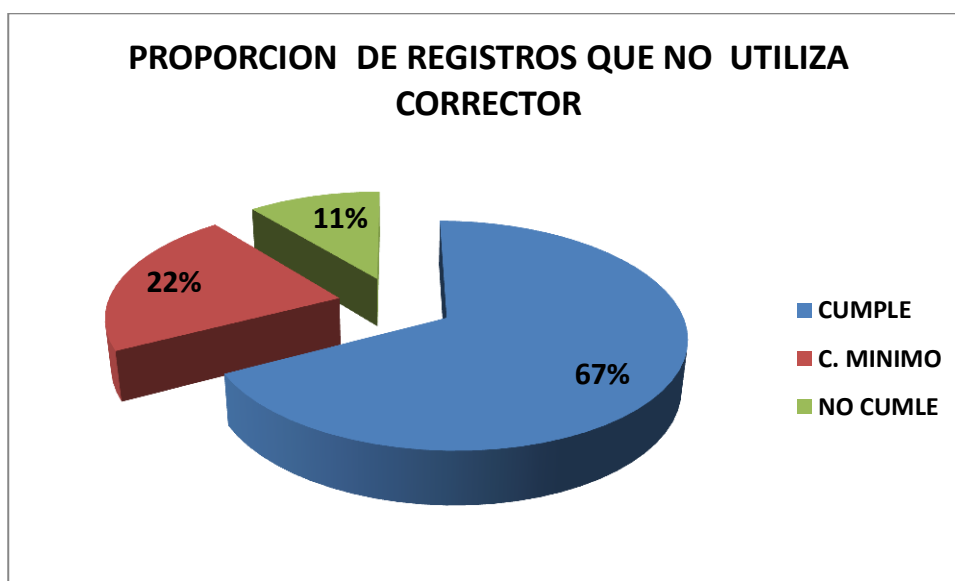
- El ítem 7 que detalla si la enfermera deja espacios en blanco un 28% cumple con esa norma, un 54% cumple mínimamente, y un 18% no cumple, tal vez se deba al mismo esquema del SOAPIE que dejan espacios en blanco como separando los datos subjetivos del diagnóstico de enfermería y así todo el esquema.

TABLA Nº 9

**PROPORCION DE REGISTROS QUE
NO UTILIZA CORRECTOR**

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
CUMPLE	44	67 %
CUMPLIMIENTO MINIMO	14	22 %
NO CUMPLE	7	11 %
TOTAL	65	100 %

GRAFICO Nº 8



Fuente: Meneces P. Calidad del Registro SOAPIE.

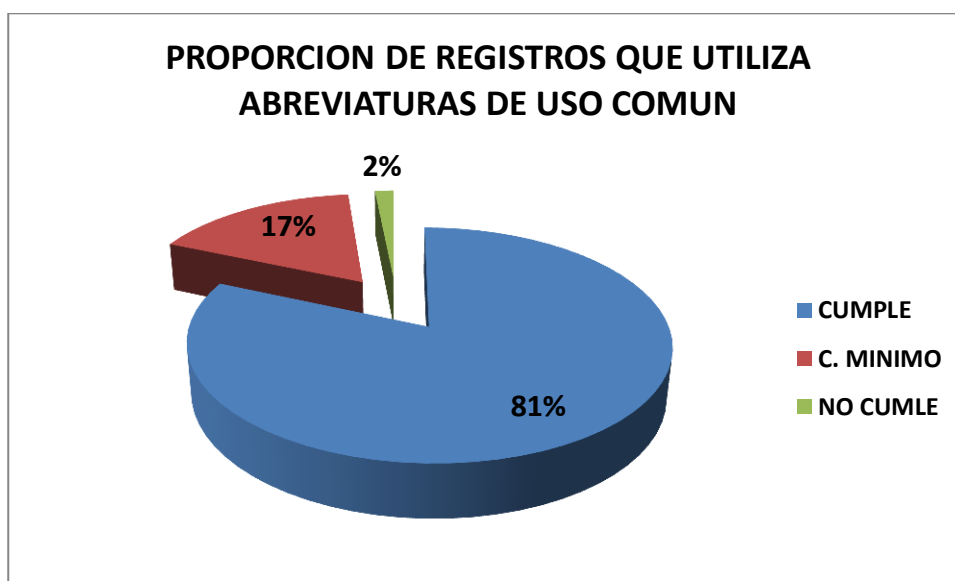
- En el ítem 8 donde dice si la enfermera no utiliza corrector, un 67% cumple, un 22% cumplimiento mínimo, un 11% no cumple, en 65 registros el uso del corrector es indiscriminado puede ser por la carga laboral, muchos bebés o la ayuda proporcionada a otra unidad.

TABLA Nº 10

**PROPORCION DE REGISTROS QUE
UTILIZA ABREVIATURAS DE USO COMUN**

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
CUMPLE	53	81 %
CUMPLIMIENTO MINIMO	11	17 %
NO CUMPLE	1	2 %
TOTAL	65	100 %

GRAFICO Nº 9



Fuente: Meneces P. Calidad del Registro SOAPIE.

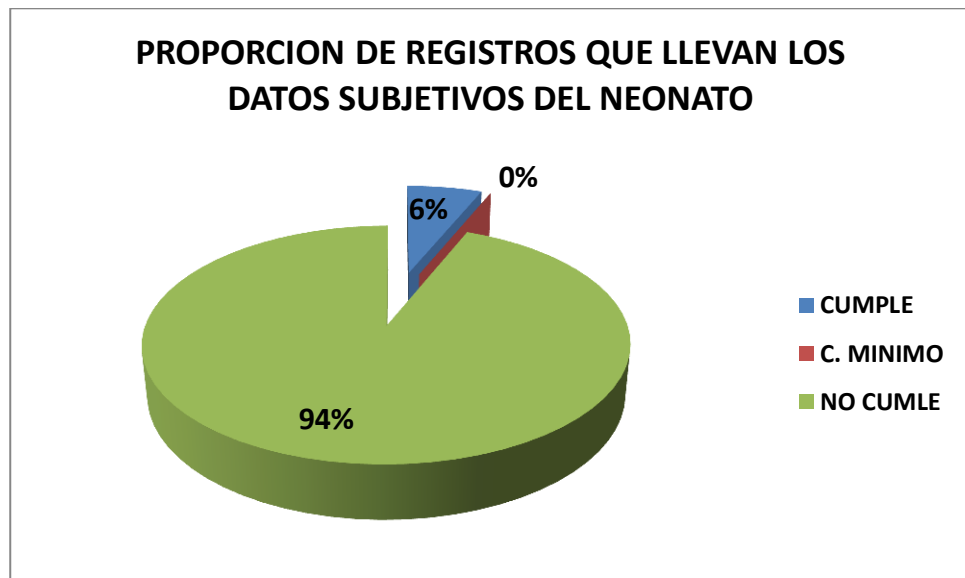
- En el ítem 9 que dice si el registro de enfermería tiene abreviaturas de uso común el 81% cumple, el 17% un cumplimiento mínimo, el 2% no cumple, en los registros no debería haber abreviaturas mucho menos si no son de uso común por ejemplo, bb, vpp y otros.

TABLA Nº 11

**PROPORCION DE REGISTROS QUE LLEVAN LOS DATOS
SUBJETIVOS DEL NEONATO**

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
CUMPLE	4	6 %
CUMPLIMIENTO MINIMO	0	0 %
NO CUMPLE	61	94 %
TOTAL	65	100 %

GRAFICO Nº 10



Fuente: Meneces P. Calidad del Registro SOAPIE.

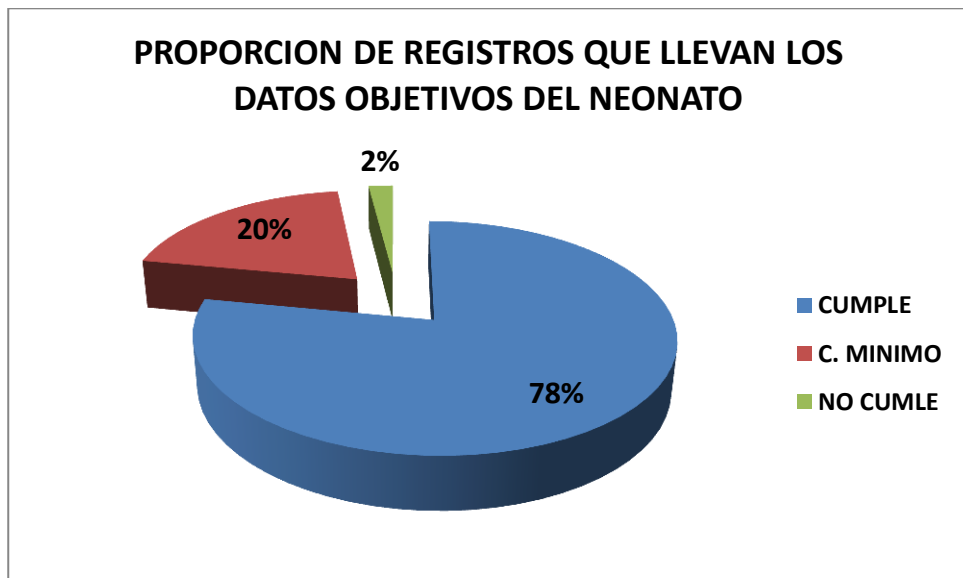
- El ítem 10 donde dice si el registro de enfermería tiene los datos subjetivos del neonato, el 6% cumple y el 94% tiene un cumplimiento mínimo, el esquema del registro del SOAPIE indica que en neonatos no es valorable los datos subjetivos a no ser que la mama nos cuente algo sobre su hijo. Para cumplir la norma solo se deja una línea.

TABLA Nº 12

PROPORCION DE REGISTROS QUE LLEVAN LOS DATOS OBJETIVOS DEL NEONATO

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
CUMPLE	51	78 %
CUMPLIMIENTO MINIMO	13	20 %
NO CUMPLE	1	2 %
TOTAL	65	100 %

GRAFICO Nº 11



Fuente: Meneces P. Calidad del Registro SOAPIE.

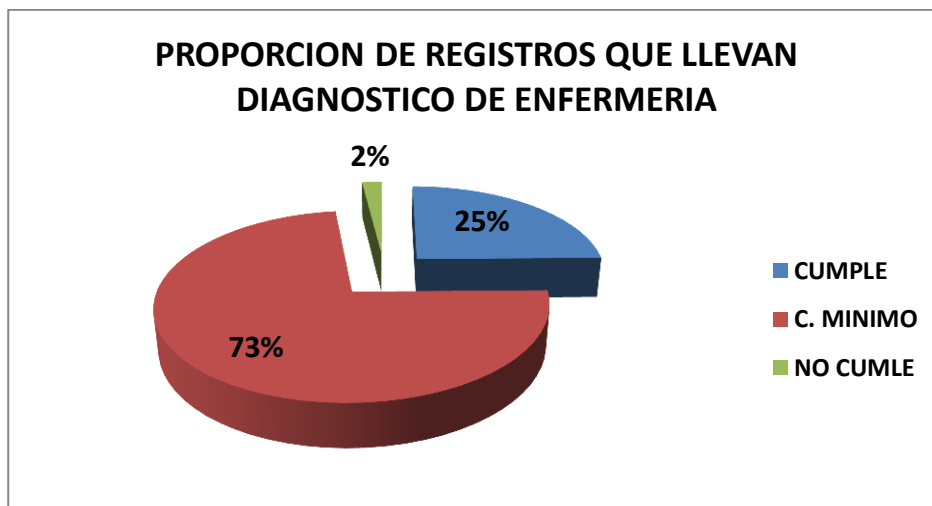
- En el ítem 11 que dice si el registro tiene datos objetivos del neonato, el 78% cumple, el 20% un cumplimiento mínimo, y el 2% no cumple en este ítem puede observar que la mayoría registra todo lo que ve incluso en sentido céfalo caudal, y el cumplimiento mínimo registra otras cosas como ser neonato recibe visita de sus padres.

TABLA N° 13

PROPORCION DE REGISTROS QUE LLEVAN DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
CUMPLE	16	25 %
CUMPLIMIENTO MINIMO	48	73 %
NO CUMPLE	1	2 %
TOTAL	65	100 %

GRAFICO N° 12



Fuente: Meneces P. Calidad del Registro SOAPIE.

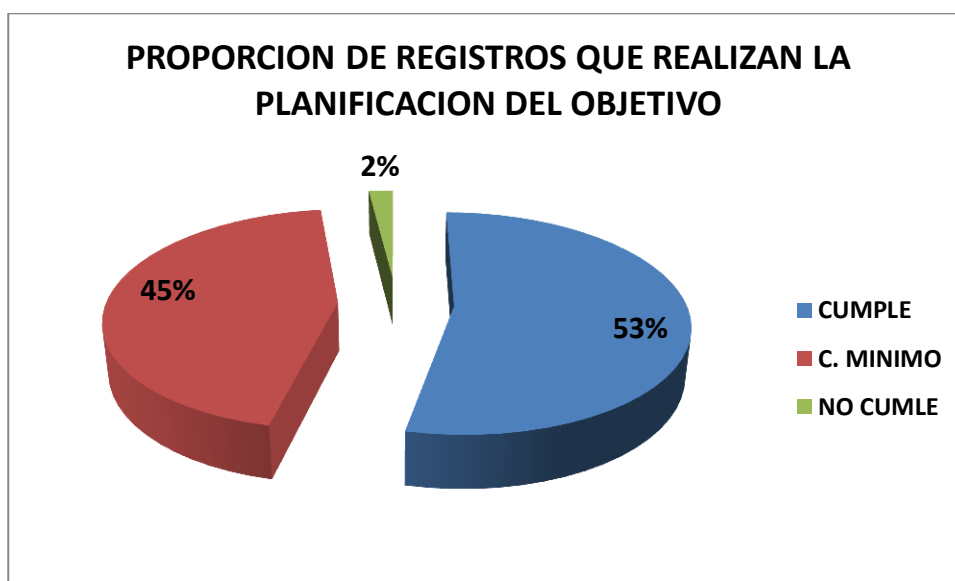
- En el ítem 12 donde refiere si el registro tiene diagnóstico de enfermería, un 25% cumple, un 73% un cumplimiento mínimo, en este ítem me llamo la atención el diagnóstico patrón respiratorio ineficaz r/c patología inaparente, y otros similares que no tiene referencia con los diagnósticos de la NANDA. Aunque el diagnóstico sea un juicio de una persona frente a un problema + causa y evidenciada.

TABLA Nº 14

PROPORCION DE REGISTROS QUE REALIZAN LA PLANIFICACION DEL OBJETIVO

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
CUMPLE	58	89 %
CUMPLIMIENTO MINIMO	7	11 %
NO CUMPLE	0	0 %
TOTAL	65	100 %

GRAFICO Nº 13



Fuente: Meneces P. Calidad del Registro SOAPIE.

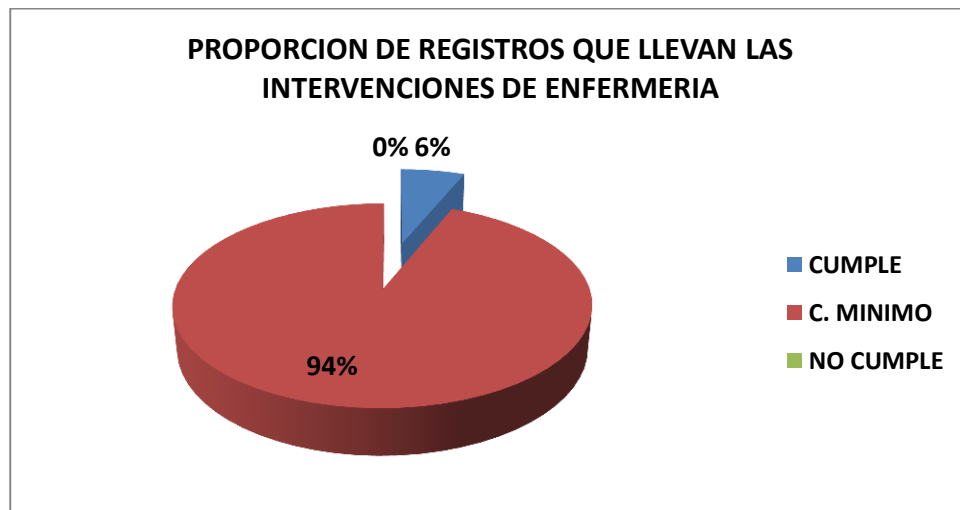
- En el ítem 13 donde dice si la enfermera realiza la planificación un 53% cumple, un 45% tiene un cumplimiento mínimo, y un 2% no cumple con la planificación del objetivo en la mayoría es adecuado ya que comienza con un verbo y claramente dice lo que se quiere lograr.

TABLA Nº 15

PROPORCION DE REGISTROS QUE LLEVAN LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERIA

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
CUMPLE	4	6 %
CUMPLIMIENTO MINIMO	61	94 %
NO CUMPLE	0	0 %
TOTAL	65	100 %

GRAFICO Nº 14



Fuente: Meneces P. Calidad del Registro SOAPIE.

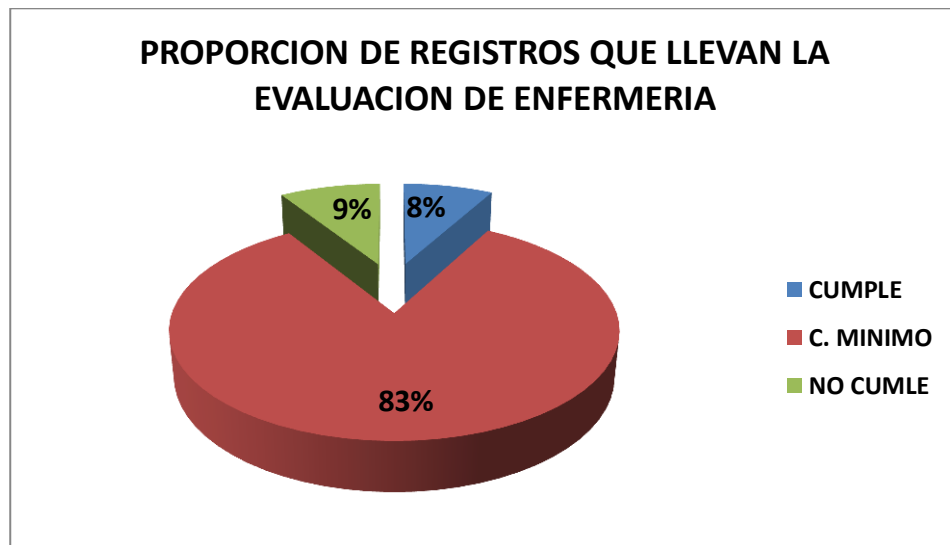
- En cuanto al ítem 14 que dice si la enfermera registra las intervenciones de enfermería un 6% cumple, un 94% tiene un cumplimiento mínimo, las intervenciones deben ser secuenciales al momento por lo tanto tiene que llevar la hora y en los registros analizados no es así porque incluso existen actividades que no son simultaneas.

TABLA Nº 16

**PROPORCION DE REGISTROS QUE LLEVAN LA
EVALUACION DE ENFERMERIA**

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
CUMPLE	5	8 %
CUMPLIMIENTO MINIMO	54	83 %
NO CUMPLE	6	9 %
TOTAL	65	100 %

GRAFICO Nº 15



Fuente: Meneces P. Calidad del registro SOAPIE.

- En el ítem 15 donde dice si la enfermera realiza la evolución del neonato, un 7% cumple y un 91% cumplimiento mínimo y un 2% no cumple con esta actividad, en muy pocos casos se pudo observar la evaluación del neonato en blanco, será porque este punto se lo realiza casi al final de la jornada laboral, el exceso de registros y posibles confusiones o el pensar que ya fue realizada al final queda en blanco.

XI. PROPUESTA TEORICA PARA LA CONFORMACION Y CONSOLIDACION DEL TRABAJO

Se realiza como propuesta de intervención la elaboración de una Guía para aplicar el Proceso Atención de Enfermería basada en el registro sistematizado del S.O.A.P.I.E. como indicador de calidad de los registros de enfermería tomando en cuenta las normas internacionales existentes como ser las normas JCAHO que es: La Comisión Conjunta para Acreditación de Organizaciones Sanitarias, (Joint Comisión of Accreditation of Health care Organization) y la NANDA.

XII. CONCLUSIONES

Basados en este protocolo se realizó un estudio de la calidad de registro de enfermería, en la Unidad de Neonatología y Cuidados Intensivos Neonatales del Hospital del Seguro Social Universitario La Paz.

Se evaluó la calidad de los registros de enfermería del S.O.A.P.I.E del expediente clínico de neonatos, mediante una lista de chequeo y se identificó un **NO** cumplimiento de las normas de registro.

Analizados los registros de enfermería, estos cumplen el 45% de los 15 ítems de calidad, cumplimiento mínimo 39%, y no cumplimiento 16%. (**VER ANEXO N° 7 Y 8**).

Se diseñó una Guía para aplicar el Proceso Atención de Enfermería basado en el registro del S.O.A.P.I.E. con diagnósticos de enfermería de la NANDA en Neonatología, como propuesta de intervención.

XIII. RECOMENDACIONES

Se realiza como propuesta al Hospital de Seguro Social Universitario y a la Unidad de Neonatología la elaboración de una Guía para aplicar el Proceso Atención de Enfermería basada en el registro sistematizado del S.O.A.P.I.E. como indicador de calidad de los registros de enfermería tomando en cuenta las normas internacionales existentes.

Se propone a la Unidad de Neonatología aplicar la Guía del Proceso Atención de Enfermería para incrementar la calidad de atención integral al neonato.

Se sugiere a la Unidad de Neonatología Incentivar al personal de enfermería a través de un reconocimiento en su labor asistencial.

Fortalecer las relaciones interpersonales entre el equipo de salud y los padres de los neonatos en la Unidad de Neonatología del Hospital del Seguro Social Universitario La Paz.

Se recomienda al personal de enfermería de la unidad de Neonatología del Hospital Universitario utilizar indicadores de calidad que le sirvan como instrumento para demostrar la calidad de atención brindada al neonato.

XIV. BIBLIOGRAFIA

BIBLIOGRAFIA UTILIZADA

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. Mariobo Vaca Delma 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.
3. Angulo. P Soyelis, Collazos Martha. Factores que influyen en el Cumplimiento de la Realización del Registro de Enfermería (SOAPE) en el área de observación de la Unidad de Emergencia General del Hospital Central Universitario “Dr. Antonio María Pineda” Barquisimeto Venezuela Octubre – Noviembre 2003.
4. 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 Centroccidental “Lisandro Alvarado”. Venezuela Biblioteca Las casas, 2008; 4(3). Fecha de acceso 5 de agosto del 2012; Disponible en:
<http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0349.php>
5. 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.

6. Chaparro Díaz Lorena. 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 2013] disponible en :
[http:// encolombia.com./medicina/enfermería/enfermeria6403-registro.htm](http://encolombia.com./medicina/enfermería/enfermeria6403-registro.htm)
7. Peña Bravo Mary. Guía Metodológica del Proceso de Atención de Enfermería, 1ra Edición Mayo 2005.
8. Ledesma María del Carmen. Fundamentos de enfermería, editorial Limusa 2005, cap. 21, pág.345.
9. Marriner Tomey A, Raile M. Modelos y Teorías en Enfermería. 5ª ed. España: ElsevierScience; 2003. Pág. 104.
10. Iyer P, Taptich B, Bernocchi-Losey D, Vallardor M. Proceso y Diagnóstico de Enfermería. 3ª ed. España: Mc. Graw Hill Interamericana; 1997.
11. Alfaro R. Aplicación del Proceso de Enfermería. 5ª ed. España: Mosby; 2003.
12. 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 2013) 1995. 5(11) p:15-20. Disponible en:
<http://www.index-f.com/index-enfermeria /sumario.php.43k>

13. Universidad Centroccidental "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 Centroccidental "Lisandro Alvarado"; 1992.
14. Carpenito L. Diagnósticos de enfermería. Aplicación de la práctica clínica. 5ª ed. Madrid, España: Editorial Interamericana; 1995.
15. Phaneuf M. La Planificación de los Cuidados Enfermeros. México: Mc Graw Hill Interamericana; 1999.
16. 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 2013]disponible en:
www.fuden.es/protocolo_objcfm?ID_protocolo=80&Filalinicio=1&paginacion=6.20k.
17. Magaly. SOAPIE de Enfermería fecha de acceso 9 de agosto del 2012 disponible en :
<http://www.blogger.com/profile/13413965644659466273>
18. Peña Bravo Mary. Guía Metodológica del Proceso de Atención de Enfermería. 1ra. Edición Mayo 2005.
19. 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.

20. 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>
21. Zarate Grajales, Rosa. A la gestión del cuidado de Enfermería, IndexEnferm N° 44, vol. 13 [en línea][fecha de acceso 10 de abril del 2013] disponible en : <http://scielo.isciii.es/scielo.phpscript=scirttext&pid=S1132-1296200400010009&Ing=iso.ISSO1132-1296>.
22. CIE Código Deontológico para la profesión de enfermería Universidad de Navarra [en línea][fecha de acceso 28 de marzo del 2013] Disponible en: www.enfermundi.com/unaV.es/cdb/entenfermeras.html.
23. Luna O. Javier Norma Técnica Para el manejo del Expediente Clínico, Ministerio de Salud y Deportes/Comisión Nacional en Salud y Auditoria La Paz Bolivia 2008.
24. Ruiz Hontangas. A Calidad de los registros de enfermería Cardiovascular/CardiovascularNursing [en línea][Fecha de acceso 28 de marzo del 2013] octubre 2005 p:1-11. Disponible en: <http://www.saludycuidados/No.7/registro/registro2.htm>.
25. Castillo Sofía, Jiménez Carla. "Estudio Descriptivo de las Unidades de Neonatología de los Hospitales de los Servicios de salud Metropolitanos" Chile 2005.

26. Murillas L. Martha Lucia. 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>.
27. Dormic Estela Importancia de los registros de enfermería. Meswve.4^{ta} edición mayo, Chile 2004[en línea]fecha de acceso 4 de mayo del 2013]disponible en:
www.medwwdcl/enfermeria/Mayo2004/2.act-24k
28. Donabedian, Avedis. La calidad de la atención medica. Definición y Metas de Evaluación. México. Prensa Medica Mexicana 1994,194p.
29. Hidalgo Benigno, Calidad de la anotaciones clínicas. Segunda edición, Lima Perú: editorial Edu. Perú; 1999 p. 27.

ANEXOS

XV. ANEXOS

**ANEXO Nº 1
NOTA DE SOLICITUD PARA AUTORIZACION**

La Paz, 18 de septiembre del 2012

Señor:

Dr. Max Romero Molina

GERENTE GENERAL DEL HOSPITAL SEGURO SOCIAL UNIVERSITARIO

Presente.-



REF: PERMISO Y AUTORIZACION PARA REVISION DE HISTORIAS CLINICAS NEONATALES

El motivo de la presente es para comunicar a su autoridad que mi persona pretende realizar un estudio cumpliendo como requisito en la Especialidad en Enfermería en Medicina Crítica y Terapia Intensiva, en la UMSA que lleva como Título "CALIDAD DEL PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERIA BASADO EN EL REGISTRO DEL S.O.A.P.I.E" EN LA UCI NEONATAL DEL HOSPITAL SEGURO UNIVERSITARIO LA PAZ GESTION 2012".

El objetivo del estudio es, Evaluar la calidad del Proceso atención de enfermería basada en el registro del S.O.A.P.I.E del expediente clínico de neonatos, en la unidad de Cuidados Intensivos Neonatales del hospital del seguro social universitario La Paz gestión 2012.

El estudio a realizarse aportará a la UCI Neonatal, conocimientos sobre la calidad del proceso atención de enfermería basada en el registro del S.O.A.P.I.E., aplicando en forma correcta el registro, además ayuda a brindar una atención de calidad al neonato mediante las intervenciones específicas de enfermería según el nivel de atención que pueda requerir el neonato.

Por tal motivo solicito muy respetuosamente su autorización para la revisión de historias clínicas de neonatos nacidos en los meses enero – abril del 2012. Agradecida y segura de su aceptación me despido de usted. Muy atentamente.

Lic. PAMELA-MENECELES QUISBERTH
ENFERMERA DE LA UNIDAD DE NEONATOLOGIA
C.I. 4776652 L.P.

ANEXO Nº 2

NOTA DE AUTORIZACION



SEGURO SOCIAL UNIVERSITARIO

Av. 6 de Agosto N° 2630
Telf. Piloto: 2434262 • Fax: 2434777
Casilla de Correo: 8227
E-mail: ssulapaz@entelnet.bo



La Paz 29 de octubre del 2012
Cite: ADM. HOSP.219 /12

Señor:
Lic. Edgar Rojas Velázquez
GERENTE ADMINISTRATIVO FINANCIERO
SEGURO SOCIAL UNIVERSITARIO
Presente.-

REF.: REVISIONE DE EXPEDIENTES CLINICOS

Señor Gerente:

De acuerdo a instrucción de su autoridad según registro de Hoja de Ruta N° 5010, tengo a bien señalar a su autoridad que es importante el fomento a la investigación en nuestra institución, el tema en cuestión de la investigación será un aporte valioso a la institución; con la finalidad de precautelar los expedientes clínicos y no perjudicar su flujo en la atención, sugiero que la Licenciada Pamela Meneses revise los expedientes clínicos en coordinación con el Sr. Jaime Riveros responsable de Fichaje y Bioestadística y concluida la investigación la Licenciada deberá hacer conocer los resultados de la misma, salvando su mejor parecer .

Con este motivo, saludo a usted con las consideraciones mas distinguidas.

Atentamente:

Lic. Palmira Maldonado Chacón
ADMINISTRADORA DEL HOSPITAL a. i.
SEGURO SOCIAL UNIVERSITARIO

C.c. Arch.

ANEXO N° 3

INSTRUMENTO DE CHEQUEO DE LOS REGISTROS DE ENFERMERIA

UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRES

ESPECIALIDAD EN MEDICINA CRÍTICA Y TERAPIA INTENSIVA EN ENFERMERIA

HOSPITAL DEL SEGURO SOCIAL UNIVERSITARIO LA PAZ UNIDAD DE NEONATOLOGIA

INSTRUMENTO DE CHEQUEO DE LOS REGISTROS DE ENFERMERIA

FECHA...../...../.....

SERVICIO.....

NOMBRE DEL OBSERVADOR.....

N°	PROCEDIMIENTO	CUMPLE	CUMPLIMIENTO MINIMO	NO CUMPLE	TOTAL
1	Los registros de enfermería llevan los datos generales del neonato nombre, edad, matricula				
2	Los registros de enfermería respetan el formato de la hoja de enfermería				
3	Los registros de enfermería comienzan con la fecha y hora				
4	Los registros de enfermería tienen letra legible y clara				
5	La anotación en los registros de enfermería es completa				
6	Los registros de enfermería lleva firma y sello de la enfermera				
7	No deja espacio en blanco en el registro				
8	No utiliza liquido corrector				
9	Usa abreviaturas de uso común				
10	La enfermera registra los datos subjetivos del neonato				
11	La enfermera registra los datos objetivos que obtiene durante la observación				
12	La enfermera realiza diagnóstico de enfermería				
13	La enfermera realiza el objetivo de la planificación para el cuidado del neonato				
14	La enfermera registra las intervenciones realizadas en el neonato				
15	La enfermera registra la evolución de los resultados				

ANEXO Nº 4

NOTA DE VALIDACION DEL INSTRUMENTO

ANEXO Nº 3

La Paz, 01 de Julio del 2013

Señora:

Lic. Palmira Maldonado Chacón
ADMINISTRADORA DEL HOSPITAL DEL SEGURO UNIVERSITARIO
ESPECIALISTA EN GERENCIA DE SERVICIOS EN SALUD
Presente.-

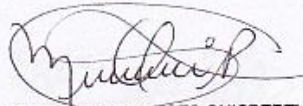
REF: SOLICITUD DE VALIDACION DE INSTRUMENTO

De mi consideración:

EL motivo de la presente es para comunicarle que mi persona pretende realizar un estudio cumpliendo como requisito en la Especialidad en Terapia Intensiva y Medicina Crítica en enfermería, en la Universidad Mayor de San Andrés, que lleva como Título "CALIDAD DEL REGISTRO DE ENFERMERIA S.O.A.P.I.E EN LA UNIDAD DE NEONATOLOGIA HOSPITAL DEL SEGURO UNIVERSITARIO LA PAZ GESTION 2012".

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

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



Lic. PAMELA MENESES QUISBERTH
ENFERMERA NEONATAL
C.I. 4776652 L.P.

cc/Arch.



Lic. A. Palmira Maldonado Ch.
ADMINISTRADORA HOSPITAL S.U.
SECRETARIA HOSPITAL DE VASOS-PAZ

ANEXO Nº 5

NOTA DE VALIDACION DEL INSTRUMENTO

ANEXO Nº 4

La Paz, 01 de Julio del 2013

Señora:

Lic. Jahel Vidaurre Prieto

**JEFE DE ENFERMERAS HOSPITAL DEL SEGURO UNIVERSITARIO
ESPECIALISTA EN TERAPIA INTENSIVA Y MEDICINA CRÍTICA EN ENFERMERIA**

Presente.-

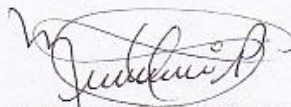
REF: SOLICITUD DE VALIDACION DE INSTRUMENTO

De mi consideración:

EL motivo de la presente es para comunicarle que mi persona pretende realizar un estudio cumpliendo como requisito en la Especialidad en Terapia Intensiva y Medicina Crítica en enfermería, en la Universidad Mayor de San Andrés, que lleva como Título "CALIDAD DEL REGISTRO DE ENFERMERIA S.O.A.P.I.E EN LA UNIDAD DE NEONATOLOGIA HOSPITAL DEL SEGURO UNIVERSITARIO LA PAZ GESTION 2012".

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

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



Lic. PAMELA MENECEZ QUISBERTH
ENFERMERA DE NEONATOLOGIA

cc/Arch.



Lic. Jahel Vidaurre P.
JEFE DE ENFERMERAS
MAT. V-132
Hosp. Seguro Social Universitario

ANEXO Nº 6

VALIDACION DEL INSTRUMENTO

ANEXO Nº 2

INSTRUMENTO DE CHEQUEO DE LOS REGISTROS DE ENFERMERIA

UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRES
 ESPECIALIDAD EN MEDICINA CRÍTICA Y TERAPIA INTENSIVA EN ENFERMERIA
 HOSPITAL DEL SEGURO SOCIAL UNIVERSITARIO LA PAZ UNIDAD DE NEONATOLOGIA
 INSTRUMENTO DE CHEQUEO DE LOS REGISTROS DE ENFERMERIA
 FECHA...../...../.....
 SERVICIO.....
 NOMBRE DEL OBSERVADOR.....

Nº	PROCEDIMIENTO	CUMPLE	CUMPLIMIENTO MINIMO	NO CUMPLE	TOTAL
1	Los registros de enfermería llevan los datos generales del neonato nombre, edad, matricula				
2	Los registros de enfermería respetan el formato de la hoja de enfermería				
3	Los registros de enfermería comienzan con la fecha y hora				
4	Los registros de enfermería tienen letra legible y clara				
5	La anotación en los registros de enfermería es completa				
6	Los registros de enfermería lleva firma y sello de la enfermera				
7	No deja espacio en blanco en el registro				
8	No utiliza liquido corrector				
9	Usa abreviaturas de uso común				
10	La enfermera registra los datos subjetivos del neonato				
11	La enfermera registra los datos objetivos que obtiene durante la observación				
12	La enfermera realiza diagnóstico de enfermería				
13	La enfermera realiza el objetivo de la planificación para el cuidado del neonato				
14	La enfermera registra las intervenciones realizadas en el neonato				
15	La enfermera registra la evolución de los resultados				

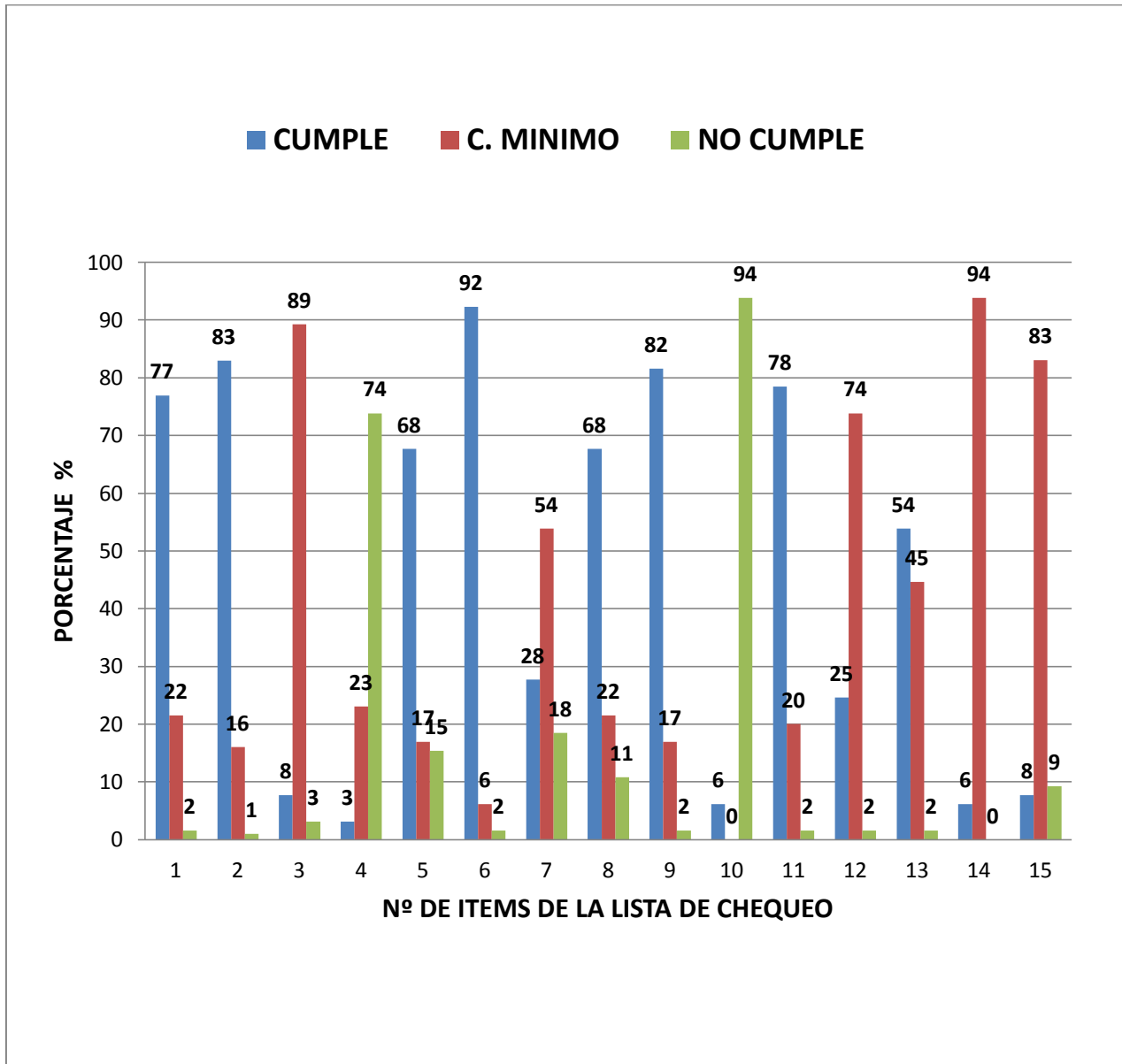

M.C. A. Palmiro Maldonado Ch.
 ADMINISTRADORA ROS 14 21
 SEGURO SOCIAL UNIVERSITARIO


J. J. Vidar
 JEFE DE ENFERMERAS
 MAT. V-132
 Hosp. Seguro Social Universitario

ANEXO N° 7

GRAFICO N° 16

INDICE RELATIVO DE EFICIENCIA POR ACTIVIDAD EN EL REGISTRO DE ENFERMERIA UNIDAD DE NEONATOLOGIA LA PAZ GESTION 2012-2013

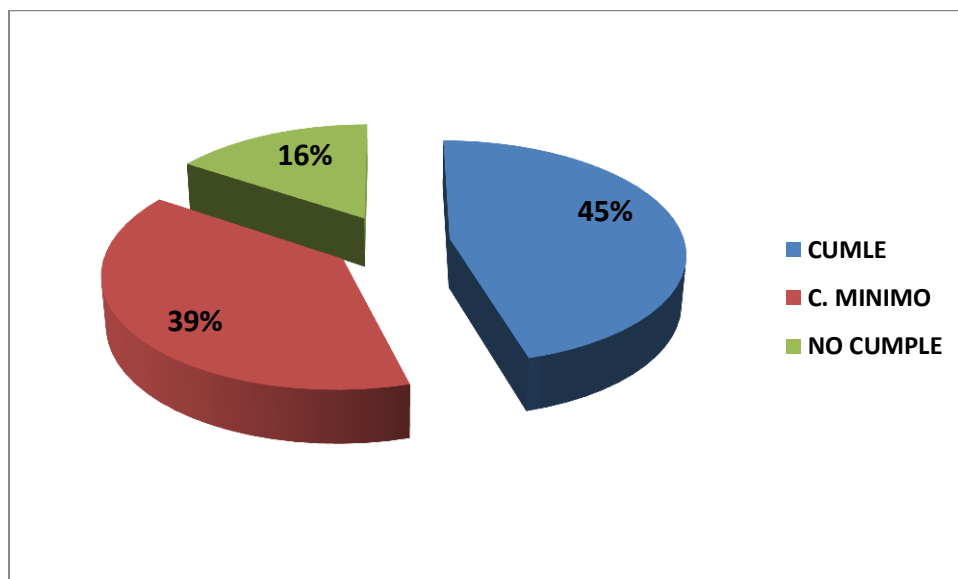


Fuente: Meneces P. Calidad del Registro SOAPIE.

ANEXO N° 8

GRAFICO N° 17

INDICE RELATIVO GENERAL DE CALIDAD DE LOS REGISTROS DE ENFERMERIA UNIDAD DE NEONATOLOGIA SEGURO UNIVERSITARIO LA PAZ GESTION 2012 – 2013



Fuente: Meneces P. Calidad del Registro SOAPIE.

Analizados los registros de enfermería, estos cumplen el 45% de los 15 ítems de calidad, cumplimiento mínimo 39%, y no cumplimiento 16%, por lo tanto en relación al rango de cumplimiento un 45% no llega a cumplir con las normas de calidad en la asistencia en salud.

**HOSPITAL DEL SEGURO SOCIAL UNIVERSITARIO LA PAZ
UNIDAD DE NEONATOLOGIA Y CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES**



PROPUESTA DE INTERVENCION

**GUIA PARA LA APLICAR EL PROCESO ATENCION DE ENFERMERIA
BASADO EN EL REGISTRO DEL S.O.A.P.I.E. PARA EL LOGRO DE LA
CALIDAD EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES**

AUTORA: Lic. PAMELA VERONICA MENECEZ QUISBERTH

**LA PAZ – BOLIVIA
2013**



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

Dr. Max Romero Molina

GERENTE GENERAL

SEGURO SOCIAL UNIVERSITARIO

Lic. Javier Rojas

GERENTE ADMINISTRATIVO FINANCIERO a.i.

SEGURO SOCIAL UNIVERSITARIO

Dr. Luis Enrique García Arce

GERENTE DE SALUD a.i.

SEGURO SOCIAL UNIVERSITARIO

Lic. Jahel Vidaurre Prieto

JEFE DE EFERMERAS

SEGURO SOCIAL UNIVERSITARIO

APROBADO POR:

FECHA DE ENTRADA EN VIGOR:.....

TABLA DE CONTENIDO

I. DATOS GENERALES	1
II. FUNDAMENTACION.....	2
III. INTRODUCCION	3
IV. OBJETIVO:.....	4
V. PRODUCTOS ESPERADOS	4
VI. INDICADORES DE CALIDAD EN EL REGISTRO DE ENFERMERIA.....	6
VII. REGISTROS DOCUMENTADOS EN SALUD.	14
VIII. NORMAS QUE LA JCAHO ESTABLECE PARA LA DOCUMENTACIÓN DEL REGISTRO DE ENFERMERÍA.	14
IX. NORMAS PARA LA ELABORACION DEL REGISTRO DE ENFERMERÍA. 15	
X. REGISTRO SISTEMATIZADO S.O.A.P.I.E.....	17
DOMINIO 2 NUTRICION	19
PROCESO ATENCION DE ENFERMERIA EN LA ALIMENTACION AL NEONATO ..	19
DOMINIO 2 NUTRICION	25
PROCESO ATENCION DE ENFERMERIA EN EL EQUILIBRIO HIDROELECTROLITICO EN EL NEONATO.....	25
DOMINIO 4 ACTIVIDAD Y REPOSO.....	28
PROCESO ATENCION DE ENFERMERIA EN LA RESPUESTA CARDIORESPIRATORIA DEL NEONATO.....	28
DOMINIO 7 ROL DE RELACIONES.....	39
PROCESO ATENCION DE ENFERMERIA EN EL ROL DE RELACIONES DEL NEONATO HOSPITALIZADO	39
DOMINIO 7 ROL DE RELACIONES.....	40
PROCESO ATENCION DE ENFERMERIA EN EL ROL DE RELACIONES DEL NEONATO.....	40
DOMINIO 11 SEGURIDAD Y PROTECCION	44
PROCESO DE ENFERMERIAN EN LA TERMOREGULACION.....	44
DEL NEONATO.....	44
DOMINIO 11 SEGURIDAD Y PROTECCION	50
PROCESO ATENCION DE ENFERMERIA EN NEONATOS CON DEFENSAS INMUNOLOGICAS DEFICIENTES.....	50

DOMINIO 11 SEGURIDAD Y PROTECCION	53
PROCESO ATENCION DE ENFERMERIA EN LA ACTIVIDAD Y DESCANSO DEL NEONATO.....	53
DOMINIO 12 CONFORT	56
DEL DOLOR EN EL NEONATO	56
DOMINIO 13 CRECIMIENTO Y DESARROLLO.....	62
PROCESO ANTENCION DE ENFERMERIA EN EL CRECIMIENTO Y DESARROLLO DEL NEONATO	62
XI. BIBLIOGRAFIA	64
XII. ANEXOS	66

PROPUESTA. GUIA PARA LA APLICAR EL PROCESO ATENCION DE ENFERMERIA BASADO EN EL REGISTRO DEL S.O.A.P.I.E. PARA EL LOGRO DE LA CALIDAD EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES

XVI. DATOS GENERALES

Centro de Formación:	HOSPITAL DEL SEGURO SOCIAL UNIVERSITARIO LA PAZ
Nombre de la Guía:	GUIA PARA LA APLICAR EL PROCESO ATENCION DE ENFERMERIA BASADO EN EL REGISTRO DEL S.O.A.P.I.E. PARA EL LOGRO DE LA CALIDAD EN EL REGISTRO DE ENFERMERIA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES.
Unidad	NEONATOLOGIA Y CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES
Autor:	Lic. PAMELA VERONICA MENECE QUISBERTH.
AÑO	2012-2013

XVII. FUNDAMENTACION

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. El personal de Enfermería de la Unidad de Neonatología y Cuidados Intensivos Neonatales del Hospital del Seguro Social Universitario, son parte de un proceso continuo que busca mejorar la calidad y que debe ser controlado y ajustado permanentemente, como parte de este proceso se planteó la elaboración de una Guía para aplicar Proceso Enfermero Neonatal para el personal de enfermería. El registro que realiza el personal de enfermería en su jornada laboral con el propósito de comunicar aspectos técnicos y clínicos referidos a la atención del neonato es un testimonio jurídico legal que respalda la labor de la enfermera.

El empleo de un lenguaje común entre las enfermeras y el uso de un registro sistematizado como el SOAPIE garantiza la utilidad de los registros de enfermería al ser un indicador de calidad. Un buen registro de enfermería, según (Amescua, 1995) debe recoger la información suficiente como para permitir que otro profesional de similar cualificación asuma sin dificultad la responsabilidad y cuidado del neonato.

La presente guía tiene en su contenido diagnósticos de enfermería específicos, objetivos e intervenciones de enfermería basadas en el registro sistematizado del S.O.A.P.I.E. Que permita al personal de enfermería realizar la consulta para el accionar correspondiente. Las guías de actuación son importantes porque:

1. Documentan la asistencia que debe proporcionar la enfermera.
2. Documentar la asistencia proporcionada.
3. Son un medio de comunicación.
4. Ayudan en el desarrollo de los planes de calidad.

XVIII. INTRODUCCION

Dentro del Marco de Funciones de la enfermera se ve la necesidad de elaborar diferentes guías o protocolos de acuerdo a la especialidad en la que desempeña su trabajo así respondiendo a la necesidad de contar con los elementos estructurales necesarios para el desarrollo de nuestra profesión, específicamente en el área de neonatología ante los cambios que se van produciendo día a día de la sanidad y que están repercutiendo en la práctica de la enfermería.

Todo paciente que ingrese a la unidad de Cuidados Intensivos Neonatales deben tener acceso a cuidados apropiados acordes a su estado, buscar tratamiento para ciertos signos y síntomas que pongan en peligro su vida contar con un nivel de capacidad resolutive que permita atender estas complicaciones.

La presente Guía de Enfermería, contiene 10 Diagnósticos de Enfermería basados en la NANDA 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.

XIX. OBJETIVO:

Proporcionar un instrumento técnico administrativo con el propósito de incrementar el conocimiento para adquirir habilidades sobre el registro correcto del SOAPIE en la hoja de enfermería con el fin de elevar el nivel de calidad del Proceso Atención de Enfermería y el desempeño profesional.

19.1. OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Proponer la aplicación del Proceso Atención de Enfermería de acuerdo a normas establecidas.
- Conocer las normas de registros de enfermería.
- Elaborar diagnósticos de enfermería en el registro del S.O.A.P.I.E. según la NANDA en la atención al neonato crítico.
- Proponer la incorporación de las mejores prácticas e intervenciones de enfermería en la atención y cuidado del neonato crítico en el registro del S.O.A.P.I.E.

XX. PRODUCTOS ESPERADOS

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

**GUIA DE ATENCION DE
ENFERMERÍA EN LA UNIDAD
DE NEONATOLOGÍA Y
CUIDADOS INTENSIVOS
NEONATALES**

XXI. INDICADORES DE CALIDAD EN EL REGISTRO DE ENFERMERIA

1. PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

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

Es un sistema de planificación en la ejecución de los cuidados de enfermería, compuesto de cinco pasos: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación. Como todo método, el PAE configura un número de pasos sucesivos que se relacionan entre sí.

2. DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA

El diagnóstico de enfermería o análisis, es un juicio clínico sobre las respuestas del individuo, la familia o la comunidad a problemas de salud en la valoración de enfermería.

▪ Taxonomía de diagnósticos de enfermería

Es un sistema de clasificación de grupos, clases o conjuntos.

▪ Ventajas del diagnóstico de enfermería

- Facilita la comunicación entre enfermera y equipo de salud
- Identifica el estado de salud del neonato
- Es indispensable para planear las intervenciones de enfermería.
- Impulsa la independencia de la enfermera.
- Asegura la calidad del cuidado en la atención de enfermería.

- **Tipos de diagnósticos.**
 - **Diagnóstico real.** Es un juicio sobre las respuestas humanas a un problema de salud, se basa en la presencia de datos relevantes.
Las partes de un diagnostico real son 3: P+C+E+ (problema+causa+evidencia).
 - **Diagnóstico de enfermería potencial o de riesgo.**
Es un juicio de un individuo, familia está más predispuesta a desarrollar el problema que otro.
 - **Diagnósticos posibles:**
Diagnóstico de enfermería posible cuando las pruebas de que existe un problema de salud no está clara o se desconoce los factores causales, pero existen algunos datos que conduce a sospechar el diagnóstico, se puede formular: P+C o P+C+E.
 - **Diagnósticos de bienestar:**
Es un juicio clínico respecto a una persona, familia donde un nivel específico de bienestar hacia un nivel más elevado de satisfacción personal. Estos diagnósticos no describen causa negativa por lo tanto solo se formulan de una parte es decir solo se menciona la etiqueta diagnostico P (problema o respuesta humana)
- **Formulación de los Diagnósticos:**
Es un formato básico del anunciado de un diagnóstico es “problema relacionado con etiología” sin embargo, las enfermeras deben ser capaces de escribir enunciados de diagnósticos consistentes en un parte , dos partes, tres partes, así como, algunas variaciones de cada uno de ellos. El termino diagnostico tiene 2 acepciones importantes: problema + causa y/o factor relacionado.

3. NANDA (asociación de diagnósticos de enfermería de Norteamérica)

CLASIFICACIÓN POR DOMINIOS

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

DOMINIO 1: PROMOCION DE LA SALUD

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

Clase 1: Toma de conciencia de la salud.

Clase 2: Manejo de la salud Identificación, control.

DOMINIO 2.- NUTRICION

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

Clase 1: Ingestión

Clase 2: Digestión

Clase 3: Absorción

Clase 4: Metabolismo

Clase 5: Hidratación

DOMINIO 3 ELIMINACION

Secreción y excreción de los productos corporales de desecho

Clase 1: Sistema urinario

Clase 2: Sistema gastrointestinal

Clase 3: Sistema tegumentario

Clase 4: Sistema pulmonar

DOMINIO 4 REPOSO Y SUEÑO

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

Clase 1: Reposo/sueño

Clase 2: Actividad/

Clase 3: Equilibrio de la energía

Clase 4: Respuestas cardiovasculares/respiratorias

DOMINIO 5 PERCEPCION/ COGNICION

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

Clase 1: Atención

Clase 2: Orientación

Clase 3: Sensación/

Clase 4: Cognición

Clase 5: Comunicación

DOMINIO 6 AUTOPERCEPCION

Conciencia del propio ser.

Clase 1: Auto concepto

Clase 2: Autoestima

Clase 3: Imagen corporal

DOMINIO 7 ROL DE RELACIONES

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

Clase 1 Roles de cuidador

Clase 2: Relaciones familiares

Clase 3: Desempeño del rol

DOMINIO 8 SEXUALIDAD

Identidad sexual, función sexual y reproducción

Clase 1: Identidad sexual

Clase 2: Función sexual

Clase 3: Reproducción

DOMINIO 9 AFRONTAMIENTO TOLERANCIA AL ESTRÉS

Forma de hacer frente a los acontecimientos/procesos vitales

Clase 1: Respuesta postraumática

Clase 2: Respuestas de afrontamiento

Clase 3: Estrés neurocomportamental

DOMINIO 10 PRINCIPIOS VITALES

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

Clase 1: Valores Identificación y jerarquización

Clase 2: Creencias Opiniones

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

DOMINIO 11 SEGURIDAD Y PROTECCION

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

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

Clase 2: Lesión física

Clase 3: Violencia

Clase 4: Peligros ambientales

Clase 5: Procesos defensivos

Clase 6: Termorregulación

DOMINIO 12 CONFORT

Sensación de bienestar o comodidad física, mental o social

Clase 1: Confort físico

Clase 2: Confort ambiental

Clase 3: Confort social

DOMINIO 13 CRECIMIENTO Y DESARROLLO

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

Clase 1: Crecimiento

Clase 2: Desarrollo

4. DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA EN CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES SEGÚN DOMINIOS SELECCIONADOS

Con el propósito de facilitar la búsqueda de diagnósticos específicos en atención al neonato crítico se escogieron los siguientes diagnósticos más frecuentes basados en 6 dominios y 10 diagnósticos de enfermería.

- 1.DOMINIO 2:** NUTRICION Alimentación
- 2.DOMINIO 2:** NUTRICION Hidratación, de líquidos y electrolitos
- 3.DOMINIO 4:** ACTOVIDAD Y REPOSO Cardiovascular/Respiratoria.
- 4. DOMINIO 7:** ROL DE RELACIONES. Relaciones familiares
- 5. DOMINIO 7:** ROL DE RELACIONES Desempeño del rol del cuidador
- 6. DOMINIO 11:** SEGURIDAD Y PROTECCION Termorregulación
- 7.DOMINIO 11:** SEGURIDAD Y PROTECCION Higiene
- 8. DOMINIO 11:** SEGURIDAD Y PROTECCION Infección
- 9. DOMINIO 12:** CONFORT Confort físico, dolor.
- 10. DOMINIO 13:** CRECIMIENTO Y DESARROLLO

5. DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA EN LA ATENCION AL NEONATO CRÍTICO

1. Patrón de la alimentación ineficaz del lactante, relacionada con incapacidad de ingerir nutrientes, debido a inmadurez o enfermedad.
2. Alto riesgo de déficit de volumen de líquidos relacionado con las características fisiológicas del lactante prematuro, inmadurez, enfermedad o todo ello.
3. Patrón de respiración ineficaz relacionado con disfunción neuromuscular (centro respiratorio inmaduro), energía reducida, cansancio y/o obstrucción de las vías aéreas.
4. Alteración de los procesos familiares, relacionados con crisis situacional de maduración, falta de conocimientos ante el nacimiento de un neonato prematuro y/o enfermo e interrupción del proceso de vinculación afectiva.
5. Tensión en el desempeño del rol del cuidador en relación con pérdidas o cargas múltiples asociadas a las responsabilidades de la prestación de cuidados.
6. Termorregulación ineficaz en relación con capacidad limitada para producir calor, capacidad limitada para tiritar y metabolismo basal aumentado secundario a inmadurez.
7. Alto riesgo de alteración de la integridad cutánea relacionado con la estructura inmadura de la piel y la inmovilidad.
8. Alto riesgo de infección relacionado con defensas inmunológicas deficientes y/o factores condicionantes.
9. Alteración del bienestar: dolor y ansiedad generados por las intervenciones médicas y de enfermería.
10. Alteración del crecimiento y desarrollo, relacionados con el nacimiento prematuro, el ambiente no natural de la UCIN y la separación de los padres.

Diagnósticos de Enfermería en Neonatología (**VER ANEXO 1**)

6. PLANIFICACION DEL CUIDADO DE ENFERMERIA

Es la tercera etapa del proceso de atención de enfermería consiste en programar las intervenciones (NIC) y los resultados esperados (NOC) fijando el propósito, el orden y la secuencia o prioridad de la misma.

El plan ayuda a tomar decisiones, resolver problemas, programar los tiempos necesarios a fin de alcanzar el resultado esperado.

7. INTERVENCIONES DE ENFERMERIA

Es la cuarta etapa del proceso de atención de enfermería que consiste en la solución del problema identificado a través de las actuaciones de enfermería, teniendo como meta fundamental el beneficio del paciente en sus áreas bio-sico-social.

En esta etapa se pone en marcha las intervenciones planificadas en el plan de cuidados.

8. EVALUACION

La evaluación es la última fase del proceso de enfermería y determina si un paciente mejora, permanece estable o se deteriora, esto se realiza comparando la respuesta del paciente a los cuidados de enfermería con la conducta propuesta en el resultado esperado. La evaluación es una actividad planeada, continua y con objetivos en la que los clientes y los profesionales de enfermería determinan.

XXII. REGISTROS DOCUMENTADOS EN SALUD.

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

XXIII. NORMAS QUE LA JCAHO ESTABLECE PARA LA DOCUMENTACIÓN DEL REGISTRO DE ENFERMERÍA.

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

XXIV. NORMAS PARA LA ELABORACION DEL REGISTRO DE ENFERMERÍA.

La hoja de enfermería debe ser llenada con:

a) Objetividad:

- Deben estar escritos de forma objetiva, sin prejuicios, juicios de valor u opinión personal.
- No utilizar un lenguaje que sugiera una actitud negativa hacia el paciente, comentarios despectivos, acusaciones, discusiones o insultos.
- Describa de forma objetiva el comportamiento del paciente, sin etiquetarlo de forma subjetiva.
- Anotar la información subjetiva que aporta el paciente o sus familiares, entre comillas. Registrar solo la información subjetiva de enfermería, cuando esté apoyada por hechos documentados.
- En neonatología no es valorable los datos subjetivos del neonato pero si los datos que pueda proporcionar la mamá.

b) Precisión y exactitud:

- Deben ser precisos, completos y fidedignos.
- Los hechos deben anotarse en forma clara y concisa.
- Expresar sus observaciones en términos cuantificables.
- Los hallazgos deben describirse de manera meticulosa, tipo, forma, tamaño y aspecto.
- Se debe hacer constar fecha, hora, (horario recomendado 0:00 a 24:00) firma legible de la enfermera responsable.

- Anotar todo de lo que se informa: unos registros incompletos, podrían indicar unos cuidados de enfermería deficiente. “Lo que no está escrito no está hecho”.

c) Legibilidad y claridad:

- Deben ser claros y legibles, puesto que las anotaciones serán inútiles para los demás sino pueden descifrarlas.
- Si no se posee una buena caligrafía se recomienda utilizar letra de imprenta.
- Anotaciones correctas ortográfica y gramaticalmente.
- Usar sólo abreviaturas de uso común y evitar aquellas que puedan entenderse con más de un significado, cuando existan dudas escribir completamente el término.
- No utilizar líquidos correctores ni emborronar. Corregir los errores tachando solamente con una línea para que sean legibles anotar al lado “error” con firma de la enfermera responsable.
- Firma y categoría profesional legible: Inicial del nombre más apellido completo o bien iniciales del nombre y los dos apellidos.
- No dejar espacios en blanco ni escribir entre líneas.

Simultaneidad:

- Los registros deben realizarse en forma simultánea a la asistencia y no dejarlo para el final del turno.
- Evitar errores u omisiones.
- Consiguiendo un registro exacto del estado del paciente.
- Nunca registrar los procedimientos antes de realizarlos, puesto que estas anotaciones pueden ser inexactas e incompletas.

- No anotar adjetivos que califiquen conductas o comportamientos del paciente, deben especificar que se refieren a dicha conducta o comportamiento, no descalificando al paciente.
- No hacer referencia a la escasez del personal.
- No intentar explicar que se ha producido un error o utilizar expresiones como “accidentalmente”, “de alguna forma”.
- La realización correcta de los registros, pueden ser nuestra mejor defensa ante un problema legal.

XXV. REGISTRO SISTEMATIZADO S.O.A.P.I.E.

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

La sigla **SOAPIE** corresponde a los siguientes contenidos:

S: Datos Subjetivos. Incluyen los sentimientos, síntomas y preocupaciones del paciente, se documente las palabras del paciente o un resumen de la conversación. Vale aclarar que en neonatología no es valorable aunque el tipo de llanto que pueda presentar el bebé podría ayudarnos a describir la causa.

O: Datos objetivos: Consiste en los hallazgos obtenidos durante la valoración; se descubren por el sentido de la vista, oído, tacto, y olfato o por instrumentos como el termómetro, tensiómetro, exámenes auxiliares, etc. (examen físico céfalo caudal)

A: Interpretaciones y análisis de los datos o diagnóstico: Puede ser real o potencial y siempre va el “relacionado con” para determinar los factores determinantes o condicionantes y el código de diagnóstico de la NANDA.

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

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

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

EJEMPLO.

Fecha y hora:

S: “neonato con llanto inconsolable”.

O: temperatura 38.5°C, diaforesis, rubicundez.

A: Hipertermia relacionada a proceso infeccioso.

P: disminuir la temperatura corporal.

I: Control de la T° horariamente, aplicación de medios físicos, administración de Antipiréticos prescritos e incremento de líquidos por vía oral. Luego se informó al médico tratante.

E: la respuesta observada en el paciente es la disminución de T° 37.2 °C.

FIRMA Y SELLO DE LA ENFERMERA

Instrumentos para el llenado del registro sistematizado SOAPIE para cuidados mínimos, cuidados intermedios y cuidados críticos.

(VER ANEXO 5 6 Y 7

DOMINIO 2 NUTRICION

PROCESO ATENCION DE ENFERMERIA EN LA ALIMENTACION AL NEONATO

ANALISIS DEL DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA

Patrón de la alimentación ineficaz del lactante, relacionada con incapacidad de ingerir nutrientes, debido a inmadurez o enfermedad.

PLANIFICACION DEL OBJETIVO Nº 1

Proporcionar la nutrición adecuada para el crecimiento y desarrollo, minimizar la pérdida de peso y mantener la masa muscular:

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA NIC:

- **Valorar en el recién nacido los aspectos que inciden en la planeación de su nutrición así:**
- Los prematuros nacen con muy bajo almacenamiento de nutrientes. La función digestiva y motora del intestino es inmadura y la tolerancia a la alimentación enteral en los niños de muy bajo peso es muy pobre, pueden presentar vómito estasis gástrica, aspiración, distensión abdominal y en casos extremos obstrucción por bolo de leche.
- Por los deficientes sistemas de gluconeogénesis: el prematuro debe recibir rápidamente aportes de glucosa para prevenir daños por hipoglicemia.
- Los niños con SDR tiene especialmente bajos niveles de reserva de glucosa y pueden desarrollar hipoglicemia en la 1ª hora después del nacimiento.
- Los niños con SDR severa toleran pobremente la nutrición enteral.
- Los niños con problemas cardiacos requieren restricción de líquidos.

- Los niños con displasia broncopulmonar requieren más energía.
- Los RN desnutridos tiene el riesgo de un desarrollo inadecuado si no se les brindan buenos aportes después del nacimiento.
- Es importante tener en cuenta la edad gestacional, el peso al nacer y los problemas de salud concomitantes para individualizar la alimentación.

No se debe dar vía oral a:

- Neonatos en post operatorios de resección de intestino.
- Neonatos críticamente enfermos independientemente de su peso.
- Neonatos con asfixia o hipoxia severa, por 3 a 5 días.
- Niños con SDR hasta que su FR sea menor de 60 X'.
- No dar vía oral por 6 horas a niños exanguinados a través de catéter central.
- **El inicio de la alimentación enteral debe ceñirse a los siguientes requisitos:**

- Estabilidad cardiovascular y presión arterial normal.
- Temperatura normal.
- Tracto gastrointestinal funcional.
- Presencia de ruidos intestinales.
- Ausencia de distensión abdominal.
- Primera evacuación de meconio.
- Ausencia de vómito y hemorragia gastrointestinal.
- **Proporcionarle al neonato alimentación enteral teniendo en cuenta los siguientes aspectos:**

- **Requerimientos nutricionales**

Calorías: 120 Kcal/Kg/día (para obtener un crecimiento de 15- 30 gr/día).

Proteínas: RNT 2 - 2,5 g/kg/ día ; RNPT 3,5 g/kg/día.

Grasas: 4 - 6 gr/Kg/día

Carbohidratos: 11 - 16 gr/Kg/día

Vitaminas: Para que reciban las dosis adecuadas entre 800 a 1000 cc/día de leche materna o de fórmula.

Vitamina E: Dar a los RNPT que pesen menos de 1500 gr de 5 a 25 UI/día a partir del 2 - 3 día de vida hasta 6 u 8 semanas después o hasta que pesen 1800 o 2000 gr.

Ácido fólico: dosis de 50 mg/día hasta que reciban 300 ml de leche por día.

Vitamina K: Los RN que reciben antibióticos de amplio espectro o nutrición parenteral prolongados deben recibir una dosis semanal de 1 - 2 mg I M de vitamina K.

Hierro: RNPT 2 mg/kg/día a partir de las seis u ocho semanas de edad hasta el año de vida.

Calcio / Fósforo: el contenido de calcio en la leche materna es de 35 mg/dl, la de fórmula 55 mg/dl, la fórmula para prematuros 75 -144 mg/dl, se recomienda dar 150 a 200 mg/kg/día de calcio y 100 a 120 mg/kg/día de fósforo a los niños que pesen menos de 1000 gr si a las dos semanas de vida toleran vía oral y reciben menos de 150 mg/kg/día hasta que pesen 1500 a 2500 gr.

- **Fórmula láctea:**

Siempre se debe empezar la alimentación con leche materna debido a sus múltiples beneficios fisiológicos y emocionales.

Técnicas de alimentación:

- **Succión oral:**

- Se indica a niños mayores de 1800 gramos (32-34 semanas de edad gestacional) que es cuando se considera que hay coordinación entre succión - deglución.
- También la mamá puede realizar esta estimulación con su seno vacío permitiendo al niño ejecutar la llamada succión no nutritiva.
- Otra forma de estimular la succión - deglución en el prematuro es utilizando un “suplementador de crianza” que no es más que un frasco que contiene

leche materna u otro tipo de leche conectado a una sonda por la cual ésta pasa a la boca del niño, mientras se le permite que succione del seno.

- Es importante conocer que la leche del comienzo de la mamada es rica en lactosa y agua y la del final en grasa.

- **Alimentación por sonda oro gástrica:**

- **Gástrica intermitente o por gavaje:**

Indicaciones: niños mayores de 1250 gramos

- La alimentación oro gástrica por bolos (con sonda cinco, seis u ocho) generalmente es bien tolerada por la mayoría de los neonatos y niños a término y requiere poco equipo.
- Sin embargo en caso de reflujo gastro esofágico puede inducir a aspiración o ingesta calórica inadecuada.

- **Gástrica continua**

Indicaciones

Menores de 1250 gramos

Intolerancia gástrica intermitente

Es útil en los RN de muy bajo peso en quienes la alimentación por gavaje altera la función pulmonar, en los niños con vaciamiento gástrico deficiente y reflujo gastroesofágico.

Alimentación transpilórica

- **Indicaciones**

- Niños con vaciamiento gástrico deficiente, reflujo gastroesofágico severo o riesgo de aspiración.

- **Dosificación de las tomas de leche:**

Cuando se inicien fórmulas diluidas debe pasarse a completa al alcanzar los 50 cc/Kg/día. (Generalmente al tercer día). Para mayores de 2500 gramos el volumen inicial debe ser 20 a 30 cc/Kg e incrementar diariamente en igual cantidad.

- **Monitorizar la nutrición enteral del neonato**
- Medir el residuo. En alimentación en bolos: Se debe monitorizar cada hora los residuos gástricos hasta que se establezca la tolerancia a la alimentación.
- **Vigilar**
Incremento del perímetro abdominal,
Vómito, regurgitación,
Aumento o pérdida de peso: debe ganar 20 a 30 gr/día.
- **Tener en cuenta las siguientes precauciones para la alimentación enteral.**
- Lavado gástrico en presencia de sangre o meconio.
- La vía oral se debe iniciar con una o dos tomas de agua destilada.
- Elevar la cabeza del niño por lo menos 30° para evitar la aspiración
- Fijar la sonda con seguridad y marcar la distancia para evitar la aspiración.
- La sonda para alimentación debe pasarse con guantes estériles preferiblemente por la boca porque por la nariz dificulta la respiración o irrita la mucosa.
- **Se debe participar en la administración de nutrición parenteral al neonato así:**
- **Asistencia durante el procedimiento de inserción del catéter central así:**
- Técnica aséptica estricta
- Material adecuado
- Fijación correcta
- Rx para ubicar el catéter
- Realizar cuidados del catéter para prevenir infecciones y complicaciones.
- Curaciones c/ 72 horas con estricta asepsia.
- Si hay fiebre pensar en infección así no haya signos locales de ésta.
- Si no hay otro foco usual retirar el catéter y enviar éste para cultivo.
- Colocar bomba de infusión para mantener una velocidad constante en la administración de líquidos.

- Se cambiará cada 24 horas el equipo completo de infusión y la solución.
- Vigilancia de la nutrición parenteral teniendo en cuenta:
- **Indicaciones:** Deben recibir alimentación parenteral:
- Niños agudamente enfermos o inmaduros que no pueden ser alimentados por vía oral más allá de 3 días.
- Niños crónicamente enfermos
- Niños con malformaciones o con severa malabsorción.
- **Contraindicaciones:**
- Shock de cualquiera etiología, acidosis metabólica severa hipovolemia severa e hiperglicemia severa mientras se corrigen, insuficiencia renal aguda.
- En la insuficiencia respiratoria, los lípidos pueden interferir en el intercambio alvéolo - capilar.

Controles de enfermería:

- Control diario de peso
- Densidad urinaria tres veces al día
- Gases arteriales a necesidad
- Control de diuresis cc/Kg/día
- Mantener una estricta vigilancia ante la presencia de complicaciones.

EVALUACION NOC:

El neonato recibe una cantidad adecuada de nutrientes. Demuestra un aumento de peso regular. (Unos 20 a 30 g/día)

DOMINIO 2 NUTRICION
PROCESO ATENCION DE ENFERMERIA EN EL EQUILIBRIO
HIDROELECTROLITICO EN EL NEONATO

DATOS OBJETIVOS

- **Factores que influyen en el mantenimiento del equilibrio hidroelectrolítico y la función renal.**
- **En el RNPT:** La función renal madura con la edad gestacional. Los RNPT a menudo manifiestan inmadurez de la homeostasis del agua y del sodio (Na).
- A menor edad gestacional el líquido extracelular (LEC) es el que determina la mayor proporción de peso al nacimiento.
- El flujo urinario es mayor en los RNPT.
- La diuresis de la primera semana de vida del RNPT está acompañada de una fracción excretada de sodio notablemente mayor.
- Oligohidramnios. Indicador de mayor importancia de deterioro renal funcional
- Los RN con antecedentes de asfixia perinatal grave están en gran riesgo de síndrome de secreción inapropiada de hormona antidiurética, como de insuficiencia renal aguda.
- El estado de líquidos y electrolitos del RN reflejan parcialmente la hidratación materna y la administración de drogas.
- Nefrotoxicidad por drogas como: amino glucósidos, indometacina, anfotericina B y los medios de contraste radiopacos.
- Pérdidas insensibles de agua. En el RNPT puede exceder los 150 ml/Kg/día por lámpara de calor radiante, fototerapia pérdida de integridad de la piel, prematuridad extrema y fiebre.

PERDIDAS INSENSIBLES SEGÚN EL PESO

PESO AL NACIMIENTO EN GR.	ML/ KG/DIA
750 - 1000	82 CC
1001 - 1250	56 CC
1251 - 1500	46 CC
> 1500	26 CC

Las pérdidas son incrementadas por fototerapia en 40% valor radiante 50% y fiebre.

ANALISIS DEL DIAGNÓSTICO DE ENFERMERIA

Alto riesgo de déficit de volumen de líquidos relacionado con las características fisiológicas del lactante prematuro, inmadurez, enfermedad o todo ello.

PLANIFICACION DEL OBJETIVO:

Mantener una hidratación adecuada.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA NIC:

- **Mantener un aporte de líquidos y electrolitos acorde con las necesidades del neonato.** Como en la tabla correspondiente.
- **Debe recibir líquidos endovenosos**
- Todo RN menor de 1800 gramos
- Todo RN que no reciba o tolere la vía oral
- Requerimientos de electrolitos

Sodio: 2 - 4 meq/Kg/día amp 1 cc = 2 meq
Potasio: 2 meq/Kg/día amp. 1 cc = 2 meq
Calcio 200 meq/Kg/día amp 1 cc = 200 meq (10%)

- A los menores de 1200 gr al nacimiento no se les inicia ni sodio ni potasio hasta el 3º o 4º día de vida.
- Reponer por igual líquidos y electrolitos perdidos por drenajes, vómitos, diarreas tomando como base el análisis de la composición del líquido.
- **Evaluar en forma permanente el estado hidroelectrolítico y la función renal del neonato así :**
- **Peso:** cambios agudos en el volumen total de líquidos corporales produce cambios en el peso por lo tanto el peso debe ser medido diariamente.
- **Piel:** anormalidades del volumen del LEC pueden conducir a alteración de la turgencia de la piel alteraciones en la tensión de la fontanela anterior.
- **Cardiovascular:** se puede producir taquicardia por exceso de LEC o hipovolemia
- **Hepatomegalia:** puede sugerir un aumento del volumen del LEC.
- **Cambios en la presión sanguínea:** ocurren más tarde en la secuencia de repuestas a la reducción del ritmo cardiaco.
- **Diuresis horaria:** debe ser de 1 a 4 cc/Kg/hora.
- Balance de los líquidos administrados y eliminados cada 6 o 8 horas.
- Para esto se puede pesar el pañal con balanza electrónica.
- **Exámenes de laboratorio**
- Examen general de orina.
- **Aspiración supra púbica percutánea:** ideal para urocultivo.

EVALUACION NOC:

El neonato no evidencia deshidratación ni exceso de hidratación.

DOMINIO 4 ACTIVIDAD Y REPOSO
PROCESO ATENCION DE ENFERMERIA EN LA RESPUESTA
CARDIORESPIRATORIA DEL NEONATO

DATOS OBJETIVOS

Se puede encontrar:

- **Respiración periódica:** Actividad respiratoria durante 10 a 15 segundos seguida de apnea otros 5 a 10 segundos, sin modificación de la frecuencia cardíaca ni del color de la piel.
- **Apnea:** Cese de la respiración por más o menos de 20 segundos acompañada de bradicardia y/o modificación del color.
- **Bradipnea:** Por prematuréz, infección, hipotermia, hipoxia, sueño profundo, hipoglicemia, enfermedad de membrana hialina.
- **Taquipnea:** Hipertermia, dolor, irritabilidad, incomodidad, SDR, cardiopatía, infección.

El color y aspecto de la piel. El color de la piel y las mucosas nos dan importantes datos sobre el estado de oxigenación, perfusión y eventualmente sobre temperatura. El neonato se puede encontrar: rosado, pálido, rubicundo, cianótico icterico, terroso, moteado, acrocianótico, con petequias, con edema, con escleroderma. **(VER ANEXO N°2)**

Presión arterial (PA). Es un indicador de funcionamiento cardíaco, el volumen sanguíneo, la viscosidad sanguínea, la resistencia vascular periférica, la elasticidad. Incluye: P sistólica (PS), P diastólica (PD) y P media (PM).

Si sólo tenemos PS y PD podemos calcular la presión media aplicando la fórmula:

$$\frac{PS-2PD+PD}{3}=PM$$

3

Frecuencia cardíaca: FC. Se espera encontrar entre 120 a 160 latidos por minuto. Oscila con los cambios de actividad del R.N. siendo mayor cuando está llorando o en movimiento.

Bradycardia: FC menor de 120 latidos x minuto. Puede ser producida por obstrucción de la vía aérea, apnea, hipoxia prolongada, choque en fase tardía, reflejo vagal (causado por sonda de succión o de alimentación o por tubos oro traqueales), vómito, hipotermia severa, convulsiones o drogas como el gluconato de calcio.

Taquicardia: FC mayor de 160 latidos por minuto. Puede deberse a hipoxia, dolor, estrés, irritabilidad, hipertonia, hipotensión, hipovolemia, deshidratación y drogas simpaticomiméticas.

Temperatura. Ideal 36,8 °C.

Se controla con el termómetro axilar. También se utilizan termistores que por lo general van acoplados a los sistemas de servo control.

ANALISIS DEL DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA

Patrón de respiración ineficaz, relacionado con disfunción neuromuscular (centro respiratorio, inmaduro), energía reducida, cansancio y/o obstrucción de las vías aéreas.

PLANIFICACION DEL OBJETIVO Nº 1

Identificar signos y síntomas de dificultad respiratoria

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA NIC:

- **Valoración de Silverman Anderson cada parámetro se le da una puntuación de 0-2 : (VER ANEXO N° 3)**
 - 0: No hay dificultad respiratoria
 - 1- 3: Leve dificultad respiratoria
 - 4 - 6: Moderada dificultad respiratoria
 - 7 - 10: Severa dificultad respiratoria
- **Valorar otros signos asociados:**
 - Cianosis
 - Taquipnea (por encima de 60 respiraciones por minuto)
 - Ruidos respiratorios reducidos o incrementados
 - Edema en manos y pies que ocurre dentro de las primeras 24 horas
 - Flacidez muscular, movimientos disminuidos y posición con la cabeza al lado
 - Frecuencia cardíaca menor de 100 latidos por minutos en estado tardío.
- **Control de signos vitales**
 - Frecuencia respiratoria (FR)
 - Presión arterial (PA)
 - Frecuencia cardíaca (FC)
 - Temperatura (T°)
 - Color
 - Actividad
- **Monitorización constante de gases sanguíneos**
 - Valores de gases sanguíneos**
- **Medición directa.**
 - **Arteria umbilical.** En RN con dificultad respiratoria significativa es común monitorizar la oxigenoterapia durante los primeros días de vida, mediante un catéter colocado en la arteria umbilical.

- **Catéteres cortos introducidos por vía percutánea** o por el procedimiento de incisión en las arterias radial, tibial posterior o pedía.
- **Punción arterial intermitente.** Las muestras para gases sanguíneos se pueden obtener por aspiración percutánea con aguja de las arterias radial, braquial, temporal, pedía dorsal y tibial posterior.
- **Muestras capilares.** Se pueden obtener del talón aplicando antes calor durante 5 - 10 minutos. Los datos obtenidos son relativamente confiables en relación con pH y PCO₂ pero la correlación no es muy buena para PO₂ por lo que se debe mantener la PaO₂ capilar entre 35-50 mmHg.

PLANIFICACION DEL OBJETIVO Nº 2

Mantener y maximizar la función pulmonar.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA NIC:

MEDIDAS GENERALES:

- Poner al niño en incubadora o calentador radiante según su peso y condiciones generales
- Limpiar las vías aéreas superiores, comprobando su permeabilidad
- Vaciamiento del contenido gástrico cuantificando lo extraído
- Suspensión de la alimentación por vía oral
- Lavado gástrico con solución salina
- Solución glucosada IV al 10% en las primeras 24 horas, luego según requerimientos.
- Mantener al neonato en posiciones que faciliten el intercambio óptimo de aire
- Colocarlo en posición prono o de lado para prevenir la aspiración.
- Colocar toalla o sabanita enrollada bajo el cuello.
- Evitar hiperextensión
- Realizar glucometria cada 6 horas durante los dos primeros días de vida
- Medir el gasto urinario en forma continua que debe ser superior a 1 ml Kg/h.

- Administrar oxigenoterapia teniendo en cuenta las necesidades del neonato y las indicaciones de los diferentes métodos

OXIGENOTERAPIA SEGÚN METODO Y CRITERIO DE EVALUACION

Métodos:

- **Presión positiva continua en la vía aérea o CPAP.**

Consiste en el mantenimiento de una presión supra-atmosférica (o presión positiva) durante la expiración en un paciente que respira espontáneamente. Aun cuando la presión positiva se aplica en forma continua tanto durante la inspiración como durante la expiración, el efecto de mantener una presión transpulmonar elevada se realiza durante la espiración.

- **Ventilación mandatoria intermitente IMV.**

El término IMV se utiliza en los casos de asistencia a la ventilación en los que la frecuencia del ciclado del aparato sea menor a la frecuencia respiratoria del paciente. Este respira espontáneamente y el ventilador cicla intermitentemente ventilando al paciente con la frecuencia presión y flujo que se hayan seleccionado.

- **Asistir en el procedimiento de intubación endotraqueal:
(VER ANEXO N° 4)**

- Preparar el siguiente equipo:
- Cuatro tubos endotraqueal (2.5, 3, 3.5, 4 mm)
- Fuente de oxígeno y de aspiración.
- Catéteres para aspiración de distinto calibre
- Dos hojas de laringoscopio con bombillos de repuesto (tamaño 0 y 1)

- Un mango de laringoscopio con pilas de repuesto.
- Una bolsa de reanimación (que pueda administrar hasta 100% de oxígeno y presiones adecuadas)
- Tela adhesiva
- Máscaras faciales.
- Manómetro para medir la presión en la vía aérea.
- Colocar la cabeza del neonato en ligera extensión o en posición neutra y los hombros en el mismo plano que la cabeza.
- Mantener iluminación y regulación de la temperatura adecuada
- Seleccionar el tubo de acuerdo al peso del niño.
- Durante la intubación controlar en forma continua la frecuencia cardíaca. Si hay bradicardia retirar el laringoscopio y ventilar con bolsa y máscara hasta que el color y la FC sean normales
- Fijar el tubo endotraqueal firmemente con tela adhesiva.
- Documentar la distancia de introducción del tubo endotraqueal, el tamaño y la fecha en la tela adhesiva y también en la historia clínica.
- Estar alerta para observar signos clínicos de extubación accidental: llanto, disminución de entrada de aire en el tórax, aumento de entrada de aire en el estómago, deterioro brusco del color, la FC o la PO_2 .
- Fijar los circuitos del respirador a la incubadora para prevenir que se acoden o que tiren del tubo endotraqueal.
- Siempre que la tela adhesiva se moje, se afloje o pierda su adhesividad proceda a re fijar el tubo, pues esta es una de las causas frecuentes de extubación accidental.
- Auscultar los pulmones después de modificar la posición del niño
- Si sospecha que el tubo endotraqueal está tapado proceder a la aspiración.
- Controlar y documentar los parámetros del ventilador cada hora.
- Registrar en una planilla todos los datos concernientes a la valoración.

PLANIFICACION DEL OBJETIVO Nº 3

Prevenir las complicaciones de la administración de oxígeno

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA NIC:

Vigilar la presencia de signos y síntomas que indiquen complicaciones.

- **Del tubo endotraqueal:** Infección, estenosis subglótica cuando se usa por largo tiempo, obstrucción por secreciones, intubación monobronquial, extubación accidental, ulceración necrosis relacionadas con número de re intubaciones.
- **De la ventilación mecánica:** baro trauma (enfisema intersticial; neumotórax, neumomediastino y neumopericardio). Se detecta mayor asociación entre estos fenómenos y la hemorragia intracraneana.
- **Efectos cardiovasculares :**
- Hipotensión por disminución del gasto cardíaco y el retorno venoso cuando los parámetros permanecen altos y el pulmón va en mejoría.
- Displasia broncopulmonar.
- Hemorragia intraventricular: Se relaciona con la prematuridad, la EMH y la asfixia.

RECOMENDACIONES GENERALES PARA LA ADMINISTRACIÓN DE OXÍGENO

- Ningún RN debe recibir O₂ a menos que exista una indicación específica.
- La concentración de oxígeno inspirado debe individualizarse, midiendo los gases arteriales y administrar el O₂ necesario para mantener la PaO₂ entre 45 - 60 torr y la saturación entre 85 - 92%.
- Se debe administrar O₂ húmedo al 30 - 40% porque los gases irritan las vías aéreas y aumentan las pérdidas insensibles por agua

- El O₂ debe calentarse a T° de 31 - 34°C para prevenir el stress por frío
- Valorar en forma constante el color, el esfuerzo respiratorio, la actividad, la respuesta circulatoria
- Monitorizar los signos vitales en forma electrónica cada hora
- Auscultar sonidos respiratorios c/hora
- Usar técnica de mínima manipulación, realizando todos los procedimientos al mismo tiempo.
- Conocer y tener listos todos los implementos necesarios para la administración de oxígeno
- Se debe tomar ecografía cerebral y realizar valoración oftalmológica a todo RNP < 1500 gramos < 32 semanas de edad gestacional y que haya cumplido las 3 semanas de vida postnatal.

PLANIFICACION DEL OBJETIVO Nº 4

Promover la recuperación de la función pulmonar.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA NIC:

La fisioterapia torácica incluye:

- **Drenaje postural:** Facilita la movilización de secreciones por efecto de la gravedad. Colocando el tórax del recién nacido en diferentes posiciones, las secreciones drenan desde distintos segmentos pulmonares a los bronquios mayores.
- **Percusión:** Se debe realizar antes de cada aspiración. Consiste en aplicar serie de golpes suaves con la mano ahuecada sobre el tórax del recién nacido, siguiendo la distribución del árbol bronquial, lo que ayuda a despegar los tapones mucosos. Si el tórax del RN es muy pequeño, se puede utilizar

una tetilla de biberón o una máscara. No se debe percutir sobre hígado, riñón, corazón, esternón, vértebras o estómago.

- **Vibración:**

Se realiza aplicando sacudidas suaves sobre el tórax del RN. Esto impulsa las secreciones de la pequeña vía aérea a los bronquios de mayor calibre. Puede ser reemplazado por un cepillo dental eléctrico cubierto con una gasa suave. Debe realizarse desde los segmentos periféricos hacia la tráquea aproximadamente durante 30 segundos. Normalmente no es requerida en las primeras 24 a 48 horas de vida.

Está indicada en:

- Los RN mayores de 1500 gr. pueden recibir vibración y además fisioterapia según sus condiciones.
- La frecuencia de la vibración debe estar basada en las condiciones y necesidades del niño para no producir deterioro clínico.

- **Aspiración de secreciones.**

Indicaciones:

- Los pacientes con EMH generalmente no requieren succión las primeras 24 horas. El segundo día pueden requerir succión 2-3 veces día. En el tercer día c/ 4-12 horas.
- En el RN con aspiración de meconio o problemas respiratorios con aumento de secreciones se necesita por lo menos cada 12 horas.

Técnica:

- Proceda a aspirar el tubo cuando se compruebe la presencia de secreciones
- Para este procedimiento se necesitan dos personas
- Debe efectuarse con técnica estéril
- Se pueden instilar 0.5 cc de SSN a través del tubo y volver a conectar al O₂ durante 15 - 45 segundos. Luego se debe desconectar el tubo e introducir la sonda de aspiración (que no rebase la punta del tubo) sin succión todavía,

con el catéter en el fondo, se aplica la succión mientras se retira la sonda. No dar movimientos de rotación (tiempo 2 - 3 seg.)

- Luego se re oxigena al niño conectándolo al ventilador o fuente de oxígeno
- La succión debe ser precedida de terapia respiratoria.
- Monitorizar la oximetría durante el procedimiento.
- Se debe valorar el color, olor, consistencia y cantidad de las secreciones y si se sospecha infección obtener aspirado traqueal para cultivo.
- Aspirar la boca del niño al tiempo de la aspiración endotraqueal, limpiar la boca y los labios del niño con una gasa humedecida con agua estéril.
- Lubricar los labios con gasa vaselinada.

Asistencia en el manejo de la terapia con surfactante.

La Enfermera asiste en la instilación del surfactante y es la responsable del cuidado del RN antes, durante y después de la dosis:

Antes:

- Documentarse acerca de la presentación recomendaciones dosificación, precauciones, conservación y reacciones adversas del medicamento.
- Confirmar que al RN se le haya tomado radiografía para determinar el sitio de ubicación del tubo oro traqueal.
- Verificar el peso exacto del RN.
- Monitorizar los signos vitales
- Aspirar al RN 15 minutos antes de la dosis para asegurar la permeabilidad del tubo.

Durante:

- Colaborar con las posiciones del RN para la instilación del surfactante según las especificaciones de la casa productora.

- Mantener al RN 30 segundos en cada posición después de administrada la dosis
- Reconectar el RN al ventilador inmediatamente después de recibir la dosis.
- Si la PO₂ transcutánea o la saturación de O₂ disminuyen o si el RN presenta bradicardia deberá pararse la administración hasta que se recupere.

Después:

- Valorar color de la piel, expansión pulmonar, saturación de O₂, TcO₂ porque el surfactante produce cambios en la maduración pulmonar que pueden indicar la necesidad de destete del ventilador.

EVALUACION NOC:

- Respiración regular y sin esfuerzo.
- Frecuencia respiratoria dentro de límites normales.
- Gases en sangre arterial y equilibrio ácido básico normales.
- Oxigenación tisular adecuada.

DOMINIO 7 ROL DE RELACIONES

PROCESO ATENCION DE ENFERMERIA EN EL ROL DE RELACIONES DEL NEONATO HOSPITALIZADO

ANALISIS DEL DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA

Tensión en el desempeño del rol del cuidador en relación con pérdidas o cargas múltiples asociadas a las responsabilidades de la prestación de cuidados.

PLANIFICACION DEL OBJETIVO:

Establecer un espacio de reflexión sobre la situación actual del neonato.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA NIC:

- Crear un espacio donde los integrantes del equipo asistencial de la UCIN, puedan expresar y reflexionar sobre sus sentimientos, -analizar lo actuado,- compartir responsabilidades.
- En el plano personal es fundamental el reconocimiento precoz de síntomas emocionales como depresión, desaliento y desesperanza, frustración y desencanto, resentimiento y hostilidad, sensación de aislamiento y culpa.
- Solo así podrá el equipo evitar el deterioro que produce el contacto frecuente con la muerte, conservando su capacidad de ser útiles a estas familias.

EVALUACION NOC:

El equipo de salud de la UCIN manifiesta sus sentimientos y maneja en forma positiva sus comportamientos y actitudes.

DOMINIO 7 ROL DE RELACIONES

PROCESO ATENCION DE ENFERMERIA EN EL ROL DE RELACIONES DEL NEONATO

ANALISIS DEL DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA

Alteración de los procesos familiares, relacionados con crisis situacional, falta de conocimiento ante el nacimiento de un neonato prematuro y/o enfermo e intercepción del proceso de vinculación afectiva.

PLANIFICACION DEL OBJETIVO Nº 1

Mantener a los padres informados del estado y progreso del neonato.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA NIC:

- Dar prioridad a la información para ayudar a los padres a comprender los aspectos más importantes de la atención y los signos de mejora o de deterioro de la situación del neonato.
- La estrategia más disponible para la adaptación a un acontecimiento amenazante es el conocimiento.
- Ayudar a los padres a saber cómo preguntar por el estado de su hijo.
- Responder a las preguntas y facilitar las manifestaciones de las preocupaciones relativas a la atención y el pronóstico.
- Animar a la madre y al padre a visitar o acudir a la Unidad con frecuencia.

- El contacto prenatal inmediato de la madre o padre con su hijo y el subsecuente cuidado maternal/paternal facilita el fortalecimiento de vínculo afectivo.
- La imagen del recién nacido en un respirador con múltiples vías intravenosas si bien es perturbador ayuda a preparar a la familia, que tiene un marco conceptual para evaluar el ambiente y maneja la presencia de su hijo.
- Ser honesto, responder a las preguntas formuladas con respuestas correctas.

EVALUACION NOC:

Los padres expresan sus sentimientos y preocupaciones relativas al neonato y su pronóstico, además demuestran entender la información recibida.

PLANIFICACION DEL OBJETIVO Nº 2

Facilita el proceso de vinculación afectiva paterno filial.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA NIC:

- **Iniciar las visitas de los padres lo antes posible.**
Animar a los padres a:
 - Visitar a su hijo con frecuencia
 - Los padres que en forma temprana están en contacto con su bebe tienen más fácilmente comportamientos maternos.
 - Tocar, mimar y acariciar al bebe.
 - Participar en forma activa en los cuidados del lactante.

- Las madres primigestantes que participaron en el cuidado de su neonato presentaron rápidamente comportamiento maternal que las primíparas que solo se limitaron a observarlos.
- Reforzar el comportamiento paterno al incluirlo en el cuidado del bebe, realizando las capacidades de éste.
- Estar atento a los signos de tensión y estrés de los padres.
- Posibilitarles que permanezcan algún tiempo a solas con su hijo.
- Ayudarles a interpretar las respuestas del bebe, comentarles lo positivo.

EVALUACION NOC:

Los padres visitan el niño para después del parto y a intervalos frecuentes. Se relacionan positivamente en su hijo. (Por ejemplo, le llaman por su nombre, le miman y le tocan)

PLANIFICACION DEL OBJETIVO Nº 3

Preparar el alta del neonato

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA NIC:

- Valorar la preparación de la familia (especialmente de la madre o del cuidador principal para atender al recién nacido).
- Conocimiento sobre todos y cada uno de los problemas que tuvieron con su hijo durante las hospitalizaciones.
- Establecimiento de una adecuada relación con el niño que le permita comprender su conducta y responder a sus necesidades.

- Conocimiento adecuado de las nociones básicas de puericultura: alimentación, vestido, higiene, termorregulación, etc., así como el ambiente que necesita el niño para tener en salud, higiene del mismo, temperatura adecuada, higiene de utensilios y enseres del niño, lavado de manos, etc.
- Deberán estar en condiciones de reconocer los signos de alarma: hipotermia, hipertermia, cianosis, palidez, diarrea, vómito, rechazo de alimentos, etc.
- Estimular la lactancia materna.
- Reforzar la atención del seguimiento.
- Alentar a los padres para que carguen él bebe el mayor tiempo posible.
- Estas instrucciones mejoran la sensibilidad materna y el conocimiento sobre el desarrollo del niño.
- Animar a la familia y facilitar la participación de algún grupo de padres, como apoyo.
- Algunos beneficios de esta intervención son además de promover el vínculo afectivo, son disminuir el riesgo de retraso mental, fallas escolares y un comportamiento socioemocional sin disturbios.

EVALUACION NOC:

- La familia demuestra su capacidad para atender el niño.
- Los miembros de la familia establecen cómo y cuándo estarán en contacto con los servicios disponibles.
- La familia reconoce la importancia de la atención de seguimiento.

DOMINIO 11 SEGURIDAD Y PROTECCION
PROCESO DE ENFERMERIA EN LA TERMOREGULACION
DEL NEONATO

DATOS OBJETIVOS

- **Se puede encontrar**
- Prematuridad
- Sepsis e infecciones
- Asfixia e hipoxia
- Trauma que comprometa el sistema nervioso central
- Desequilibrio hidroelectrolítico
- Alta y baja temperatura ambiental
- Trauma durante el parto
- Uso de drogas psicoactivas por parte de la madre
- Insuficiencia cardiaca, insuficiencia respiratoria
- Condiciones neurológicas como meningitis o hemorragia cerebral
- Inadecuado secado y abrigo del neonato después del nacimiento
- Fototerapia
- Requerimientos nutricionales insuficientes.

ANALISIS DEL DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA

Termorregulación ineficaz en relación con capacidad limitada para producir calor, capacidad limitada para tiritar y metabolismo basal aumentado secundario a inmadurez.

PLANIFICACION DEL OBJETIVO Nº 1

Identificar en el neonato los riesgos potenciales o actuales de una temperatura inestable.

Proporcionar un ambiente térmico neutro.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA NIC:

En hipotermia: definida como una temperatura corporal menor de 36,3°C (97°F). Las intervenciones de enfermería son necesarias para reducir la hipotermia y la acidemia que se presenta sobre todo en los de muy bajo peso.

Preparar equipo para admisión:

- Fuente de calor radiante o incubadora con la temperatura necesaria según el peso y la edad del recién nacido.
- Servo controles colocados y funcionando correctamente.
- Límites de alarma colocados
- En el parto, secar y cubrir con una sábana precalentada al recién nacido y colocarlo en una superficie caliente con fuente de calor.
- Trasladar al recién nacido a la UCIN en una incubadora de transporte,
- Cubrir la balanza con una compresa antes de pesarlo.
- Colocar el sensor de la piel para usar el servo control.
- Colocarlo sobre superficies blandas para lograr un buen contacto.
- El recién nacido no debe apoyarse sobre el servo control ya que esto daría una lectura falsamente alta de la temperatura.
- De acuerdo con la tabla Ambiente Térmico Neutro podemos decir que el recién nacido crítico o el prematuro, debe estar en ambiente térmico neutro

por medio de incubadoras con servo control que mantengan la temperatura de la piel a 36,5°C.

- Los niños de muy bajo peso pueden aumentar las pérdidas insensibles de agua, si se dejan mucho tiempo bajo estos artefactos.
- Para recién nacidos de muy bajo peso que estén en incubadora abierta, se puede recubrir la parte interna de la incubadora con una lámina de aluminio,
- Cubrir con algodón al recién nacido disminuye la pérdida de calor.
- Evitar sacar al recién nacido del ambiente térmico neutro por largos períodos de tiempo.
- Si el R.N. está en ventilación mecánica, usar la temperatura del aire inspirado alrededor de 32°C - 34°C, igualmente si se está usando cámara de Hood.
- Observar los signos de hipotermia: Irritabilidad, llanto, letargo, alimentación deficiente, apnea, hipoglicemia, aumento de la acrocianosis, piel marmórea, aumento de la frecuencia respiratoria.
- No bañar al recién nacido hasta que su temperatura y su estado dinámico sean estables.
- Dejar el menor tiempo posible al neonato con pañales o sábanas mojadas.
- En general un recién nacido con peso menor de 1500 gr. es difícil que pueda regular su temperatura.
- Los humidificadores para incubadoras proveen humedad suplemental controlada, la cual reduce la pérdida de calor evaporativa del RN.
- Los beneficios de la disminución de pérdidas evaporativas de calor son más evidentes en los neonatos de bajo peso al nacer.
- Los neonatos hipertérmicos son más susceptibles en forma significativa de presentar acidemia especialmente en los de muy bajo peso.
- Para un recién nacido en hipotermia severa se debe colocar el servo control (en incubadora abierta) en 36,5°C.
- Si se coloca en incubadora cerrada, poner la temperatura de la misma en 1,5°C más que la temperatura corporal del paciente. Cuando el niño aumente

su temperatura, aumentar la de la incubadora para mantenerla siempre en 1,5°C por encima de la del bebé. Cuando este alcanza los 37°C colocarlo en ambiente térmico neutro.

- Usar mangas plásticas en las ventanas de la incubadora para recién nacido con inestabilidad térmica y peso inferior a 1200 gr.
- No sacar al neonato del ambiente térmico neutral hasta que pese 1700 gr.
- Evitar colocar la cuna o incubadora del recién nacido cerca de ventanas.
- Evitar el uso de incubadoras de una sola pared pues estas aumentan las pérdidas de calor por radiación y el consumo de oxígeno.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA NIC:

Hipertermia:

Ocurre cuando la temperatura central es mayor a 37,5°C. Factores precipitantes:

- Excesiva temperatura ambiental,
- Deshidratación,
- Infecciones,
- Fototerapia,
- Daño del sistema nervioso central por trauma o drogas,
- Revisar el adecuado funcionamiento del método para el control térmico
- Desnudar al neonato
- Ventilar manualmente al paciente, semejando un abanico
- Disminuir gradualmente la temperatura.
- Evitar la hipotermia monitorizando la temperatura del paciente cada 30 min. Hasta llevarle a la temperatura neutral.

Peligros con el uso de métodos de control térmico

Hipertermia: Si el servo control se desconecta o hace un mal contacto con la piel, no le da información al sistema para que disminuya automáticamente la radiación de calor. Es un aparato mecánico y como tal puede dañarse.

Infecciones no detectadas: El servo control puede enmascarar los signos de hipo o hipertermia que acompañan la infección. Se debe monitorizar la temperatura central y ambiental con frecuencia y estar atento a los signos clínicos de sepsis.

Deshidratación: Las lámparas de calor radiante aumentan las pérdidas insensibles. Monitorice adecuadamente el peso y esté pendiente para hacer el reemplazo hídrico adecuado.

Quemaduras: Especialmente por las lámparas de calor radiante, o por dispositivos de calentamiento en las incubadoras desgastadas e indebidamente protegidas..

Muerte: Por una inadecuada sensación de seguridad en los dispositivos electrónicos ocasionando una indebida monitorización clínica del paciente.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA NIC:

Cuidado canguro. Es una intervención de enfermería importante en el cuidado del neonato pre términos. Implica promover el lazo afectivo entre los padres y el neonato pre termino fisiológicamente estable, preparando a los padres y facilitando el ambiente para el contacto piel a piel.

Para realizar esta intervención es necesario que los neonatos pre términos estén entre 750 y 1500 gramos como mínimo, una edad pos gestacional de 26 a 37 semanas, una APGAR a los 5 minutos del nacimiento de 6 o más, una temperatura corporal y signos estables en las últimas 48 horas.

Intervención durante el método canguro.

- Discutir con los padres la reacción que experimentan por el nacimiento de su hijo prematuro.
- Determinar las imágenes que los padres tienen del neonato prematuro.
- Determinar y evaluar el nivel de confianza de los padres en el cuidado del niño.
- Alentar a los padres a iniciar el cuidado del niño.

- Exponer el cuidado canguro y su beneficio para los padres y el hijo.
- Determinar si el conocimiento de los padres sobre el estado fisiológico del infante es una guía para la participación en el cuidado canguro.
- Preparar un ambiente tranquilo y privado.
- Proporcionar a los padres una mecedora o silla reclinable.
- Los padres deben tener un vestido cómodo que permita abrirse por delante.
- Colocar al infante dentro de su pañal, en posición vertical en relación al pecho del padre.
- Los padres deben colocar una manta sobre su ropa alrededor del neonato con el fin de mantener la posición del infante y la temperatura del bebé.
- Estimular en los padres la identificación del comportamiento del neonato
- Instruir a los padres para que disminuyan la actividad, cuando se presenten signos de sobre estimulación, estrés o excitación
- Alentar a los padres para que permitan que el infante duerma durante el cuidado canguro.
- Fomentar en los padres la alimentación del seno durante el cuidado canguro.
- Fomentar en los padres el facilitar el cuidado canguro de 20 minutos o 3 horas como tiempo de constancia básica.
- Evaluar el estado fisiológico del neonato control de signos vitales.

EVALUACION NOC:

La temperatura axilar del niño permanece dentro de los límites normales (36,5°C-37,2°C)

DOMINIO 11 SEGURIDAD Y PROTECCION
PROCESO ATENCION DE ENFERMERIA EN NEONATOS CON
DEFENSAS INMUNOLOGICAS DEFICIENTES

DATOS OBJETIVOS

Identificar factores de riesgo pre disponentes:

Maternos: Desnutrición, Abortos recurrentes, Abuso de sustancias psicoactivas.

Intraparto: Prolongada ruptura de membranas, Fiebre materna, Corioamnionitis, Prolongado trabajo de parto, Parto prematuro, Infección urinaria.

Neonatales: Prematuridad, pequeño para la edad gestacional o grande para edad gestacional, bajo Apgar, problema quirúrgico en el R.N, epidemias en la UCI con Escherichia Coli o estreptococos, procedimientos invasivos o resucitación.

ANALISIS DEL DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA

Alto riesgo de infección relacionado con defensas inmunológicas deficientes

PLANIFICACION DEL OBJETIVO Nº 1

Reconocer tempranamente el riesgo de un R.N. de adquirir una infección.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA NIC:

Problemas con la termorregulación: Inestabilidad en la T⁰ (usualmente hipotermia)

Anormalidades respiratorias: Apnea, retracciones, quejido espiratorio, cianosis, taquipnea

Piel: Ictericia, rash, pústulas, palidez, petequias

Signos gastrointestinales: Pobre alimentación y succión, distensión abdominal, diarrea, incremento de los residuos.

Manifestaciones neurológicas: Letargia o irritabilidad, hipotonía o hipertonía

Manifestaciones cardiovasculares: Taquicardia, arritmias, hipotensión o hipertensión, disminución de la perfusión periférica.

EVALUACION NOC:

La infección es reconocida y reportada apropiadamente.

PLANIFICACION DEL OBJETIVO Nº 2

Proteger al neonato de infecciones

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA NIC:

- Aislamiento de los neonatos (en una incubadora) o mantener fuera de la UCIN hasta que los cultivos de sangre, piel y orina sean negativos.
- Excluir de la UCIN o dejar en aislamiento, los infantes cuyas madres tienen alguna infección o enfermedad transmisible.
- Mantener estériles todos los equipos que entren en contacto con membranas.
- Uso meticuloso de la técnica estéril en todos los procedimientos.
- **Uso de la técnica de lavado de manos:**

- Antes de entrar a la UCIN , lavado de manos hasta los codos por 2 minutos, usando un antiséptico clorhexidina, repetir el lavado por 15 segundos antes de atender otros RN.
- Todo el personal que se ponga en contacto con el RN debe reutilizar el lavado de manos.
- El uso de batas de manga corta es opcional en la UCIN, a excepción cuando existen pacientes con drenaje contaminantes o a quienes se necesita hacer un procedimiento invasivo quirúrgico.
- Instruir a los padres visitantes en lo siguiente
- Lavar las manos apropiadamente y colocarse bata.
- Tocar solamente su propio recién nacido
- No tocar los equipos de otros RN ni trasladarlos de una cuna a otra.
- Antes de entrar en la unidad, se debe poner ropa limpia que se cambiará cada vez que se contamine.

EVALUACION NOC:

El neonato no presenta signos de infección

DOMINIO 11 SEGURIDAD Y PROTECCION
PROCESO ATENCION DE ENFERMERIA EN LA ACTIVIDAD Y
DESCANSO DEL NEONATO

ANALISIS DEL DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA

Alto riesgo de alteración de la integridad cutánea, relacionada con la estructura inmadura de la piel y la inmovilidad

PLANIFICACION DEL OBJETIVO Nº 1

Mantener la integridad cutánea

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA NIC:

- **Cuidados cutáneos generales.**
- Un baño inicial con jabón suave se puede dar una vez la temperatura del R.N. se haya estabilizado.
- Por las consideraciones con el HIV todos los recién nacidos deberán recibir tan pronto como sea posible un baño con jabón suave, neutro.
- Durante la 1ª semana de vida el baño se debe hacer con agua tibia y sin jabón.
- Para el RN de 800 gr. o menos se debe usar agua estéril tibia en todos los baños y el jabón suave se puede usar dos veces por semana.
- Evitar el uso de cremas y emolientes ya que estas cambian el PH de la piel y se absorben fácilmente en la piel del RN prematuro.
- Si un emoliente es necesario, se debe usar uno que humecte la piel y permita la evaporación de la humedad de la piel a través de la crema.

- **Preparación de la piel**
- Usar solución povidona yodada para la preparación de procedimientos invasivos.
- Retirar la solución sobrante con agua estéril. Retirando la solución yodada se minimiza la absorción de la solución y el riesgo de una reacción adversa.

PLANIFICACION DEL OBJETIVO N° 2

Prevenir daños en la piel

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA NIC:

- **Desmantelamiento epidérmico.**
- Utilizar el esparadrapo o adhesivo lo menos posible.
- Utilizar apósitos de película elástica transparente para asegurar y proteger los puntos de inserción de las líneas centrales y la arterial periférica, así como sobre lesiones dérmicas abiertas.
- Alternar la colocación de los electrodos y evitar los adhesivos estándar gelificados.
- Retirar los adhesivos con una gasa empapada en agua tibia o una pequeña cantidad de jabón suave.
- **Prevención de necrosis por presión.**
- **Prevención de las infiltraciones IV**
- Evitar las lámparas calefactoras, porque aumentan la posibilidad de quemaduras.
- Cuando se usen almohadillas para calentar se debe cambiar la posición del lactante c/15 minutos al principio y luego cada 1 o 2 horas.
- Usar oximetría de pulso en lugar de monitorización transcutánea siempre que sea posible.

- Si se utiliza monitor transcutanea cambiarlo de sitio c/ 3 horas o más en los RN de muy bajo peso.
- Evitar el uso de esparadrapos o dispositivos constrictivos que puedan interferir con la circulación; por la inmadurez de la piel del prematuro.
- Cambiar al RN de posición c/2 horas.
- **Se pueden tratar las excoriaciones de la siguiente forma:**
- La limpieza se puede hacer con agua estéril.
- Después de limpiar las áreas se recomienda exponerlas al aire.
- Si se autoriza el uso de un ungüento, el uso de o bacitracina es preferible.
- Usar un protector transparente sirve como una segunda piel ya que es impermeable al agua y a las bacterias y permite fluir libremente la humedad.
- Determinar la causa del rash del pañal., ya sea bacterial o monilial para aplicar el medicamento opcional.
- El tratamiento incluye exposición del área a la luz y al aire.
- Una vez observada la cicatrización proteger con un ungüento a base de óxido de zinc para evitar más daños en la piel.
- Confinar el uso al área mínima posible
- Siempre que sea posible y apropiado, lavarlo con agua
- Vigilar con atención cualquier signo de toxicidad o efecto sistémico en el neonato.

EVALUACION NOC:

La piel se mantiene limpia e intacta, sin evidencia de irritación o lesión.

DOMINIO 12 CONFORT
PROCESO ATENCION DE ENFERMERIA EN LA ATENCION
DEL DOLOR EN EL NEONATO

DATOS OBJETIVOS

Identificar los métodos de valoración del dolor en el recién nacido.

- Valorar el dolor en el neonato es un reto.
- La valoración del dolor en el RN puede realizarse con la recolección de la información en 3 categorías de respuestas: comportamiento, fisiológico (autonómico) y metabólico.

ANALISIS DEL DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA

Alteración del bienestar: dolor y ansiedad generada por las intervenciones médicas y de enfermería

PLANIFICACION DEL OBJETIVO Nº 1

Valorar el grado de dolor del neonato

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA NIC:

- **Respuestas del comportamiento**
- **Vocalización (llanto)**, expresión facial y movimientos motores gruesos. El llanto por dolor en el RN ha sido presentado aspecto fotográficamente diferenciando la frecuencia y el grado de elevación por el llanto debido a otros estímulos.

- En la ausencia de llanto el RN presenta una “fascie de llanto” que es característica del dolor. La expresión facial en respuesta a la función del talón se ha mostrado en forma diferente a la respuesta por otro estímulo táctil tal como la fricción del talón. El RN sano presenta movimientos vigorosos ante un estímulo doloroso; pero el RN críticamente enfermo o prematuro pueden llegar a presentar respuestas débiles y de flacidez a estímulos nocivos.
- **Ausencia o sobre respuesta.** El RN quien está despierto e inactivo pero atento muestra una respuesta comportamental fuerte al estímulo.
- La ausencia o sobre respuesta al estímulo doloroso no necesariamente indica falta de percepción del dolor.
- Las respuestas al estímulo doloroso pueden ser demoradas o acumulativas.
- En los RN muy inmaduros o muy estresados pueden no tener respuesta a todos los estímulos nocivos.
- **Diferenciación del dolor a la agitación.** Agitación es un término comúnmente usado para describir el exceso de movimientos motores gruesos y el llanto.
- Excesivos movimientos motores grueso y el llanto ocurre frecuentemente en los RN de la UCIN con insuficiencia respiratoria.
- **Respuestas fisiológicas y anatómicas.**
- La monitorización fisiológica es también usada en la valoración del dolor del RN, la FC, la FR y la presión arterial pueden variar como la respuesta al dolor.
- El sudor palmar puede ser usado como una medida fisiológica de respuesta al dolor en el RN.
- **Respuestas metabólicas.**
- El RN libera catecolaminas, endorfinas y otros químicos con efectos neuroendocrinos en respuesta al dolor.

- Que comportamiento está presentando el RN que pueda ser real o potencial de daño?
- Existe interferencia con la adecuada ventilación, circulación, nutrición, ciclo de sueño - despertar o desarrollo social?
- Esta el RN comprometido fisiológicamente?
- Puede identificarse algún factor precipitante?
- Es la ventilación y oxigenación óptima?
- El sistema de liberación de O2 funciona adecuadamente.
- Esta sincronizado con el ventilador?
- Ha tenido procedimientos dolorosos recientemente?
- Podrían los procedimientos dolorosos ser ejecutados frecuentemente?
- El RN tiene una condición dolorosa?

PLANIFICACION DEL OBJETIVO Nº 2

Describir las técnicas no farmacológicas y farmacológicas de manejo del dolor.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA NIC:

- **Manejo del dolor neonatal:**
- Las metas del manejo del dolor en el recién nacido son: Minimizar la intensidad, duración y los costos fisiológicos de la experiencia de dolor y Maximizar la capacidad del RN de enfrentarse y recuperarse de la experiencia del dolor.
- **Manejo no farmacológico.**
- La intensidad y duración del dolor puede algunas veces ser minimizado por la rápida, eficiente y la experta ejecución de los procedimientos invasivos.
- Realizar la punción del talón con una presión fuerte y rápida disminuye la duración y los cambios producidos por el dolor en el neonato.
- Las intervenciones tales como cambio de pañal, la ayuda del contacto boca mano o la succión no nutritiva ayuda a cubrir al RN de los estímulos nocivos.

- **Protocolo de mínima manipulación**
- Proteger de la luz. Los ojos del RN con un protector sobre la incubadora o con una caja que cubra la cabeza
Proteger del ruido. No hablar sobre el RN. Acostumbrarse a hablar lo másbajo posible. No tener teléfonos de timbre en el servicio. Cerrar las puertas de la incubadora suavemente. No colocar teteros u otros objetos fuertes sobre las incubadoras. Movilizar todas las fuentes ruidosas tales como recipientes con tapa que hagan ruido al cerrarse.
- Proteger de sobre estimulación. Agrupar las actividades de enfermería. Permitir 2- 3 horas de descanso sin perturbar. No aspirar rutinariamente o realizar drenaje postural (según necesidad únicamente). Inmovilizar los miembros durante la aspiración u otro procedimiento. Proporcionar límites físicos mediante cojines. Posición prona o de lado. Cubrir y abrigar.
- La glucosa en dosis de 0.24 gr (2 ml de solución glucosada al 12%) a 0.50 gr. (2 ml de solución glucosada al 25%) dada por jeringa o succionador aproximadamente dos minutos antes del estímulo doloroso es más eficaz en disminuir el llanto.
- En general la enfermera, deberá iniciar la intervención no farmacológica antes de pasar a los agentes farmacológicos. Tiene medidas de bienestar bien implementadas?
- Esta la temperatura del RN estable?
- Tiene el pañal mojado o la ropa de cama bien tendida
- Tiene distensión abdominal bien aliviada?
- Tiene el RN reposición de líquidos?
- Tiene el RN ofrecimiento de succión no nutritiva?
- Tiene el protocolo de mínimo manipulación bien implementado?

- **Manejo farmacológico:**
- Los agentes farmacológicos son a veces requeridos para aliviar el dolor causado por procedimientos invasivos. La impredecible respuesta dosis-droga algunas veces hace que el profesional de salud evite ordenar o administrar analgésicos, particularmente opiáceos en neonatos.
- Estos agentes farmacológicos deben ser administrados con cuidado y en sitios que estén equipados con monitores de parámetros fisiológicos del RN.
- El RN y el pre término en general metabolizan los agentes farmacológicos más lentamente y toman más tiempo en eliminar la droga de su sistema.
- Una variedad de analgésicos son eficaces aunque el manejo sistémico con drogas opiáceas para el manejo clínico del dolor moderado a severo es recomendado en RN. Los no opiáceos tal como el Acetaminofén pueden ser usados para el dolor suave.
- Los tres analgésicos usados más frecuentemente en neonatos son los siguientes:

**DROGAS, VIAS DE ADMINISTRACION Y DOSIS RECOMENDADAS
PARA NEONATOS**

DROGA	VIA	DOSIS (mg/kg)	FRECUENCIA
Morfina	IM, IV, Subc. VO, Rectal	0.05 - 01	c/1-2 h IV c/2-4 h IM/SC
Fentanyl	IM, IV	0.001-0,005	c/1-2 h
Acetaminofén	V.O., Rectal	10-15 V.O. 20-25 Rectal	c/4-6 horas

IM: Intramuscular **IV:** Intravenosa **Sc.** Subcutanea **VO:** Vía oral **R:** Rectal

- La enfermera en el cuidado crítico está obligada éticamente a hacer visible el dolor de los niños que no hablan visible para el equipo de salud mediante una clara documentación de los signos y síntomas de dolor del niño y asegurando que el manejo del dolor sea rutinariamente discutido durante las rondas de pacientes.
- La enfermera debe desarrollar planes individualizados para prevenir o minimizar el dolor en estos RN. Algunas estrategias son:
- Extraer una buena muestra sanguínea para minimizar el número de venopunción por día
- Uso de monitores no invasivos en lo posible
- Establecer acceso venoso central para minimizar punciones de venas y arterias.
- Usar mínima cantidad de esparadrapos y retirar el esparadrapo suavemente.
- Asegurar apropiada medicación antes de los procedimientos invasivos.

EVALUACION NOC:

Se presentará disminución de las reacciones de dolor del neonato.

DOMINIO 13 CRECIMIENTO Y DESARROLLO
PROCESO ATENCION DE ENFERMERIA EN EL CRECIMIENTO Y
DESARROLLO DEL NEONATO

DATOS OBJETIVOS

Se puede encontrar

- Neonato hipoactivo
- No responde a estímulos
- La piel muy delgada
- palidez

ANALISIS DEL DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA

Alteración del crecimiento y desarrollo, relacionados con el nacimiento prematuro, el ambiente no natural de la UCIN y la separación de los padres

PLANIFICACION DEL OBJETIVO Nº 1

Facilitar el crecimiento y desarrollo.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA NIC:

- Proporcionar una nutrición óptima.
- **Proporcionar la estimulación del desarrollo adecuado.**
- Muchos de los estímulos del medioambiente de la UCIN son inapropiados para el óptimo desarrollo sensorial.
- Cambiar el medio ambiente, el tratamiento y los eventos de los cuidadores que causan estrés y que interfieren con la homeostasis fisiológica.
- Promover el entendimiento parental del comportamiento del RN y dar el rol de padres con su hijo aún muy temprano estado del desarrollo.

- Reducción de la luz. Tenue alumbrado de la UCIN
- Cubrir la incubadora sirve como filtro de la luz y del ruido. Cubrir los ojos en aquellos procedimientos que requieren luz intensa.
- Reducción del ruido : Medio ambiente silencioso en la UCIN
- Estimulación táctil: ayudar en la posición y el apoyo de fronteras en nido y lanillas para promover la flexión, contención, anidación piel a piel (cuidado canguro), meciendo y con cama de agua.
- Autorregulación: Uso del ciclo día - noche, promover el comportamiento auto regulador tal como la succión, cuidado agrupado para minimizar la interrupción del sueño.
- Reducción de olores nocivos: Evitar el uso de químicos fuertes tales como limpiadores, removedor de adhesivos, antisépticos, etc. cerca al RN.
- Estimulación gustativa: Evitar procedimientos nocivos cerca a la boca antes de la alimentación, promover la succión no nutritiva, evaluar la capacidad de succionar y deglutir antes de ofrecer la vía oral.
- En la implementación del cuidado para el desarrollo individualizado del RN, pre término en la UCIN se ha incluido también la evaluación económica observándose una disminución en los costos.

EVALUACION NOC:

El RN muestra un aumento regular de peso

Responde a los estímulos apropiados

Conseguirá un potencial de crecimiento y desarrollo normal.

XXVI. 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.

ANEXOS

XXVII. ANEXOS

ANEXO N° 1

DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA EN NEONATOLOGIA

DIAGNOSTICO	NIC	NOC
Conducta desorganizada del lactante	Alimentación por biberón Asesoramiento en la lactancia materna Cuidado mama canguro Estimulación temprana	Integración extrauterina de la función fisiológica y conductual del recién nacido prematuro
Lactancia materna ineficaz r/c incapacidad o inconveniencia	Fomentar la lactancia materna Enseñanza individual sobre la nutrición del bebe	Grado de comprensión transmitida sobre la lactancia y la alimentación del neonato
Ictericia neonatal	Protección ocular Protección de genitales Fototerapia Control de I/E DH Monitorización del recién nacido	Respuesta adaptativa al entorno extrauterino de un recién nacido fisiológicamente maduro
Limpieza ineficaz de las vías aéreas r/c incapacidad de eliminar secreciones en el tracto respiratorio	Aspiración de vías aéreas Cambios de posición Fisioterapia respiratoria Intubación y estabilización Manejo de anafilaxia, alergia y asma	Vías traqueobronquiales abiertas, despejadas y limpias para el intercambio de aire

- Alteración en el intercambio gaseoso r/c menor producción de surfactante.
- Patrón respiratorio ineficaz r/c prematuridad.
- Patrón nutricional alterado r/c reflejo de succión y deglución disminuido.
- Riesgo potencial de déficit de volumen de líquidos r/c aumento en las pérdidas insensibles.
- Riesgo de alteración de la temperatura corporal r/c prematuridad.
- Riesgo de lesión de los tejidos r/c procedimientos invasivos.
- Riesgo de infección r/c defensas inmunológicas disminuidas y los procedimientos invasivos.
- Alteración del gasto cardiaco r/c aumento del flujo sanguíneo pulmonar y disminución y contractilidad precarga e/p cianosis, disnea, taquipnea.
- Intolerancia a la actividad r/c disminución de la oxigenación de los tejidos e/p disnea, cianosis.
- Desequilibrio nutricional por defecto r/c incapacidad para metabolizar los nutrientes e/p déficit en el incremento de peso ideal.
- Ansiedad familiar r/c estado de gravedad del neonato y desconocimiento de los procedimientos.
- Alto riesgo de traumatismo r/c desamparo físico.
- Alteración de los procesos familiares r/c crisis matrimonial por el nacimiento del lactante y cambios en la unidad familiar.
- Duelo anticipado r/c el parto inesperado de un neonato de alto riesgo con pronóstico grave.
- Alteración de la micción dolor y molestias r/c la infección de vías urinarias.
- Alto riesgo de daño neuronal r/c la hipoxemia y la hipercapnia.

ANEXO N° 2

TEST DE APGAR

SIGNO	0	1	2
Frecuencia cardiaca	Ausente	Mayor a 100 lpm	Menor de 100 lpm
Esfuerzo respiratorio	Ausente	Irregular Lento	Llanto vigoroso
Tono muscular	flácido	Extremidades algo flexionadas	Movimientos activos
Respuesta a estímulos (paso de sonda)	Sin respuesta	Muecas	Llanto
coloración	Cianosis o palidez	Acrocianosis Tronco rosado	Rosáceo

ANEXO N° 3

TEST DE SILVERMAN

SIGNOS	2	1	0
Quejido Respiratorio	Audible sin Fonendo	Audible con el fonendo	Ausente
Respiración Nasal	Aleteo	Dilatación	Ausente
Retracción Costal	Marcada	Débil	Ausente
Retracción Estial	Hundimiento del Cuerpo	Hundimiento de La punta	Ausente
Concordancia Toracoabdominal	Discordancia	Hundimiento del tórax y el abdomen	Expansión de Ambos en la inspiración

ANEXO N° 4

TAMAÑO DE TUBO ENDOTRAQUEAL Y LONGITUD A INTRODUCIR EN RELACION AL PESO Y LA EDAD GESTACIONAL

PESO (G) DE GESTACIÓN	EDAD	TAMAÑO DEL TUBO MM	LONGITUD QUE SE DEBE INTRODUCIR (CM)
Menos de 1000 g	Menos de 28	2,5	6,5 a 7
1000 a 2000 g	28 a 34	3,0	7 a 8
2000 a 3000 g	34 a 38	3,5	8 a 9
Más de 3000 g	38	3,5 a 4,0	Más de 9

Peso en Kg + 6 (por boca), + 7 cm (por nariz).


INSTRUMENTO DE REGISTRO DE ENFERMERIA CUIDADOS MINIMOS (B)

<p>MAÑANA FECHA.....</p> <p>S:.....</p> <p>O:.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>A:.....</p> <p>.....</p> <p>P:.....</p> <p>.....</p> <p>E:.....</p> <p>.....</p> <p>E:.....</p> <p>.....</p> <p>TRATAMIENTO:.....</p> <p>VISITA MEDICA:.....</p> <p>FIRMA:.....</p>	<p>TARDE FECHA.....</p> <p>S:.....</p> <p>O:.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>A:.....</p> <p>.....</p> <p>P:.....</p> <p>.....</p> <p>E:.....</p> <p>.....</p> <p>E:.....</p> <p>.....</p> <p>TRATAMIENTO:.....</p> <p>VISITA MEDICA:.....</p> <p>FIRMA:.....</p>	<p>NOCHE () FECHA.....</p> <p>S:.....</p> <p>O:.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>A:.....</p> <p>.....</p> <p>P:.....</p> <p>.....</p> <p>E:.....</p> <p>.....</p> <p>E:.....</p> <p>.....</p> <p>TRATAMIENTO:.....</p> <p>VISITA MEDICA:.....</p> <p>FIRMA:.....</p>
<p>MAÑANA FECHA.....</p> <p>S:.....</p> <p>O:.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>A:.....</p> <p>.....</p> <p>P:.....</p> <p>.....</p> <p>E:.....</p> <p>.....</p> <p>E:.....</p> <p>.....</p> <p>TRATAMIENTO:.....</p> <p>VISITA MEDICA:.....</p> <p>FIRMA:.....</p>	<p>TARDE FECHA.....</p> <p>S:.....</p> <p>O:.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>A:.....</p> <p>.....</p> <p>P:.....</p> <p>.....</p> <p>E:.....</p> <p>.....</p> <p>E:.....</p> <p>.....</p> <p>TRATAMIENTO:.....</p> <p>VISITA MEDICA:.....</p> <p>FIRMA:.....</p>	<p>NOCHE () FECHA.....</p> <p>S:.....</p> <p>O:.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>A:.....</p> <p>.....</p> <p>P:.....</p> <p>.....</p> <p>E:.....</p> <p>.....</p> <p>E:.....</p> <p>.....</p> <p>TRATAMIENTO:.....</p> <p>VISITA MEDICA:.....</p> <p>FIRMA:.....</p>

ANEXO N° 6

INSTRUMENTO DE REGISTRO DE ENFERMERIA
CUIDADOS INTERMEDIOS (A)

SEGURO SOCIAL UNIVERSITARIO LA PAZ



HOJA DE CUIDADOS INTERMEDIOS DE NEONATOLOGIA

MATRICULA P/T/A. INGER.
INSTITUCION PERN. DEF.
NOMBRE PERN. TORAX.
 FECHA DE NAC. hrs. PUNTA. PERN. ABDOM.
 EPO. SEXO PERIODOS INSENSIBLES.
 FECHA DE INGRESO. FECHA DE EGRESO. DIAS DE ESTADIA.

DIAGNOSTICO DE INGRESO. COLOCACION DE VA PERIFERICA.
 CAMBIO DE VA.
 CAMBIO DE SONDA.
 CAMBIO DE INCUUBADORA.

FECHA	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	TRATAMIENTO
FRECUENCIA CARDIACA																								
FRE. RESPIRATORIA																								
PRENSION ARTERIAL / P/AM																								
TEMP. CORPORAL																								
SATURACION																								
HAJUDO																								
SUPERMAN																								
FOZ - O2																								
PERIMETRO ABDOMINAL																								
TEMP. RECTAL DE INGU.																								
FOTOMETRIA																								
I N G R E S O S																								
ALIMENTACION / SUG																								
SUCCION																								
SOLUCIONES																								
TRANSFUSION																								
OTROS																								
MEDICACION																								
E G R E S O S																								
RESIDUO GASTRICO																								
EGRESOS																								
CAJAZOS																								
OTROS																								
INGRESOS																								
EGRESOS																								
PERO. INSERIBLES																								
BALANCE PERIOD																								
EGRESOS VIGENCIA																								
EGRESOS DE ENFERMERIA																								

EVALUACION

INSTRUMENTO DE REGISTRO DE ENFERMERIA CUIDADOS INTERMEDIOS (B)

TURNO MAÑANA FECHA.....	TURNOTARDE FECHA ,.....	TURNO NOCHE () FECHA.....
<p>S.....</p> <p>O.....</p> <p>A.....</p> <p>P.....</p> <p>L.....</p> <p>E.....</p> <p style="text-align: right;">VISITA MEDICA.....</p> <p style="text-align: right;">FIRMA.....</p>	<p>S.....</p> <p>O.....</p> <p>A.....</p> <p>P.....</p> <p>L.....</p> <p>E.....</p> <p style="text-align: right;">VISITA MEDICA.....</p> <p style="text-align: right;">FIRMA.....</p>	<p>S.....</p> <p>O.....</p> <p>A.....</p> <p>P.....</p> <p>L.....</p> <p>E.....</p> <p style="text-align: right;">VISITA MEDICA.....</p> <p style="text-align: right;">FIRMA.....</p>

ANEXO N° 7

INSTRUMENTO DE REGISTRO DE ENFERMERIA CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES (A)

HOJA DE ENFERMERIA EN CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES

NOMBRE: PESO: PA: PC: PT: PDA: DIAGNOSTICO: CATETER: PERDIDAS:
 INSENSIBLES:
 MATRICULA: PESO ACTUAL: SONDA:
 FECHA DE INGRESO: FECHA DE NACIMIENTO: SEXO: APGAR1: SILVERMAN: DK. DE
 EGRESO: INCUBADOR: SERVO:

TURNO	MAÑANA							TARDE							NOCHE							ACTIVIDADES DE ENFERMERIA																																																			
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	ITEM	M	T	N																															
HORARIOS																																ESTADO GENERAL																																									
PA.																																PIEL																																									
F.C.																																color de piel																																									
F.R.																																hidratación																																									
T° de piel																																higiene																																									
Saturación																																NUTRICION																																									
Silverman																																absorben																																									
P. Alcentrifug																																Restos																																									
FLC2																																N.P.O																																									
Medio ventilatorio																																Succión																																									
PEP/PPM																																Eliminación																																									
F.R. ventilador																																Vacaci																																									
T. Inscorbio																																Intestinal																																									
T° incubadora/SC																																ACTIVIDAD																																									
H de incubadora/SC																																Activo																																									
																																Reactivo																																									
																																Hiperactivo																																									
																																RESPIRACION																																									
																																VENTILACION M.																																									
																																T.E.T N° fijación																																									
																																C/PAP																																									
																																C.C.																																									
																																HALO																																									
																																O2 AMBIENTAL																																									
																																PERIFERICO																																									
																																Llamado capilar																																									
																																LINEAS TRAVASIVAS																																									
																																Cablete periférico																																									
																																Cablete central																																									
																																SO2																																									

INGRESOS

EGRESOS

B A L A N C E

H I D R I C O

INGRESOS EGRESOS BALANCE
 H I D R I C O

Elaborado por Lic. Pamela Meneces Quisberth
 JUNIO AÑO 2017

INSTRUMENTO DE REGISTRO DE ENFERMERIA CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES (B)

PROCESO ATENCION DE ENFERMERIA

TURNO MAÑANA FECHA.....	TURNO TARDE FECHA.....	TURNO NOCHE () FECHA.....
<p>S.....</p> <p>O.....</p> <p>A.....</p> <p>P.....</p> <p>L.....</p> <p>E.....</p> <p>FIRMA.....</p>	<p>S.....</p> <p>O.....</p> <p>A.....</p> <p>P.....</p> <p>L.....</p> <p>E.....</p> <p>FIRMA.....</p>	<p>S.....</p> <p>O.....</p> <p>A.....</p> <p>P.....</p> <p>L.....</p> <p>E.....</p> <p>FIRMA.....</p>

Elaborado por Lic. Pamela Menezes Quisberth