

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



**HOJA DE REGISTRO DE LA UNIDAD DE TERAPIA
INTENSIVA POR ENFERMERÍA DE LA CAJA BANCARIA
ESTATAL DE SALUD, CIUDAD DE LA PAZ GESTIÓN
2018.**

**POSTULANTE: Lic. Julia Limachi Tambo
TUTOR: Lic. M.Sc. Justa Cruz Nina**

**Propuesta de Intervención presentada para optar al Título
de Especialista en Enfermería en Medicina Crítica y
Terapia Intensiva**

La Paz - Bolivia
2018

DEDICATORIA

Dedico este presente trabajo principalmente a Dios, por haberme dado la vida y permitirme el haber llegado hasta este momento tan importante de mi formación profesional. A mi madre, por ser el pilar más importante y demostrarme siempre su cariño y apoyo incondicional. A mi hermana por el apoyo que me brinda en todo momento.

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios por protegerme durante todo mi camino y darme fuerzas para superar obstáculos y dificultades a lo largo de toda mi vida.

Agradezco también la confianza y el apoyo brindado por parte de mi madre, a mi hermana por los consejos que me han ayudado a afrontar retos que se han presentado en lo largo de mi vida.

Agradezco a Lic. Justa Cruz Nina por sus valiosas aportaciones que hicieron posible este proyecto y por la gran calidad humana que han demostrado.

TITULO

**HOJA DE REGISTRO DE LA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA POR
ENFERMERÍA DE LA CAJA BANCARIA ESTATAL DE SALUD, CIUDAD DE LA
PAZ GESTIÓN 2018.**

RESUMEN

La hoja de registro de la Unidad de Terapia Intensiva por Enfermería constituye una parte fundamental de la asistencia en enfermería estando integrados en la Historia Clínica del paciente lo que con lleva unas repercusiones y responsabilidades de índole profesional y legal. El objetivo de mejorar el registro de la hoja de terapia Intensiva por Enfermería, el método utilizado es de tipo descriptivo de cohorte transversal, observacional y prospectivo durante el primer semestre de la gestión 2018. Se tomó como universo a 14 profesionales de enfermería que trabaja en Unidad de Terapia Intensiva de la Caja Bancaria Estatal de Salud. Los resultados reflejan 43% del personal de enfermería comprende 25 a 30 años, el 50% tiene una experiencia mayor o igual a 6 meses en UTI, 64% trabaja a contrato, 43% indica que es un instrumento legal, en la observación el personal no registra la planificación, objetivo, no registran NIC y NOC. En la hoja de observación el 14% de enfermeras no realiza el registro correspondiente en hoja de UTI.

Palabras claves: Unidad de Terapia Intensiva, Hoja de Registro, Enfermería.

SUMMARY

The record sheet of the Intensive Nursing Therapy Unit is an essential part of nursing care being integrated into the patient's medical history, which has repercussions and responsibilities of a professional and legal nature. The objective of improving the registration of the Intensive Therapy by Nursing, the method used is descriptive type of cross-sectional, observational and prospective cohort during the first semester of the 2018 management. It was taken as a universe to 14 nursing professionals working in Intensive Therapy Unit of the State Banking Health Fund. The results reflect 43% of the nursing staff includes 25 to 30 years, 50% have more than or equal experience to 6 months in ICU, 64% work to contract, 43% indicate that it is a legal instrument, in observation the staff does not record the planning, objective, do not record NIC and NOC. In the observation sheet, 14% of nurses do not perform the corresponding record in the ICU sheet.

Keywords: Intensive Therapy Unit, Registration Form, Nursing.

ÍNDICE DE CONTENIDO

	Página
I.- INTRODUCCION.....	1
II.- JUSTIFICACIÓN.....	2
III.- ANTECEDENTES.....	3
IV.- PLNTEAMIENTO DE PROBLEMA.....	7
4.1 Pregunta de Investigación.....	7
V.- OBJETIVOS.....	8
5.1 Objetivo General.....	8
5.2 Objetivos Específicos.....	8
VI.- MARCO TEORICO.....	9
6.1 Marco Conceptual.....	9
VII.- DISEÑO METODOLOGICO.....	43
7.1 Tipo de Estudio.....	43
7.2 Área de Estudio.....	43
7.3 Universo y Muestra.....	43
7.4 Criterios de Inclusión y Criterios de Exclusión.....	43
7.4.1 Criterios de Inclusión.....	43
7.4.2 Criterios de Exclusión.....	43
7.5 Variables.....	44
7.5.1 Variables dependientes.....	44
7.5.2 Variables independientes.....	44
7.5.3 Operacionalización de Variables.....	44

7.6 Métodos y Técnicas.....	47
7.7 Procesamiento y análisis.....	47
7.7.1 Plan de tabulación y análisis.....	47
VIII.-CONSIDERACIONES ETICAS.....	48
IX.- RESULTADOS.....	49
X.- CONCLUSIONES.....	63
XI.- RECOMENDACIONES.....	65
XII.-BIBLIOGRAFÍA.....	66

INDICE DE TABLAS

	PAGINA
Tabla N° 1 Edad actual del personal de Enfermería que trabaja en UTI.....	49
Tabla N°2 Experiencia laboral en U.T.I.....	50
Tabla N°3 Condición de trabajo de los participantes.....	51
Tabla N°4 Percepción de la enfermera sobre la hoja de registro de UTI.....	52
Tabla N°5 Conocimiento sobre la hoja de evaluación de Auditoria Médica del MSD (PRONACS).....	53
Tabla N°6 Hoja de Registro de Terapia acorde a las necesidades de UTI.....	54
Tabla N°7 La hoja de registro de terapia intensiva con datos completos.....	55
Tabla N°8 Método S.O.A.P.I.E en La Hoja de Registro de Terapia Intensiva.....	56
Tabla N°9 Actualización de la Hoja de Registro de UTI.....	57
Tabla N°10 Registro completos de los datos de la Hoja de UTI.....	58
Tabla N°11 Calidad de Registro en la Hoja de UTI por Enfermería.....	60

INDICE DE TABLAS

	PAGINA
Gráfico N° 1 Edad actual del personal de Enfermería que trabaja en UTI.....	49
Gráfico N°2 Experiencia laboral en U.T.I.....	50
Gráfico N°3 Condición de trabajo de los participantes.....	51
Gráfico N°4 Percepción de la enfermera sobre la hoja de registro de UTI.....	52
Gráfico N°5 Conocimiento sobre la hoja de evaluación de Auditoria Médica. del MSD (PRONACS).....	53
Gráfico N°6 Hoja de Registro de Terapia acorde a las necesidades de UTI.....	54
Gráfico N°7 La hoja de registro de terapia intensiva con datos .completos.....	55
Gráfico N°8 Método S.O.A.P.I.E en La Hoja de Registro de Terapia Intensiva.....	56
Gráfico N°9 Actualización de la Hoja de Registro de UTI.....	57
Gráfico N°10 Registro completos de los datos de la Hoja de UTI.....	59
Gráfico N°11 Calidad de Registro en la Hoja de UTI por Enfermería.....	62

ÍNDICE ANEXO

	PÁGINA
Anexo 1 Cronograma.....	69
Anexo 2 carta de permiso para realizar el estudio.....	70
Anexo 3 Instrumento de recolección de datos (encuesta, Checlis).....	74
Anexo 4 Consentimiento informado.....	77

GLOSARIO

UTI = Unidad de Terapia Intensiva

S.O.A.P.I.E. = Subjetivo, Objetivo, Análisis, Plan, Intervenciones, Evaluación

S.N.C. = Sistema nervioso Central

PAE= Proceso de Atención de Enfermería

NANDA= North American Nursing Diagnosis Association

OMS= Organización Mundial de la Salud

D.S = Decreto Supremo

PRONACS= Proyecto Nacional de Calidad en Salud

VMI = Ventilación Mecánica Invasiva

VMNI = Ventilación Mecánica No Invasiva

I.- INTRODUCCION

La unidad de cuidados intensivos es un servicio sumamente especializado los pacientes que se atienden padecen enfermedades graves que deben atenderse con capacidad y prontitud, así como con todo lo necesario para atender toda clase de padecimientos y registrar todos los eventos acontecidos en el paciente reflejado en la hoja de terapia intensiva de manera escrita.

Se encuentra un estudio extranjero donde presenta resultados, obtuvo un nivel de cumplimiento del 95.59%, en la mejora de la calidad del registro clínico, y ello ayuda a mejorar la calidad en la atención de los pacientes ¹. En Bolivia no existe un estudio que esté relacionado con el registro de la hoja de Terapia por Enfermería. A nivel departamental existe un estudio titulado Aplicación del Proceso Enfermero con el formato sistemático S.O.A.P.I.E. En el Registro de Enfermería de la Unidad de Terapia Intensiva del Instituto Nacional de Tórax, Gestión 2014-2015 autora Lic. María Gabriela Chipana Gutiérrez en UTI. Dentro de la institución aún no existe un estudio que relacione con el registro de la hoja de terapia intensiva por enfermería.

El método utilizado de tipo descriptivo transversal, observacional y prospectivo durante el 1er semestre de la gestión 2018 de manera continua para determinar el manejo de la hoja de UTI por enfermería, en la Caja Bancaria Estatal de Salud ubicado en La Paz - Bolivia. Se tomó como universo a 14 profesionales de enfermería que trabaja en U.T.I. Los resultados reflejan que el 43% del personal de enfermería comprende 25 a 30 años, el 50% tiene una experiencia mayor o igual a 6 meses en UTI, 64% trabaja a contrato, 43% indica que es un instrumento legal, en la observación el personal no registra la planificación, objetivo, no registran NIC y NOC. En la hoja de observación el 14% de enfermeras no realiza el registro correspondiente en hoja de UTI.

II.- JUSTIFICACIÓN

El presente trabajo resulta de gran importancia, debido a que actualmente se cuenta con escasos estudios sobre el tema y dada la gran importancia de la aplicación del registro de atención de enfermería, los beneficios de su cumplimiento y los perjuicios de su omisión para el paciente crítico que se encuentra internado en la institución en UTI, es necesario realizar un estudio sobre la aplicación del registro, lo observado durante la estancia hospitalaria en UTI unidad donde los profesionales de enfermería conocen la aplicación del registro, pero no lo realizan en su totalidad.

El valor legal que refleja como un instrumento de gestión e indicador de calidad, que nos permite realizar auditorías medicas esto con el fin de evaluar, optimizar y lograr garantizar los servicios prestados hacia el paciente.

Estos registros son actividades diarias del personal de enfermería como un instrumento básico del ejercicio de nuestras funciones para el cuidado del paciente que se refleja a diario en los diferentes turnos. La Unidad de Terapia Intensiva cuenta con dos unidades ocupadas por pacientes críticos.

El presente trabajo pretende mejorar el registro de todas las actividades, valoración, evaluación y tratamiento realizados durante los diferentes turnos, haciendo el uso de la hoja de registro de UTI por enfermería.

III.- ANTECEDENTES

Guillermo R. Juan; Pastor D. Pilar (2010). En su investigación descriptiva de corte transversal: “Aplicación del proceso de atención de enfermería en cuidados intensivos”. Obteniendo como resultados: Los profesionales son mujeres jóvenes con poca experiencia que cuidan realizando la valoración, planean con base en el diagnóstico médico y siguen los protocolos establecidos en las UCI. Manifiestan no aplicar el PAE; sin embargo, valoran, planean e intervienen y en menor medida formulan diagnósticos y evalúan, tienen bajo nivel de aptitud clínica. Conclusión. Los profesionales de enfermería otorgan importancia al PAE como elemento que da identidad profesional, no obstante, no lo incorporan como metodología para el cuidado².

En este Hospital Nacional Cayetano Heredia, en su Proyecto de Investigación, “Mejorando la Calidad de los Registros de Enfermería en la Historia Clínica de los Servicios de Hospitalización del Hospital Nacional Cayetano Heredia Abril noviembre 2013. Se encontró que la calidad de los registros de los 10 servicios auditados el 80% de ellos se encuentra por debajo del estándar esperado, siendo los servicios con menor porcentaje de conformidad (<60%), Medicina B, Medicina Tropical, Pediatría¹, Medicina A, Traumatología, Ginecología, Cirugía A y Cirugía B. Además, observa que los registros de enfermería en los diferentes Servicios las notas de registros de enfermería en (7%) y la Hoja de Balance Hídrico en (53%) se encuentran con menor porcentaje de conformidad³.

Este estudio presentó el estudio intitulado “Calidad de las Notas de Enfermería en la Unidad de Cuidado Intensivos - Hospital Regional Moquegua I semestre año 2011” de tipo cuantitativo, prospectivo, de corte transversal; su objetivo fue determinar la calidad de las notas de enfermería en la unidad de cuidados intensivos de los profesionales de enfermería hospitalaria. La población estuvo conformada por 64 historias clínicas correspondientes al I semestre, se aplicó una Lista de cotejo, a través de observación directa y evaluación. El análisis y procesamiento de los datos se hizo en el software SPSS versión 20, estadística descriptiva, se realizó pruebas de confiabilidad utilizando el alfa de Cronbach y

coeficiente de correlación. Se llegó a las conclusiones: Las notas de enfermería presentan un porcentaje significativo de regular calidad con un 54,7%. El 79,7% tienen una regular calidad en cuanto a su dimensión estructura y el 96,9% de las notas de enfermería estudiadas tienen mala calidad en cuanto a su dimensión contenido⁴.

Los resultados que reflejan este estudio muestran un Análisis comparativo de frecuencias. Aumento general en todos los ítems estudiados, especialmente en las necesidades básicas que rondan el 90% de cumplimentación, que es el estipulado como óptimo. Introducción en la hoja de valoración de nuevas variables y escalas de medida⁵.

Este estudio muestra resultados: El 93.5% de los Profesionales de Enfermería de la Unidad de Cuidados Intensivos tienen una buena calidad en el registro de las Notas de Enfermería, 6,5% con regular calidad. En la dimensión estructura el 87% de los Profesionales de Enfermería de la Unidad de Cuidados Intensivos tienen una buena calidad en el registro de las Notas de Enfermería, El 100% formula adecuadamente los diagnósticos de enfermería y el 95.7% utiliza etiquetas diagnosticadas de la NANDA al establecer los tipos de diagnósticos de enfermería. Así mismo el 100% de las Notas de Enfermería presenta planeamiento en el formato establecido de acuerdo a sus diagnósticos, establecen prioridad en un 100%, El 100% registran en sus notas de enfermería las intervenciones en forma adecuada y oportuna, El 100% de las Notas de Enfermería consideran evaluación de las Intervenciones de Enfermería en base a los Resultados Esperados (NOC)⁶.

Este estudio refleja resultados: se evidencia que, el 77.8% de las enfermeras del Hospital Carlos Monge Medrano presenta un nivel deficiente de aplicación del Proceso de Atención de enfermería seguido del 11.1% que presenta un nivel regular y óptimo, en cuanto al nivel de calidad de notas de enfermería se aprecia que el 61,1% de las enfermeras presentan una mala calidad de Notas de enfermería, seguido del 27,8% que presenta un nivel regular y el 11,1% presenta un nivel Bueno La correlación entre el Nivel de aplicación del Proceso de Atención de enfermería y la calidad de Notas de enfermería es significativa con un coeficiente $r=476$. En conclusión, a un nivel de significancia del 5 % existe

correlación positiva entre Proceso de Atención de enfermería y la calidad de Notas de enfermería; este coeficiente indica que la buena calidad de notas de enfermería depende al nivel de aplicación del proceso de atención de enfermería⁷.

Este artículo presenta resultados: Se tiene conciencia que el registro clínico es evidencia clara del cuidado, favorece su continuidad y tiene carácter asistencial de índole legal y ético. La carga de trabajo y la falta de personal son los principales factores que merman su calidad y ésta se entiende como el registro absoluto de las actividades que realiza el profesional. Las estrategias de mejora estuvieron enfocadas en el diseño de un nuevo formato de registro para favorecer la atención proporcionada. La calidad del registro se encontró en un nivel de No cumplimiento (65.84%), posterior a la intervención y con el apoyo del nuevo formato, pasó al nivel de Excelencia (95.59%). La información con menos porcentaje de registro se encontró en los indicadores Valoración, Evaluación y Elaboración. Se reafirman las aseveraciones de la teoría de Patricia Benner, con conclusiones: El registro clínico de enfermería es la evidencia del cuidado ofrecido a los usuarios. Respecto a la calidad del registro clínico se observa que pasó del nivel No cumplimiento al nivel Excelencia por tal motivo la intervención educativa fue efectiva. Se concluye que una intervención debe estar acompañada de una acción de cambio que mejore las condiciones del problema. El uso de una teoría disciplinar acorde al problema contribuye a reforzar los resultados encontrados⁸.

Este estudio muestra Implementación y Confiabilidad de La Escala Modificada del Glasgow Por Palma y Cook En Los Pacientes Intubados los resultados: Del universo de 35 pacientes, se trabajó con 24 pacientes que corresponden al 66%, ya que el resto tuvo que ser excluido debido a criterios de exclusión tardíos, en la muestra definitiva formada por 50% de hombres y mujeres, con una edad promedio de $62,5 \pm 21$, con un promedio de días en VMI $5 \pm 3,5$, donde un 58% tiene una afección neurológica que fundamentó la VMI (ACV, HSD, HSA, PCR recuperado). En estos pacientes se encontró una fuerte correlación entre la escala GCOOK y GSC $r: 0,87 p < 0,001$), de igual forma se encontró una correlación significativa con la escala SAS y NICS ($r: 0,58 p < 0,001$), $r: 0,66 p < 0,001$), no se encontró una categórica relación entre GCOOK y los requerimientos de opiáceos,

benzodiazepinas, propofol y/o infusión de rocuronio, inclusive cuando se buscó una correlación de las diferentes combinaciones de dosis y su relación por su superficie corporal.

Al incluir la medición del GCOOK aspectos como la capacidad de toser y la respiración en VMI, si se encuentra una fuerte correlación con el uso de roncuron y Benzopiazepinas ($r:0,6$ y $r:0,5$ ambos $p<0,001$). Se encontró que el promedio de GCOOK en los pacientes extubados fue $10,3 \pm 1,8$ y para los pacientes fallecidos fue $5,4 \pm 0,95^9$.

En Bolivia no existe un estudio que esté relacionado con el registro de la hoja de Terapia por Enfermería. A nivel departamental existe un estudio titulado Aplicación del Proceso Enfermero con el formato sistemático S.O.A.P.I.E. En el Registro de Enfermería de la Unidad de Terapia Intensiva del Instituto Nacional de Tórax, Gestión 2014-2015 autora Lic. María Gabriela Chipana Gutiérrez en UTI. Los resultados respecto al conocimiento de las etapas del proceso de enfermería se supo que el 53% dijo que sí las conoce; el 47% dijo que no las conoce, pero la mayoría las conoce las etapas del Proceso Enfermero, Sobre el conocimiento que debe tener el personal de enfermería sobre las normas NANDA, NIC, NOC, y SOAPIE se supo que el 27% dijo que sí las conoce; pero el 73% afirmó que no las conoce. De esta manera, la mayoría del personal de enfermería no conoce estas normas.

IV.- PLANTEAMIENTO DE PROBLEMA

Los registros de enfermería son evidencia escrita del cuidado que brinda el personal de enfermería, recogiendo toda la información sobre las actividades que realiza referente a una persona concreta: valoración de enfermería, plan de cuidados, diagnóstico de enfermería, intervenciones de enfermería, evolución del paciente y tratamiento recibido, permitiendo dar continuidad al cuidado, avalando el trabajo del profesional de enfermería y ofreciendo una cobertura legal a sus atenciones¹⁰.

El lenguaje estandarizado facilita la documentación escrita y es esencial para los registros de salud¹¹. La enfermera en su función asistencial tiene actividades importantes, durante las 24 horas del día y realizar los registros de las diferentes actividades de los pacientes, esto con la finalidad de brindar continuidad y seguridad en el tratamiento, además de transmitir información válida y confiable al equipo multidisciplinario, las enfermeras aun realizan los registros con observaciones de la práctica diaria, las anotaciones que presentan o realizan la enfermeras no son tan relevantes en su contenido las anotaciones realizadas, tomando en cuenta son incompletos; la institución Caja Bancaria Estatal de Salud cuenta con hoja de terapia que no están acorde a nuestra situación de salud en UTI, por tanto esto implica que no obtenemos todos los datos necesarios para generar una mejor calidad de registro y un buen manejo al paciente.

4.1.-PREGUNTA DE INVESTIGACION

¿Cuál será el manejo de la hoja del registro de la Unidad Terapia Intensiva por Enfermería de la Caja Bancaria Estatal de Salud, Ciudad de La Paz primer semestre gestión 2018?

V.- OBJETIVOS:

5.1 OBJETIVOS GENERAL

Determinar el cumplimiento de la Hoja de registro de la Unidad de Terapia Intensiva por Enfermería de la Caja Bancaria Estatal de Salud, ciudad de La Paz primer semestre gestión 2018.

5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Identificar los datos sociodemográficos del personal que trabaja en UTI
- Identificar el cumplimiento en el registro de la hoja actualizada de la Unidad de Terapia Intensiva por Enfermería.
- Identificar el conocimiento sobre el manejo del registro de la Hoja de Terapia Intensiva por enfermería en base a los estándares de auditoría médica.
- Identificar el cumplimiento de registros en base a normas PRONACS del Ministerio de Salud
- Identificar la percepción del personal de Enfermería en cuanto al registro de la Hoja de Terapia Intensiva.
- Proponer la implementación del registro de la Hoja de Terapia Intensiva modificado y actualizado.

VI.- MARCO TEORICO

6.1 Marco Conceptual

Signos Vitales

Los Signos Vitales son los “Signos de Vida”, porque representan las funciones fisiológicas y vitales de las personas, y estos son:

- 1) La Temperatura
- 2) La Respiración
- 3) El Pulso
- 4) La Tensión Arterial.

Temperatura

La temperatura corporal está representada por el equilibrio que se mantiene en el organismo entre el calor producido y el calor perdido; “calor producido = termogénesis” y por el “calor perdido = termólisis”.

Respiración

La respiración está compuesta por el proceso fisiológico de “inhalar” y “exhalar”, proceso que incluye la entrada de oxígeno y la salida de dióxido de carbono hacia el exterior del organismo. El movimiento de aire dentro y fuera de los pulmones es conocido por el término de ventilación.

Pulso

El Pulso está representado por la expansión rítmica de las arterias producida por el pasaje de sangre que es bombeada por el corazón. Por lo general la onda del pulso “onda pulsátil” refleja el volumen de sangre que entra en las arterias con cada contracción ventricular, o sea del “Ventrículo Izquierdo”, y la adaptabilidad de las arterias, es decir la capacidad que poseen las arterias para contraerse y expandirse ante el paso de la sangre arterial.

Tensión Arterial

La “Tensión Arterial” o “Presión Sanguínea” es la medición de la presión que ejerce la sangre contra las paredes de las arterias, y la resistencia que ofrecen estas, ante el pasaje de sangre que es impulsada desde el ventrículo izquierdo. La contracción y relajación ventricular determina la “presión sistólica y presión diastólica”¹².

Oximetría

Concepto De la mano de una adecuada función respiratoria y circulatoria, ha ganado espacio la oximetría (OXM) que se basa en los principios fisiológicos de que la hemoglobina oxigenada y desoxigenada tiene diferente espectro de absorción. La hemoglobina desoxigenada absorbe más luz en la banda roja (600 a 750 nm) y la oxigenada absorbe más luz en la banda infrarroja (850 a 1000 nm). La prueba del oxímetro emite luz a diferentes longitudes de onda, abarcando los dos espectros nombrados, la cual se transmite a través de la piel y es medida por un fotodetector; de acuerdo con el radio de la absorbancia de la luz, se correlaciona con la proporción de hemoglobina saturada y desaturada en el tejido. Se considera que aproximadamente una saturación periférica de oxígeno (SpO₂) de 85% corresponde a una presión arterial de oxígeno (PaO₂) mayor de 50 mmHg. Los valores mínimos y máximo normal de saturación medida por oximetría de pulso durante la respiración regular de los recién nacidos (RN) de término a nivel del mar son de 97 a 100% y en los RN pre término de 95 a 100%. Estas características las convierten (FR y OXM) indispensables en la valoración de pacientes con enfermedades agudas y crónicas (sepsis, traumatismos, hemorragias, posoperatorios, estados dolorosos, convulsiones, EPOC, asma, cardiopatías incluidas las coronariopatías, etc.)

Reflejo pupilar a la luz

Concepto Los reflejos son actos involuntarios del sistema nervioso que se presentan ante una emergencia. La dilatación de la pupila y la reacción ante un piquete o roce son ejemplos de ellos. Cuando una persona está en peligro de perder la vida, sus pupilas que normalmente reaccionan ante la luz, se quedan

estáticas. Este es un signo muy valioso para determinar la gravedad en un enfermo o accidentado. Se ilumina cada ojo y se observa contracción de la pupila. Es un reflejo consensual porque la iluminación de un ojo causa contracción de la pupila en ambos ojos¹³.

Medición de Signos Neurológicos (ESCALA DE GLASGOW)

La escala de coma de Glasgow es una valoración del nivel de conciencia consistente en la evaluación de tres criterios de observación clínica: la respuesta ocular, la respuesta verbal y la respuesta motora. Cada uno de estos criterios se evalúa mediante una subescala. Cada respuesta se puntúa con un número, siendo cada una de las subescalas evaluadas independientemente. En esta escala el estado de conciencia se determina sumando los números que corresponden a las respuestas del paciente en cada subescala.

Respuesta Ocular	
<ul style="list-style-type: none"> • Espontánea • A Estímulos Verbales • Al Dolor • Ausencia De Respuesta 	<ul style="list-style-type: none"> • Abre sin estímulos 4 • Tras decir o gritar una orden 3 • Tras estímulo en la punta del dedo 2 • No abre los ojos 1
Respuesta verbal	
<ul style="list-style-type: none"> • Orientado • Desorientado/confuso • Incoherente • Sonidos incomprensibles • Ausencia de respuesta 	<ul style="list-style-type: none"> • Da correctamente el nombre, lugar y fecha 5 • No está orientado, pero se comunica coherentemente 4 • Palabras sueltas inteligibles 3 • Solo gemidos, quejidos 2 • Ninguna No se oye respuesta, no hay factor que interfiera 1

Respuesta motora	
<ul style="list-style-type: none"> • Obedece ordenes • Localiza el dolor 	<ul style="list-style-type: none"> • Obedece la orden con ambos lados 6 • Lleva la mano por encima de la clavícula al estimularle el cuello 5
<ul style="list-style-type: none"> • Retirada al dolor 	<ul style="list-style-type: none"> • Dobla brazo sobre codo rápidamente, pero las características no son anormales 4
<ul style="list-style-type: none"> • Flexión anormal 	<ul style="list-style-type: none"> • Dobla el brazo sobre el codo, características predominantemente anormales 3
<ul style="list-style-type: none"> • Extensión anormal 	<ul style="list-style-type: none"> • Extiende el brazo 2
<ul style="list-style-type: none"> • Ausencia de respuesta 	<ul style="list-style-type: none"> • No hay movimiento en brazos ni piernas 1

Puntuación:

- 15 Normal
- < 9 Gravedad
- 3 Coma profundo

Registro del procedimiento

- Anotar en el plan de cuidados la periodicidad de la aplicación de la escala de Glasgow.
- Registrar la puntuación obtenida en la gráfica de signos vitales.

Registrar las variaciones y las medidas adoptadas en las observaciones de enfermería¹⁴.

Escalas para valoración de la Sedoanalgesia

La **escala de la agitación y sedación Richmond** (o "RASS" inglés "Richmond Agitation-Sedation Scale") es una escala utilizada, por la medicina, para evaluar el grado de sedación y agitación de un paciente con necesidad de cuidados críticos o está bajo agitación psicomotora. Consiste en un método de evaluación de la agitación o la sedación de los pacientes que utilizan tres pasos claramente definidos que determinan una puntuación que oscila -5 a

+4. A diferencia de otras escalas, la RASS utiliza como parámetro el tiempo que se mantiene el contacto visual con el paciente, para medir el nivel de sedación¹⁵.

ESCALA DE SEDACION DE RAAS	
+4	Combativo. Ansioso. Violento
+3	Muy agitado. Intenta retirarse catéteres y tubos. Ansioso.
+2	Agitado. Movimientos frecuentes. Lucha con el respirador
+1	Ansioso. Inquieto. No presenta conducta violenta ni movimientos excesivos.
0	Alerta pero tranquilo
-1	Adormilado. Despierta ante la voz. Mantiene los ojos abiertos más de 10 segundos
-2	Sedación ligera. Despierta ante la voz, pero no mantiene los ojos abiertos más de 10 segundo
-3	Sedación moderada: Se mueve, abre los ojos ante la voz, pero no dirige la mirada
-4	Sedación profunda. No responde a la voz. Abre los ojos ante estimulación física
-5	Sedación muy profunda. No hay respuesta a estimulaciones.

Ventilación Mecánica.

Definición

Ventilación mecánica es un procedimiento de respiración artificial que emplea un dispositivo mecánico (un respirador en este caso) para sustituir total o parcialmente la función respiratoria de una persona.

No es una técnica curativa o terapéutica en sí misma, sino un sistema de soporte vital que no cura la enfermedad que provocó el fallo respiratorio agudo y que, por tanto, no está exento de complicaciones y/o efectos secundarios. La ventilación mecánica se utiliza para ganar tiempo mientras se corrigen los factores que llevaron al fracaso respiratorio.

Diferenciamos entre Ventilación Mecánica Invasiva (**VMI**) y Ventilación Mecánica No Invasiva (**VMNI**) en función de que exista o no invasión (aislamiento) de la vía aérea.

Indicaciones de la Ventilación Mecánica.

La principal indicación de la ventilación mecánica es la insuficiencia respiratoria aguda, cuyas causas más frecuentes:

Pulmonares.

- Asma.
- EPOC.
- Edema agudo de pulmón.
- Síndrome de distrés respiratorio.
- Infecciones.
- Fibrosis quística.
- Inhalación de gases.
- Hemoptisis masiva.
- Tromboembolismo pulmonar.

Extrapulmonares.

- Problemas del S.N.C. infecciones, sobredosis de drogas, o medulares.
- Problemas en las vías respiratorias altas: obstrucción traqueal, epiglotitis.
- Problemas en el tórax: intervenciones, traumatismos, derrames pleurales.
- Bloqueo muscular por anestesia ¹⁶.

Soluciones Cristaloides

Son soluciones electrolíticas y/o azucaradas que permiten mantener el equilibrio hidroelectrolítico, expandir el volumen intravascular y en caso de contener azúcares aportar energía. Pueden ser hipo, iso o hipertónica respecto del plasma.

Su capacidad de expandir volumen está relacionada de forma directa con las concentraciones de sodio. El 50% del volumen infundido de una solución cristaloides tarda como promedio unos 15 min en abandonar el espacio intravascular.

A.- Cristaloides Hipotónicas

1- Hiposalino Al 0,45% Aporta la mitad del contenido de Cl Na que la solución fisiológica. Ideal para el aporte de agua libre exenta de glucosa.

B- Cristaloides Isoosmóticas Se distribuyen fundamentalmente en el líquido extracelular, permaneciendo a la hora sólo el 20% del volumen infundido en el espacio intravascular. Se distinguen varios tipos:

1- Solución Fisiológica Al 0,9%.

Indicada para reponer líquidos y electrolitos especialmente en situaciones de pérdidas importantes de cloro (ej.: estados hipereméticos) ya que en la solución fisiológica la proporción cloro: sodio es 1:1 mientras que en el líquido extracelular es de 2:3. Se requiere infundir de 3-4 veces el volumen de pérdidas calculado para normalizar parámetros hemodinámicos. Debido a su elevado contenido en sodio y en cloro, su administración en exceso puede dar lugar a edemas y acidosis hiperclorémica por lo que no se indica de entrada en cardiópatas ni hipertensos.

2- Solución de Ringer.

Solución electrolítica balanceada en la que parte del sodio de la solución salina isotónica es sustituida por calcio y potasio. Su indicación principal radica en la reposición de pérdidas hidroelectrolíticas con depleción del espacio extravascular.

3- Solución de Ringer Lactato

Similar a la solución anterior, contiene además lactato que tiene un efecto buffer ya que primero es transformado en piruvato y luego en bicarbonato durante el metabolismo como parte del ciclo de Cori. La vida media del lactato plasmático es de 20 min aproximadamente y puede llegar a 4-6 horas en pacientes en estado de shock. Los preparados disponibles contienen una mezcla de D-lactato y L-lactato.

El D-lactato tiene una velocidad de aclaramiento un 30% más lenta que la forma levógiara. En condiciones fisiológicas existe en plasma una concentración de D-lactato inferior a 0,02 mmol/L, concentraciones superiores a 3 mmol/l pueden dar lugar a encefalopatía. La presencia de hepatopatías o bien una disminución de la perfusión hepática disminuiría el aclaramiento de lactato y por tanto aumentaría el riesgo de daño cerebral, por lo que se debe usar con precaución en estos casos.

4- Solución Glucosada Al 5%.

Sus indicaciones principales son como solución para mantener vía, en las deshidrataciones hipertónicas (por falta de ingesta de líquidos, intensa sudoración etc) y para proporcionar energía durante un periodo corto de tiempo. Se contraindica en la enfermedad de Addison ya que pueden provocar crisis adisonianas.

5- Solucion Glucosalina Isotónica.

Eficaz como hidratante, para cubrir la demanda de agua y electrolitos.

C- Cristaloides Hipertónicas

1- Solución Salina Hipertónica.

Se recomienda al 7,5% con una osmolaridad de 2400mOsm/L. Es aconsejable monitorizar los niveles de sodio plasmático y la osmolaridad para que no rebasen el dintel de 160 mEq/L y de 350 mOsm/L respectivamente.

2- Soluciones Glucosadas Al 10%, 20% Y 40%.

Aportan energía y movilizan sodio desde la célula al espacio extracelular y potasio en sentido opuesto. La glucosa produciría una deshidratación celular, atrapando agua en el espacio intravascular.

D- Soluciones Alcalinizantes

Indicadas en caso de acidosis metabólica.

1- Bicarbonato Sódico 1/6M (1,4%).

Solución ligeramente hipertónica. Es la más usada habitualmente para corregir la acidosis metabólica. Supone un aporte de 166mEq/L de bicarbonato sódico.

2- Bicarbonato Sódico 1M (8,4%).

Solución hipertónica (2000 mOsm/L) de elección para la corrección de acidosis metabólica aguda severa. Eleva de forma considerable la producción de CO₂.

E- Soluciones Acidificantes

1- Cloruro Amónico 1/6M.

Solución isotónica. Se indica en la alcalosis hipoclorémica como por ejemplo los casos de alcalosis grave por vómitos no corregida con otro tipo de soluciones. En el hígado el ión amonio se convierte en urea, proceso en el que se generan protones. La corrección de la alcalosis con cloruro amónico debe realizarse lentamente (infusión de 150mL/h máximo) para evitar mioclonias, alteraciones del ritmo cardíaco y respiratorio. Está contraindicada en caso de insuficiencia renal y/o hepática.

Soluciones Coloides

Son soluciones que contienen partículas de alto peso molecular en suspensión por lo que actúan como expansores plasmáticos. Estas partículas aumentan la osmolaridad plasmática por lo que se retiene agua en el espacio intravascular, esto produce expansión del volumen plasmático y al mismo tiempo una hemodilución, que mejora las propiedades reológicas sanguíneas, favoreciéndose la perfusión tisular. Los efectos hemodinámicos son más duraderos y rápidos que los de las soluciones cristaloides. Están indicadas en caso de sangrado activo, pérdidas proteicas importantes o bien cuando el uso de soluciones cristaloides no consigue una expansión plasmática adecuada. En situaciones de hipovolemia suelen asociarse a los cristaloides en una proporción aproximada de 3 unidades de cristaloides por 1 de coloide. Existen coloides naturales y artificiales

A- Coloides Naturales

1- Albúmina Proteína oncóticamente activa, cada gramo de albúmina es capaz de fijar 18 ml de agua libre en el espacio intravascular. Se comercializa en soluciones de salino a diferentes concentraciones (5, 20 y 25 %). Las soluciones de albúmina contienen citrato, que tiene la capacidad de captar calcio sérico y dar lugar a hipocalcemia con el consiguiente riesgo de alteración de la función cardíaca y renal. La alteración de la agregabilidad plaquetaria y la dilución de los factores de la coagulación aumentan el riesgo de sangrado. A pesar de ser sometida a un proceso de pasteurización que logra destruir los virus de la inmunodeficiencia humana y de la hepatitis A, B y C, las soluciones de albúmina pueden ser portadoras de pirógenos y bacterias constituyendo un riesgo de infección. Así mismo en el proceso de pasteurización pueden formarse polímeros de albúmina muy alergénicos. Por todo ello se prefiere el uso de coloides artificiales, más baratos e igual de potentes oncóticamente donde estos riesgos están minimizados, reservándose su uso a estados edematosos severos y en paracentesis de evacuación asociando frecuentemente diuréticos tipo furosemida.

2- Dextranos. Son polisacáridos de síntesis bacteriana. Se comercializan 2 tipos de dextranos, el dextrano 40 o Rheomacrodex y el dextrano 70 o Macrodex. El Rheomacrodex es un polisacárido de peso molecular 40.000 Da y de 2-3 h de vida media, se comercializa en solución al 6% de suero fisiológico y al 6% de glucosado. No debe administrarse más de 20 mL/kg/día. El Macrodex tiene un peso molecular de 70.000 y una capacidad expansora plasmática mayor a la albúmina, con vida media aproximada de 12 h. Se presenta en solución al 10% bien en solución fisiológica o glucosada. La dosis máxima de infusión es de 15 mL/kg/día. Tanto el Macrodex como el Rheomacrodex deben ser administrados junto a soluciones cristaloides. A los dextranos se les adjudica un efecto antitrombótico; debido a esto y a la hemodilución que producen parecen mejorar el flujo sanguíneo a nivel de la microcirculación, esto hace que estén indicados en estados de hiperviscosidad para prevenir fenómenos trombóticos y tromboembólicos, así como en estados de shock. Como efectos adversos

destaca el riesgo de anafilaxia en pacientes atópicos, la inducción de fallo renal cuando son administrados a altas dosis, así como la aparición de diuresis osmótica. Dan lugar a errores en la medición de la glucemia y a falso tipaje de grupo sanguíneo por alteraciones en la superficie eritrocitaria.

B- Coloides Artificiales

1- Hidroxietilalmidón (HEA). Bajo este epígrafe se incluyen moléculas de diferente peso molecular obtenidas a partir del almidón de maíz. Desarrollan una presión isooncótica respecto del plasma (25-30 mmHg). Los HEAs más recientes son moléculas de unos 200.000 Da de peso molecular. Se comercializan en soluciones al 6% de solución fisiológica (Hesteril 6%, Elohes 6%) y presentan como ventaja frente a los primeros almidones comercializados (que tenían mayor peso molecular) que no alteran la hemostasia ni se acumulan en tejidos a las dosis recomendadas de 20mL/kg/día. Son los preparados menos alergenizantes en comparación con los coloides habituales (albúmina, gelatinas y dextrans). Las propiedades expansoras del HEA son similares a las de las soluciones de albúmina al 5%, variando el tiempo de eficacia volémica sostenida del coloide en plasma según las propiedades fisicoquímicas de la molécula comercializada (de 6h para Hesteril6% y 12h para Elohes 6% aproximadamente).

2- Derivados de la Gelatina. Son soluciones de polipéptidos de mayor poder expansor que la albúmina y con una eficiencia volémica sostenida de 1-2 h aproximadamente. Las más usadas son las gelatinas modificadas, obtenidas a partir de colágeno bovino como Hemocé al 3,5% que supone una fuente de nitrógeno a tener en cuenta en pacientes con alteración severa de la función renal. Tiene un alto contenido en sodio y calcio por lo que no se puede infundir con sangre. A dosis habituales no altera la hemostasia siendo el efecto adverso más importante el fenómeno de anafilaxia.

3- Manitol

Diurético Osmótico, Favorece el paso de agua desde el tejido cerebral al espacio vascular su efecto aparece en 15` y duran varias horas, presentación: Manitol 20 % Solución 250 ml¹⁷.

Proceso de Atención de Enfermería

Definición

El proceso de enfermería o proceso de atención de enfermería (PAE) es un conjunto de acciones intencionadas que el profesional de enfermería, apoyándose en modelos y teorías, realiza en un orden específico, con el fin de asegurar que la persona que necesita de cuidados de salud reciba los mejores posibles por parte de enfermería. Es un método sistemático y organizado para administrar cuidados individualizados, de acuerdo con el enfoque básico de que cada persona o grupo de personas responde de forma distinta ante una alteración real o potencial de la salud.

Originalmente fue una forma adaptada de resolución de problemas, y está clasificado como una teoría deductiva en sí mismo.

El uso del proceso de enfermería permite crear un plan de cuidados centrado en las respuestas humanas. El proceso de enfermería trata a la persona como un todo; el paciente es un individuo único, que necesita atenciones de enfermería enfocadas específicamente a él y no sólo a su enfermedad.

El proceso de enfermería es la aplicación del método científico en la práctica asistencial de la disciplina, de modo que se pueda ofrecer, desde una perspectiva enfermera, unos cuidados sistematizados, lógicos y racionales. El proceso de enfermería le da a la enfermería la categoría de ciencia.

Valoración

Primera etapa del proceso de enfermería e incluye:

- Recogida De Datos

- Validación
- Organización
- Registro

Los tipos de datos:

Datos Subjetivos: No se pueden medir y son propios de paciente. Lo que la persona dice que siente o percibe. Solamente el afectado los describe y verifica. (Sentimientos).

Datos Objetivos: se pueden medir por cualquier escala o instrumento (cifras de la tensión arterial).

Datos Históricos - antecedentes: Son aquellos hechos que han ocurrido anteriormente y comprenden hospitalizaciones previas, enfermedades crónicas o patrones y pautas de comportamiento (eliminación, adaptaciones pasadas, etc.).

Nos ayudan a referenciar los hechos en el tiempo. (Hospitalizaciones previas).

Datos Actuales: son datos sobre el problema de salud actual.

Fuentes de Datos

Fuentes de datos primarios: se obtiene directo del paciente

Fuentes de datos secundarios: es la fuente indirecta de la familia, historia clínica y laboratorio.

Métodos para la obtención de datos

Observación

Examen físico

Entrevista

Proceso de la Valoración

Recogida de datos

Organización de datos

Validación de datos

Registros de datos

Diagnóstico de Enfermería

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.

Ventaja del diagnóstico de Enfermería

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

Tipos de diagnostico

Diagnostico real.

Es un juicio sobre las respuestas humanas en un problema de salud, se basa en la presencia de datos relevantes

Las partes de un diagnostico real son 3: P + C + E (problemas + causa + evidencia)

Diagnóstico de enfermería potencial o de riesgo

Es un juicio clínico de un individuo, familia está más predispuesta a desarrollar el problema que otro.

Componentes del diagnóstico potencial o de riesgo.

Etiqueta: cuando la alteración del estado de salud del cliente viene precedida por el termino "riesgo de" (persona) y si se refieren a la comunidad "alto riesgo de"

Definición: expresa un significado preciso y claro del diagnóstico.

Factor de riesgo: identifica aquella situación que incrementa la vulnerabilidad de una persona, familia o comunidad

El diagnóstico de riesgo se escribe con 2 partes: P + C (problemas + causa)

Diagnostico posible

Cuando las pruebas de que existe un problema de salud no está clara o se desconoce los factores causales, pero existe algunos datos que conduce a sospechar el diagnóstico. Se puede formar: P + C o P + C+ E.

Diagnóstico 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 forma de una parte es decir solo se menciona la etiqueta diagnostico P (problema o respuesta humana)

Formación de los diagnósticos

El formato básico del enunciado de un diagnóstico es "problema relacionado con etiología, sin embargo, las enfermeras deben ser capaces de escribir enunciados de diagnósticos consistentes en una parte, dos partes, tres partes: así como, algunas variaciones de cada uno de ellos. El término diagnóstico tiene dos acepciones importantes, problemas más causa y/o factor relacionado.

Planificación del cuidado de enfermería

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 prioridades de la misma.

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

Intervenciones de enfermería

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 fundamentar el beneficio del paciente en sus áreas biopsicosocial.

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

Evaluación

Es la última fase del proceso de enfermería y determina si un paciente mejora, permanece estable o se deteriora; esto se realiza comparando las respuestas del paciente a los cuidados de enfermería con la conducta propuesta en el resultado esperado. La evaluación es una actividad planeada como continua y con objetivos en las que los pacientes y los profesionales de enfermería determinan¹⁸.

NANDA Diagnósticos de Enfermería (Clasificación Por Dominios)

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

Presenta la siguiente clasificación por dominios:

Dominio 1: Promoción de la salud

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 Nutrición

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 Eliminación

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 excreción a través de la piel

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

Dominio 4 Actividad Ejercicio

Clase 1: Reposo/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 Percepción/cognición

Clase 1: Atención Disponibilidad mental para percatarse de algo u observar

Clase 2: Orientación Conciencia del tiempo, el espacio y las personas

Clase 3: Sensación/percepción Recepción de información visual, auditiva, gustativa, olfatoria, táctil y cinestésica a través de los sentidos, así como la comprensión de tales datos que conduce a la identificación, asociación y patrón de reconocimiento

Clase 4: Cognición Uso de la memoria, el aprendizaje, pensamiento, solución de problemas, abstracción, juicio, introspección, capacidad intelectual, cálculo y lenguaje

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

Dominio 6 Autopercepción

Clase 1: Autoconcepto Percepción o percepciones sobre la totalidad del propio ser

Clase 2: Autoestima Valoración de la propia valía personal, significación, capacidad y éxito

Clase 3: Imagen corporal Imagen mental del propio cuerpo

Dominio 7 Rol/relaciones

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

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

Clase 1: Respuesta postraumática Reacciones tras un trauma físico o psicológico

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

Clase 3: Estrés neuro comportamental Respuestas conductuales que reflejan la función nerviosa y cerebral

Dominio 10 Principios vitales

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/protección

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 autoprotege de lo que no es ella misma

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

Dominio 12 Confort

Clase 1: Confort físico Sensación de bienestar o comodidad

Clase 2: Confort ambiental Sensación de bienestar o comodidad en el propio entorno

Clase 3: Confort social Sensación de bienestar o comodidad en las situaciones sociales

Dominio 13 Crecimiento/desarrollo

Clase 1: Crecimiento Aumento o mejora de las dimensiones físicas o madurez de los sistemas corporales y logro de las tareas de desarrollo acordes con la edad¹⁹.

Ventilación Mecánica Invasiva (VMI)

Diagnósticos:

- (00031) Limpieza ineficaz de las vías aéreas: “Incapacidad para eliminar las secreciones u obstrucciones del tracto respiratorio para mantener las vías aéreas permeables” r/c alteración del patrón respiratorio y deterioro neuromuscular.
- (00032) Patrón respiratorio ineficaz: “Inspiración y/o espiración que no proporciona una ventilación adecuada” r/c deterioro neurológico (PN) y dolor (PP).
- (00039) Riesgo de aspiración: “Vulnerable a la penetración en el árbol traqueobronquial de secreciones gastrointestinales, orofaríngeas, sólidos o líquidos, que puede comprometer la salud” r/c alimentación enteral, disminución del nivel de conciencia e intubación oral.

- (00204) Perfusión tisular periférica ineficaz: “Disminución de la circulación sanguínea periférica, que puede comprometer la salud” r/c alteración de la función motora.

NOC	NIC
0403) Estado respiratorio: ventilación	(840) Cambio de posición (3140) Manejo de la vía aérea (3350) Monitorización respiratoria (6680) Monitorización de los signos vitales
(0410) Estado respiratorio: permeabilidad de las vías respiratorias	(3160) Aspiración de las vías aéreas (3120) Intubación y estabilización de la vía aérea (3180) Manejo de las vías aéreas artificiales (3200) Precauciones para evitar la aspiración
(0411) Respuesta de la ventilación mecánica: adulto	(3300) Manejo de la ventilación mecánica: invasiva
(0412) Respuesta del destete de la ventilación mecánica: adulto	(3390) Ayuda a la ventilación (5270) Apoyo emocional (3250) Mejora de la tos
(1913) Severidad de la lesión física (PP)	(6200) Cuidados en la emergencia
(0913) Estado neurológico: función sensitiva/motora de pares craneales (PN)	(2620) Monitorización neurológica (2550) Mejora de la perfusión cerebral

Intubación orotraqueal, CVC

Diagnósticos:

- (00102) Déficit del autocuidado: alimentación: “Deterioro de la habilidad para realizar o completar las actividades de autoalimentación” r/c deterioro musculoesquelético y neuromuscular
- (00103) Deterioro de la deglución: “Funcionamiento anormal del mecanismo de la deglución asociado con déficit en la estructura o función oral faríngea o esofágica” r/c lesión cerebral (PN) o traumatismo (PP).
- (00025) Riesgo de desequilibrio de volumen de líquidos: “Vulnerable a una disminución, aumento o cambio rápido de un espacio a otro del líquido intravascular, intersticial y/o intracelular, que puede comprometer la salud. Se refiere a la pérdida o aumento de líquidos corporales, o a ambos” r/c con régimen terapéutico y/o traumatismo (PP)

NOC	NIC
(1008) Estado nutricional: ingestión alimentaria y de líquidos	(1056) Alimentación enteral por sonda (1200) Administración de nutrición parenteral total (NPT)
(1308) Adaptación a la discapacidad física (PP)	(2760) Manejo de la desatención unilateral (7110) Fomentar la implicación familiar (5820) Disminución de la ansiedad
(0900) Cognición (PN)	(4720) Estimulación cognitiva (7110) Fomentar la implicación familiar (5820) Disminución de la ansiedad

Eliminación por todas las vías

Diagnósticos:

- (00016) Deterioro de la eliminación urinaria: “Disfunción en la eliminación urinaria” r/c retención urinaria (PN) y multicausalidad (PP)
- (00011) Estreñimiento: “Disminución de la frecuencia normal de defecación, acompañada de eliminación dificultosa o incompleta de heces y/o eliminación de heces excesivamente duras y secas” r/c deterioro neurológico (PN)
- (00014) Incontinencia fecal: “Cambio en los hábitos de eliminación fecal normales que se caracteriza por la eliminación involuntaria de heces” r/c inmovilidad y disminución general en el tono muscular (PP)

NOC	NIC
(0503) Eliminación urinaria	(580) Sondaje vesical (1876) Cuidados del catéter urinario (4130) Monitorización de líquidos
(0501) Eliminación intestinal	(1750) Cuidados perineales (450) Manejo del estreñimiento/impactación fecal (PN) (410) Cuidados de la incontinencia intestinal (PP)

Moverse y mantener la posición conveniente

La movilidad está determinada por el buen estado y correcta coordinación del sistema nervioso y el sistema musculoesquelético. El nivel de sedación y de inmovilidad (PP) en estos pacientes es muy alto y los movimientos que realizan son involuntarios (convulsiones, temblores.). Es muy importante mantener una alineación corporal adecuada de tal forma que consigamos favorecer el funcionamiento de los diferentes sistemas del organismo, evitando cualquier movimiento que pueda agravar las lesiones.

Diagnósticos:

- (00040) Riesgo de síndrome de desuso: “Vulnerable al deterioro de los sistemas corporales a consecuencia de la inactividad musculoesquelética prescrita o inevitable, que puede comprometer la salud” r/c alteración del nivel de conciencia (PN) e inmovilidad (PP).
- (00085) Deterioro de la movilidad física: “Limitación del movimiento físico independiente e intencionado del cuerpo o de una o más extremidades” r/c deterioro musculo-esquelético (PP) y alteración de la función cognitiva (PN).
- (00086) Riesgo de disfunción neurovascular periférica: “Vulnerable a sufrir una alteración en la circulación, sensibilidad o movilidad de una extremidad, que puede comprometer la salud” r/c traumatismo e inmovilización (PP).
- (00123) Desatención unilateral: “Deterioro de la respuesta sensorial y motora, la representación mental y la atención espacial del cuerpo y el entorno correspondiente, caracterizado por la falta de atención a un lado del cuerpo y su entorno y una atención excesiva al lado opuesto. La desatención del lado izquierdo es más grave y persistente que la desatención del lado derecho” r/c lesión cerebral, efectos de alteración de las capacidades perceptivas y efectos del deterioro neuromuscular (PN).

NOC	NIC
(0204) Consecuencias de la inmovilidad: Fisiológicas	(740) Cuidados del paciente encamado (840) Cambio de posición (4070) Precauciones circulatorias
(0208) Movilidad	(2210) Administración de analgésicos (6486) Manejo ambiental: seguridad (3500) Manejo de presiones (3590) Vigilancia de la piel
(0211) Función esquelética (PP)	(140) Fomentar la mecánica corporal (940) Cuidados de tracción/inmovilización
(2102) Nivel del dolor (PP)	(1400) Manejo del dolor (2210) Administración de analgésicos (2260) Manejo de la sedación
(0912) Estado neurológico:	(844) Cambio de posición: neurológico ((2520) Monitorización neurológica

consciencia (PN)	(2590) Monitorización de la presión intracraneal (PIC)
------------------	--

Mantenimiento de la temperatura corporal

Los pacientes poli-traumatizados suelen tener hipotermia debido, entre otros factores, al shock hipovolémico ocasionado en el traumatismo, a la abundante fluidoterapia administrada en la reanimación, y la exposición a bajas temperaturas ambientales tanto en la fase pre-hospitalaria como en la hospitalaria. En cambio, el paciente neurocrítico tiende más a la hipertermia, ocasionando un aumento del metabolismo cerebral, y como consecuencia un aumento de la PIC. Sin embargo, en ambos se pueden producir ambas, ya que la lesión puede influir en la termorregulación corporal. Por lo tanto, es preciso mantenerlos en normotermia (T^a central $\leq 37^{\circ}\text{C}$).

Diagnósticos:

- (00005) Riesgo de desequilibrio de la temperatura corporal: “Vulnerable a sufrir un fallo en el mantenimiento de la temperatura corporal dentro de los límites normales, que puede comprometer la salud” r/c afección que perjudica la regulación de la temperatura.
- (00006) Hipotermia: “Temperatura corporal central inferior al rango normal diurno a causa del fallo de la termorregulación” r/c traumatismo (PP).
- (00007) Hipertermia: “Temperatura corporal central superior al rango normal diurno a causa del fallo de la termorregulación” r/c traumatismo (PP) o coma/ convulsiones (PN).

NOC	NIC
(0800) Termorregulación	(3900) Regulación de la temperatura (3740) Tratamiento de la fiebre (3800) Tratamiento de la hipotermia (6480) Manejo ambiental
(0802) Signos vitales	(6680) Monitorización de los signos vitales

Mantener la higiene corporal y la integridad de la piel

Al tratarse de pacientes críticos, los procesos invasivos a los que están sometidos (IOT, CVC), la presencia de heridas y/o lesiones (PP) y que, en la mayoría de los casos, el nivel de conciencia está muy disminuido, desencadena en los mismos una inmovilidad prolongada, postración y dependencia. Por lo tanto, debemos asegurar una buena higiene y evitar, con unos óptimos cuidados de enfermería, las posibles infecciones y/o lesiones cutáneas que puedan producirse debido a estas causas.

Diagnósticos:

- (00108) Déficit de autocuidado: baño: “Deterioro de la capacidad para realizar o completar por uno mismo las actividades de baño” r/c alteración de la función cognitiva (PN) o dolor (PP)
- (00248) Riesgo de deterioro de la integridad tisular: “Vulnerable a una lesión de la membrana mucosa, córnea, sistema integumentario, fascia muscular, músculo, tendón, hueso, cartílago, cápsula articular y/o ligamento, que puede comprometer a la salud” r/c deterioro de la movilidad y deterioro de la circulación.
- (00247) Riesgo de deterioro de la mucosa oral: “Vulnerable a lesión de los labios, los tejidos blandos de la cavidad bucal y/o la orofaringe, que puede comprometer a la salud” r/c alteración de la función cognitiva y/o factor mecánico (IOT o SNG).
- (00047) Riesgo de deterioro de la integridad cutánea: “Vulnerable a una alteración en la epidermis y/o la dermis, que puede comprometer la salud” r/c factor mecánico (inmovilidad física,...) y/o presión sobre prominencia ósea.
- (00250) Riesgo de lesión del tracto urinario: “Vulnerable a una lesión de las estructuras del tracto urinario a causa del uso de catéteres, que puede comprometer la salud” r/c uso de catéter urinario durante tiempo prolongado.

- (00201) Riesgo de perfusión tisular cerebral ineficaz: “Vulnerable a una disminución de la circulación tisular cerebral, que puede comprometer la salud” r/c lesión cerebral (PN).

NOC	NIC
(0301) Autocuidados: baño	(1801) Ayuda con el autocuidados: baño / higiene (1610) Baño (1750) Cuidados perineales
(1101) Integridad tisular: piel y membranas mucosas	(3540) Prevención de las úlceras por presión (UPP) (610) Cuidados de la incontinencia urinaria (740) Cuidados del paciente encamado (3500) Manejo de presiones (3590) Vigilancia de la piel (840) Cambio de posición (3660) Cuidados de las heridas (PP)
(1100) Salud oral	(6550) Protección contra las infecciones (1710) Mantenimiento de la salud bucal

Evitar peligros ambientales / seguridad

Estos pacientes, por su situación crítica, no disponen de la capacidad necesaria para identificar las condiciones ambientales que aumentan el riesgo de sufrir lesiones, por lo tanto, no pueden prevenir los peligros por sí mismos. En esta necesidad, se valoran también los aspectos relacionados con factores medioambientales que influyen, de alguna manera, en el mantenimiento de la seguridad física, como por ejemplo los sentimientos / emociones ante una situación de peligro (ansiedad).

Diagnósticos:

- (00004) Riesgo de infección: “Vulnerable a una invasión y multiplicación de organismos patógenos, que puede comprometer la salud” r/c procedimientos invasivos.

- (00043) Protección ineficaz: “Disminución de la capacidad para protegerse de amenazas internas o externas, como enfermedades o lesiones” r/c deterioro neurosensorial e inmovilidad.
- (00146) Ansiedad: “Sensación vaga e intranquilizadora de malestar o amenaza acompañada de una respuesta autónoma” r/c estrés y amenaza de muerte.
- (00145) Riesgo de síndrome postraumático: “Vulnerabilidad a la persistencia de una respuesta desadaptada ante un acontecimiento traumático, abrumador, que puede comprometer la salud” r/c duración del acontecimiento traumático.
- (00133) Dolor crónico: “Experiencia sensitiva y emocional desagradable ocasionada por una lesión tisular real o potencial. Inicio súbito o lento de cualquier intensidad de leve a grave sin un final anticipado o previsible con una duración superior a tres meses” r/c efectos postraumáticos (PP).
- (00206) Riesgo de sangrado: “Vulnerable a una disminución del volumen de sangre, que puede comprometer la salud” r/c traumatismo (PP).
- (00049) Disminución de la capacidad adaptativa intracraneal: “Compromiso de los mecanismos dinámicos de líquido intracraneal que normalmente compensan el incremento del volumen intracraneal, resultando en repetidos aumentos desproporcionados de la presión intracraneal (PIC), en respuesta a una variedad de estímulos, nocivos o no” r/c lesión cerebral y/o aumento desproporcionado de la PIC tras un estímulo (PN).
- (00155) Riesgo de caídas: “Vulnerable a un aumento de la susceptibilidad a las caídas, que puede causar daño físico y comprometer la salud” r/c Disminución del nivel de conciencia y/o presencia de agitación (PN).

NOC	NIC
(1902) Control del riesgo	(4054) Manejo de un dispositivo de acceso venoso central (6540) Control de infecciones (6490) Prevención de caídas (PN)
(1211) Nivel de ansiedad	(5820) Disminución de la ansiedad (5230) Mejorar el afrontamiento
(3016) Satisfacción del paciente/usuario: manejo del dolor (PP)	(1400) Manejo del dolor (2210) Administración de analgésicos (910) Inmovilización (6482) Manejo ambiental: confort
(0401) Estado circulatorio (PP)	(4064) Cuidados circulatorios: dispositivo de ayuda mecánico (4022) Disminución de la hemorragia: heridas (7690) Interpretación de datos de laboratorio (2080) Manejo de líquidos/electrolitos
(0909) Estado neurológico (PN)	(2620) Monitorización neurológica (1878) Cuidados del catéter del drenaje de ventriculostomía / lumbar (2690) Protección contra las convulsiones
(0406) Perfusión tisular: cerebral (PN)	(2550) Mejora de la perfusión cerebral (2540) Tratamiento del edema cerebral

Comunicación con otros para expresar emociones, necesidades, temores, etc.

Estos pacientes presentan incapacidad para comunicarse verbalmente debido, entre otras cosas, a la presencia de lesiones que afectan a la comunicación, barreras físicas (IOT) y/o sedación. En ocasiones, presentan desorientación temporo-espacial y, a veces, no quieren relacionarse con la gente que les rodea (cuidador principal, enfermeras).

Diagnósticos:

- (00051) Deterioro de la comunicación verbal: “Capacidad reducida, retardada o ausente para recibir, procesar, transmitir y/o usar un sistema de

símbolos” r/c barreras físicas (IOT), dificultad para expresar pensamientos verbalmente (afasia, disfasia).

- (00069) Afrontamiento ineficaz: “Incapacidad para formular una apreciación válida de los agentes estresantes, elecciones inadecuadas de respuestas que se pondrán en práctica y/o incapacidad para utilizar los recursos disponibles” r/c cambio en los patrones de comunicación.

NOC	NIC
(0903) Comunicación expresiva	(4920) Escucha activa (4976) Mejoras la comunicación: déficit del habla
(0900) Cognición (PN)	(4720) Estimulación cognitiva (4820) Orientación de la realidad

6.1 Marco Semántico

Calidad. - Grado en el que un conjunto de características inherentes, cumple con la necesidad o expectativa establecida, generalmente implícita y obligatoria. Calidad grado en el que un conjunto de características (3.5.1) inherentes cumple
NOTA 1 El término "calidad" puede utilizarse acompañado de adjetivos tales como pobre, buena o excelente.

NOTA 2 "Inherente", en contraposición a "asignado", significa que existe en algo, especialmente como una característica permanente²⁰.

Conocimiento: Es el acumulo de información, adquirido de forma científica o empírica. Partiremos de que Conocer es aprehender o captar con la inteligencia los entes y así convertirlos en objetos de un acto de conocimiento. Todo acto de conocimiento supone una referencia mutua o relación entre: SUJETO - OBJETO Conocer filosóficamente hablando significa aprehender teóricamente los objetos, sus cualidades, sus modos, sus relaciones, en una palabra, poseer la verdad o por lo menos buscarla ansiosamente. Al conjunto de conocimientos racionales ciertos o probables que son obtenidos de manera metódica y verificables con la realidad, se organizan y son transmitidos, es llamada Ciencia²¹.

Indicadores. - Es una variable con características de calidad, cantidad y tiempo, utilizada para medir, directa o indirectamente los cambios en una situación y apreciar el progreso alcanzado en abordarla. Provee también una base para desarrollar planes adecuados para su mejoría. (OMS) ²².

Los indicadores son medidas indirectas de una determinada realidad, son el índice o reflejo de una situación. Constituyen el instrumento de mayor uso a la hora de realizar el diagnóstico de la situación de salud de cualquier sistema de salud del mundo. No sólo son útiles en el proceso de planificación, sino que también lo son para la realización de análisis epidemiológicos y para la investigación. El indicador es un instrumento de medición construido técnicamente y su importancia radica en que lo que se mide, represente una tasa (medición de riesgo) que en algunos casos posee un denominador variable. Un indicador de salud es una variable que

permite medir las condiciones que queremos conocer: nivel de vida, salud, educación, es decir, aquellos datos que repercuten en la salud de una población. Por medio de los indicadores se pueden describir procesos biológicos, demográficos, sociales o económicos. Sirven para establecer relaciones entre variables y valen para analizar la evolución de cualquier proceso. Los indicadores deben cumplir una serie de requisitos:

- Representativos de la variable que se quiere medir.
- Factibles. Se puedan obtener en la práctica con los datos disponibles.
- Objetivos. En circunstancias similares tienen que proporcionar el mismo resultado, aunque la medición haya sido realizada por distintas personas.
- Sensibles y con capacidad para captar los cambios ocurridos.
- Simples en su elaboración, lectura y comprensión.
- Específicos. Han de reflejar sólo los cambios ocurridos en la situación que se trata.
- Universales. Aceptados de forma general por la comunidad científica²³.

Auditoria. - es el examen de la gestión de un ente con el propósito de evaluar la eficiencia de sus resultados, con referencia a las metas fijadas, los recursos humanos, financieros y materiales empleados, la organización, utilización y coordinación de dichos recursos y los controles establecidos sobre dicha gestión.

La auditoría es el brazo operativo del control de gestión y constituye el instrumento clave para el mejoramiento de la calidad, con base en indicadores referenciales conocidos como estándares. Comisión Nacional de Calidad en Salud y Auditoria MSD.

Existen diferentes tipos de auditoria, de los cuales tomaremos en cuenta:

Auditoria interna:

- Se ejecuta en la propia institución
- Se lleva a cabo de acuerdo a normas establecidas en el presente manual
- Se ejecuta con los recursos humanos de la propia institución
- Abarca la estructura, procesos y resultados propios de la institución.
- Institucionalmente dependiente.

Auditoria externa:

- Se ejecuta por una institución externa o auditor independiente
- Se lleva a cabo de acuerdo a normas establecidas en el presente manual
- Los recursos humanos son los de la organización o institución externa que audita
- Abarca la estructura, procesos y resultados propios de la institución.
- Institucionalmente no dependiente²⁴.

Normas PRONACS

Documento establecido por consenso y aprobado por el Ministerio del área de Salud. Implica para el personal del sistema Nacional de Salud, reglas y líneas directrices o características para sus actividades o resultados que garanticen un nivel óptimo de orden y comparabilidad en un contexto dado “D.S. N.º 28562 de 22 de diciembre de 2005, Reglamento a la Ley N.º 3131; Art. 4 ²⁵.”

EVALUACION DE REGISTRO DE ENFERMERIA

Fecha.....

Nro.....

TIPO DE REGISTROS: Si No

a) Narrativo

b) Basado en Problemas

c) Informativo

N°		Verificación de ítems	Si	No	Observaciones
1	Estructura	Coloca nombre y apellido del paciente			
2		Numero de historia clínica			
3		Numero de cama			
4		Letra legible y comprensible			
5		Usa terminología científica			
6		Usa abreviaturas oficiales			
7		No deja líneas en blanco en el registro			
8		Borrones o tachones			
9		Coloca firma			
10		Coloca sello			
11		Mantiene orden cronológico			
12		Los registros de enfermería respetan el formato de la hoja de enfermería			
13		Usa el color de bolígrafo de acuerdo al turno			
14	Contenido	Registra los datos subjetivos del paciente			
15		Registra los datos objetivos del paciente			
16		Registra el diagnóstico de enfermería			
17		Registra la planificación para el cuidado (Priorización de problemas)			
18		Registra las intervenciones realizadas en el paciente			
19		Registra la evolución de los resultados			

Fuente: Elaboración propia, en base al Manual de Auditoria Medica, MS y D, PRONACS Bolivia 2008²⁴⁻²⁵.

VII.- DISEÑO METODOLOGICO

La presente investigación es de tipo descriptivo transversal se estudió las variables durante el primer semestre de la gestión actual de manera continua para determinar el manejo de la hoja de UTI por enfermería en relación a las variables de estudio.

7.1 Tipo de Estudio. - Se realizó un estudio observacional y descriptivo.

Es observacional porque el investigador no posee la facultad de manipular las variables.

Es descriptivo se limita a describir determinantes características del grupo de elementos estudiados, sin realizar comparaciones de otros grupos.

7.2 Área de Estudio

El área de estudio se realizó al profesional de enfermería que trabaja en UTI en la institución Caja Bancaria Estatal de Salud ubicado en La Paz - Bolivia.

7.3 Universo y Muestra

Universo. - Se tomó como universo a 14 profesionales de Enfermería que trabaja en Unidad de Terapia Intensiva de la Caja Bancaria Estatal de Salud.

Muestra. - Como muestra se tomó el total que son 14 profesionales de Enfermería que trabaja en UTI en el turno mañana, tarde y noche A y B y fin de semana.

7.4 Criterios de Inclusión y Criterios de Exclusión

7.4.1 Criterios de Inclusión

- Enfermeras con una antigüedad de trabajo mayor ó igual a 6 meses en UTI
- Enfermeras a contrato ó ITEM
- Enfermeras que deseen participar en la presente investigación.

7.4.2 Criterios de Exclusión

- Personal profesional de Jefatura de Enfermería

- Personal profesional de Enfermera de vacaciones, reemplazante
- Enfermera que no deseen participar en el estudio.
- Que no cumpla con los criterios de inclusión.

7.5 Variables

7.5.1 Variables dependientes

Manejo de la hoja de UTI por Enfermería

7.5.2 Variables independientes

- Edad
- Hoja de UTI
- Enfermera
- Experiencia laboral

7.5.3 Operacionalización de Variables

Nombre de la variable	Concepto	Tipo de variable	Escala	Indicador
Edad	La edad es el periodo en el que transcurre la vida de un ser vivo	Cuantitativa continua	a) De 25 a 30 b) 31 a 40 c) 41 a 50 d) 51 a mas	Tabla de frecuencia Porcentual
Experiencia laboral	Generalmente se refiere al conocimiento procedimental (cómo hacer algo), en lugar del conocimiento factual (qué son las cosas).	Cuantitativa continua	a) De 6 meses a un año b) De 1 a 2 c) De 3 a mas	Tabla de frecuencia Porcentual
Forma de	El derecho al	Cualitativa	a) Contrato	Tabla de

acceso al trabajo	es el derecho fundamental humano por el que toda persona tiene		b) Ítem	frecuencia Porcentual
Hoja de Registro de terapia	Registro Clínico de Enfermería como instrumento para determinar el nivel	Cualitativa	<ul style="list-style-type: none"> • Un documento de valor legal • Un documento de valor científico • Un documento basado en normas de registro • Un documento que permite investigación • Todos 	Tabla de frecuencia Porcentual
Herramientas de evaluación en auditoria medica	Es un proceso interdisciplinario, que permite al realizar la evaluación del acto médico, con objetivos de: Mejorar la práctica médica, Mejorar la calidad de la atención médica	Cualitativa	SI NO	Tabla de frecuencia Porcentual
hoja de registro de terapia	Es una recolección de datos u hoja de	Cualitativa	SI NO	Tabla de frecuencia Porcentual

	registro para reunir y clasificar las informaciones según determinadas categorías de un evento o problema que se desee estudiar.			
hoja de registro de terapia intensiva	Es una recolección de datos u hoja de registro para reunir y clasificar las informaciones según determinadas categorías de un evento o problema que se desee estudiar.	Cualitativa	<p>a) Datos del paciente, Registro los datos subjetivos del paciente, Valoración de signos vitales, valoración por sistemas, aplicación del NANDA</p> <p>b) Registro de datos subjetivos del paciente, Valoración de signos vitales, valoración por sistemas, aplicación del NANDA</p> <p>c) Datos del paciente, Registra los datos subjetivos del paciente, Valoración de signos vitales, valoración por sistemas.</p>	Tabla de frecuencia Porcentual

Aplicación del método S.O.A.P.I.E.	Subjetivo Objetivo Análisis Plan Intervenciones Evaluación	Cualitativa	SI NO	Tabla de frecuencia Porcentual
Mejorar la hoja de terapia	Situación favorable, de proceso o perfeccionamiento de las cosas o las personas en su constitución.	Cualitativa	SI NO	Tabla de frecuencia Porcentual

7.6 Métodos y Técnicas

Para evaluar el registro de la hoja de terapia intensiva por enfermería se aplicó la encuesta y la hoja de observación a todos los profesionales de enfermería de la unidad de terapia intensiva, Caja Bancaria estatal de Salud en los diferentes turnos previo solicitud de consentimiento informado.

7.7 Procesamiento y análisis

Una vez elaborado la base de datos se procesó en forma gráficos y tablas para su posterior interpretación y análisis de las variables de resultados

7.7.1 Plan de tabulación y análisis

El procesamiento del trabajo se realizó el vaciado de datos obtenidos en las encuestas al programa Excel de cada una de las variables.

VIII.-CONSIDERACIONES ETICAS

Para el desarrollo del presente estudio de investigación, se ha solicitado el permiso correspondiente al director del hospital Caja Bancaria Estatal de Salud, jefe de enseñanza, jefa de enfermeras previa presentación del perfil del proyecto. Para la aplicación de encuesta y hoja de observación a los profesionales de enfermería de la UTI se solicitó el previo consentimiento informado, respetando el principio de autonomía (ver anexo N°1).

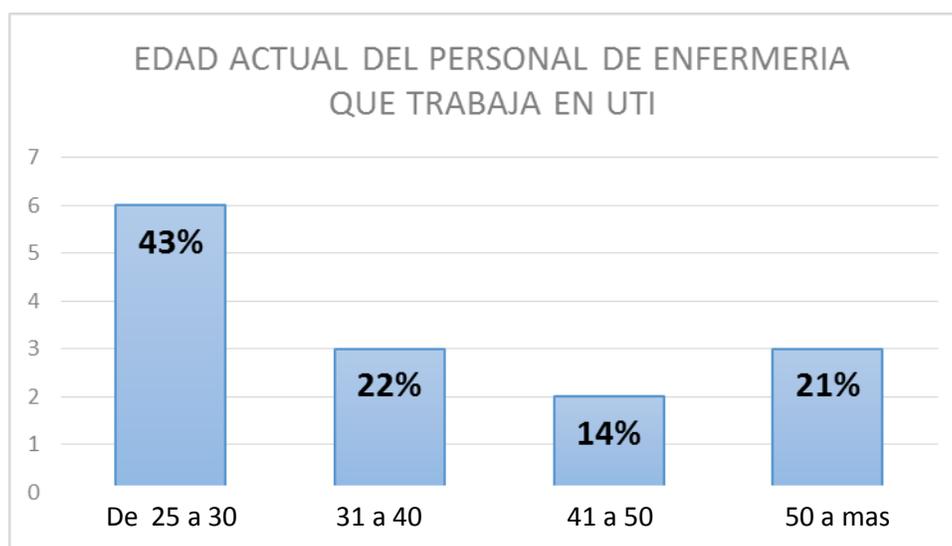
IX.- RESULTADOS

TABLA N° 1

**EDAD ACTUAL DEL PERSONAL DE ENFERMERIA QUE TRABAJA EN UTI
CAJA BANCARIA ESTATAL DE SALUD, CIUDAD DE LA PAZ GESTIÓN 2018**

1.- EDAD ACTUAL	N°	%
DE 25 a 30	6	43%
31 a 40	3	22%
41 a 50	2	14%
50 a mas	3	21%
TOTAL	14	100%

Grafica N°1



Fuente: Encuesta

Elaboración: propia

Análisis: el personal de enfermería que trabaja en 43% abarca entre 25 a 30 años

TABLA N° 2

EXPERIENCIA LABORAL EN U.T.I
CAJA BANCARIA ESTATAL DE SALUD, CIUDAD DE LA PAZ GESTIÓN 2018

Tiempo	N°	%
De 6 meses a un año	7	50%
De 1 a 2	2	14%
De 3 a mas	5	36%
TOTAL	14	100%

Grafica N°2



Fuente: Encuesta

Elaboración: propia

Análisis: el personal profesional de enfermería que trabaja en UTI un 50% tiene experiencia > ó = a 6 meses y el 14% presenta experiencia entre 1 a 2 años.

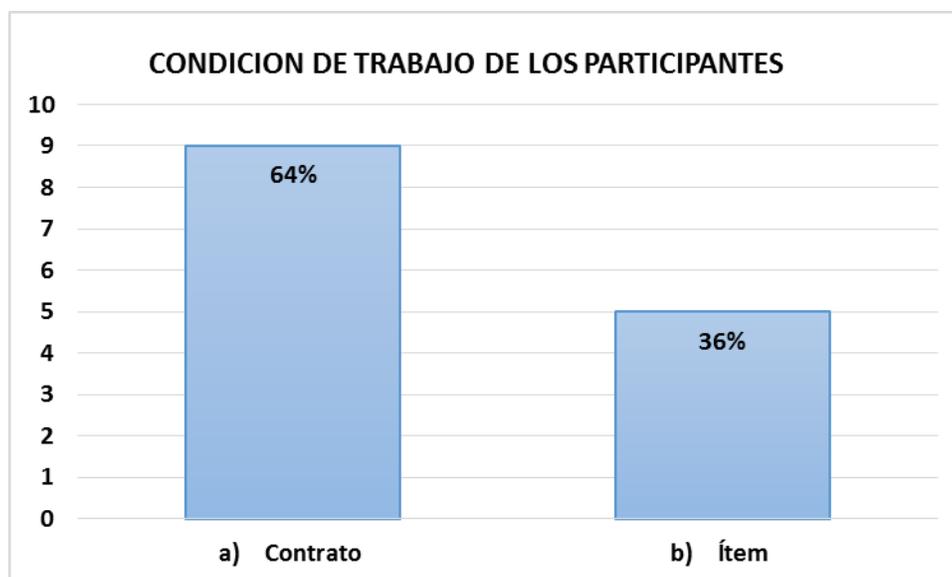
TABLA N°3

CONDICION DE TRABAJO DE LOS PARTICIPANTES

CAJA BANCARIA ESTATAL DE SALUD, CIUDAD DE LA PAZ GESTIÓN 2018

Trabaja en la institución de forma:	N°	%
Contrato	9	64%
Ítem	5	36%
TOTAL	14	100%

GRAFICO N°3



Fuente: Encuesta

Elaboración: propia

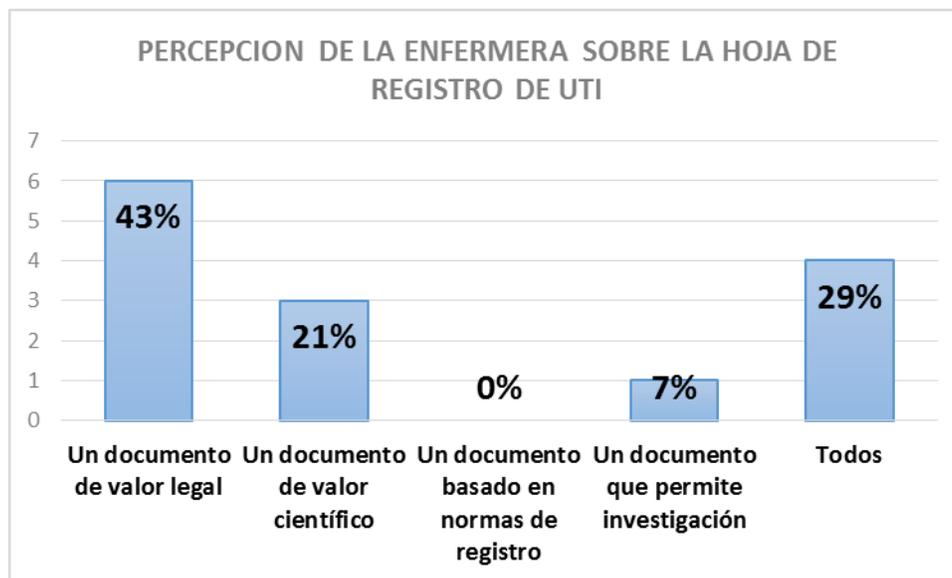
Análisis: el personal profesional de enfermería que trabaja en UTI un 64% es a contrato y el 36% son con Ítems.

TABLA N°4

**PERCEPCION DE LA ENFERMERA SOBRE LA HOJA DE REGISTRO DE UTI
CAJA BANCARIA ESTATAL DE SALUD, CIUDAD DE LA PAZ GESTIÓN 2018**

Percepción	N°	%
Un documento de valor legal	6	43%
Un documento de valor científico	3	21%
Un documento basado en normas de registro	0	0%
Un documento que permite investigación	1	7%
Todos	4	29%
TOTAL	14	100%

GRAFICO N° 4



Fuente: Encuesta

Elaboración: propia

Análisis: el personal profesional de Enfermería que trabaja en UTI el 43% indica que es un documento legal y 29% refiere que son todos.

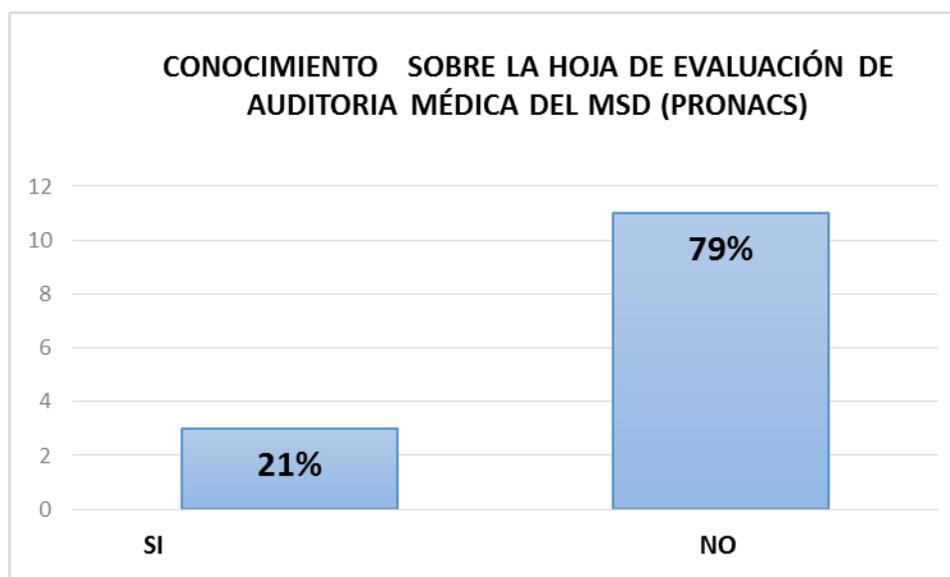
TABLA N°5

**CONOCIMIENTO SOBRE LA HOJA DE EVALUACIÓN DE AUDITORIA
MÉDICA DEL MSD (PRONACS)**

CAJA BANCARIA ESTATAL DE SALUD, CIUDAD DE LA PAZ GESTIÓN 2018

Conocimiento	N°	%
SI	3	21%
NO	11	79%
TOTAL	14	100%

GRAFICO N° 5



Fuente: Encuesta

Elaboración: propia

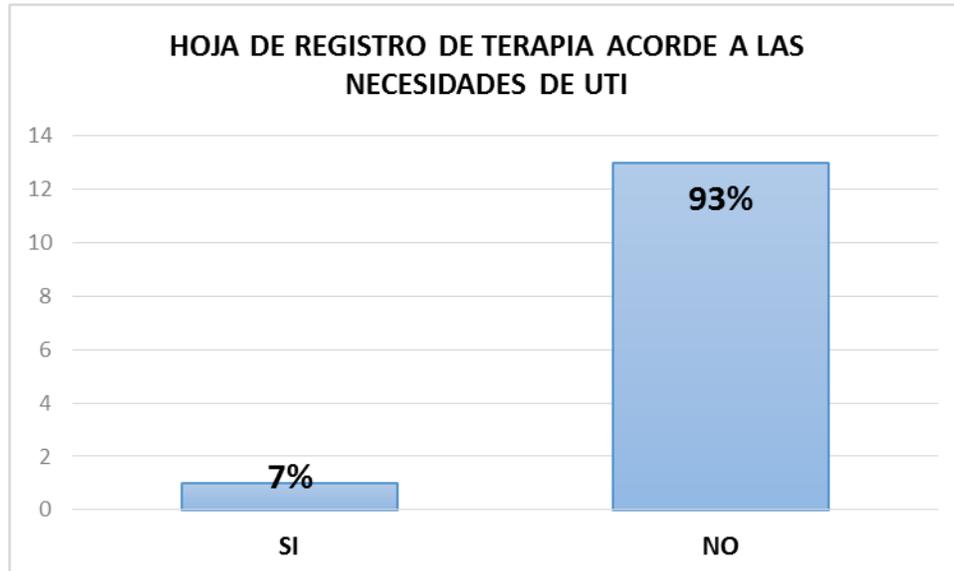
Análisis: el personal profesional de Enfermería que trabaja en UTI 79% y 21% si conoce.

TABLA N°6

**HOJA DE REGISTRO DE TERAPIA ACORDE A LAS NECESIDADES DE UTI
CAJA BANCARIA ESTATAL DE SALUD, CIUDAD DE LA PAZ GESTIÓN 2018**

Cree que la hoja de registro de terapia está acorde a las necesidades que se requiere en una UTI	N°	%
SI	1	7%
NO	13	93%
TOTAL	14	100%

GRAFICO N° 6



Fuente: Encuesta

Elaboración: propia

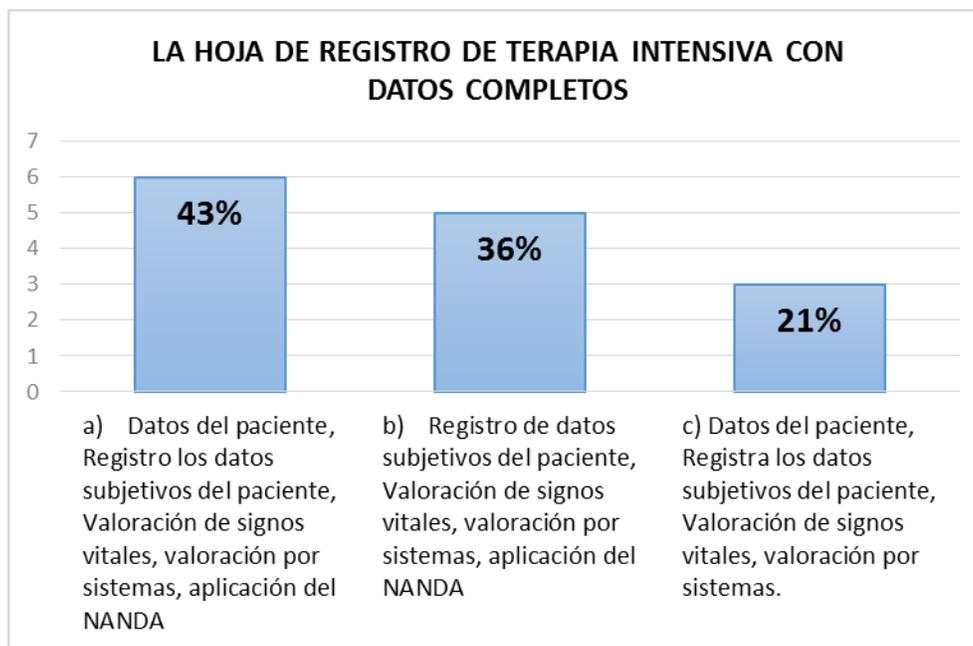
Análisis: el personal profesional de Enfermería que trabaja en UTI el 93% indica que no está acorde a necesidades que requiere en el registro de los datos obtenidos para una mejor atención en el paciente en UTI y el 7% no menciona

TABLA N°7

**LA HOJA DE REGISTRO DE TERAPIA INTENSIVA CON DATOS COMPLETOS
CAJA BANCARIA ESTATAL DE SALUD, CIUDAD DE LA PAZ GESTIÓN 2018**

La hoja de registro de terapia intensiva es importante que cuente con:	N°	%
a) Datos del paciente, Registro los datos subjetivos del paciente, Valoración de signos vitales, valoración por sistemas, aplicación del NANDA	6	43%
b) Registro de datos subjetivos del paciente, Valoración de signos vitales, valoración por sistemas, aplicación del NANDA	5	36%
c) Datos del paciente, Registra los datos subjetivos del paciente, Valoración de signos vitales, valoración por sistemas.	3	21%
TOTAL	14	100%

GRAFICO N° 7



Fuente: Encuesta

Elaboración: propia

Análisis: el personal profesional de enfermería que trabaja en UTI 43% menciona que debe tener datos del paciente, Registro los datos subjetivos del paciente Valoración de signos vitales, valoración por sistemas, aplicación del NANDA y 36% Registro de datos subjetivos del paciente, Valoración de signos vitales, valoración por sistemas, aplicación del NANDA.

TABLA N°8

**MÉTODO S.O.A.P.I.E EN LA HOJA DE REGISTRO DE TERAPIA INTENSIVA
CAJA BANCARIA ESTATAL DE SALUD, CIUDAD DE LA PAZ GESTIÓN 2018**

Aplica el método S.O.A.P.I.E en la hoja de registro de terapia intensiva	N°	%
SI	3	21%
NO	11	79%
TOTAL	14	100%

GRAFICA N°8



Fuente: Encuesta

Elaboración: propia

Análisis: el personal profesional de Enfermería que trabaja en UTI el 79% no hace la aplicación del S.O.A.P.I.E en la hoja de UTI y 21% si indica que hace la aplicación del S.O.A.P.I.E.

TABLA N°9

**ACTUALIZACION DE LA HOJA DE REGISTRO DE UTI
CAJA BANCARIA ESTATAL DE SALUD, CIUDAD DE LA PAZ GESTIÓN 2018**

Está de acuerdo en mejorar la hoja de registro de terapia intensiva.	N°	%
SI	13	93%
NO	1	7%
TOTAL	14	100%

GRAFICO N° 9



Fuente: Encuesta

Elaboración: propia

Análisis: el personal profesional de enfermería que trabaja en UTI 93% está de acuerdo en mejorar la hoja de registro de terapia intensiva y el 7% que no desea que representa a una sola profesional.

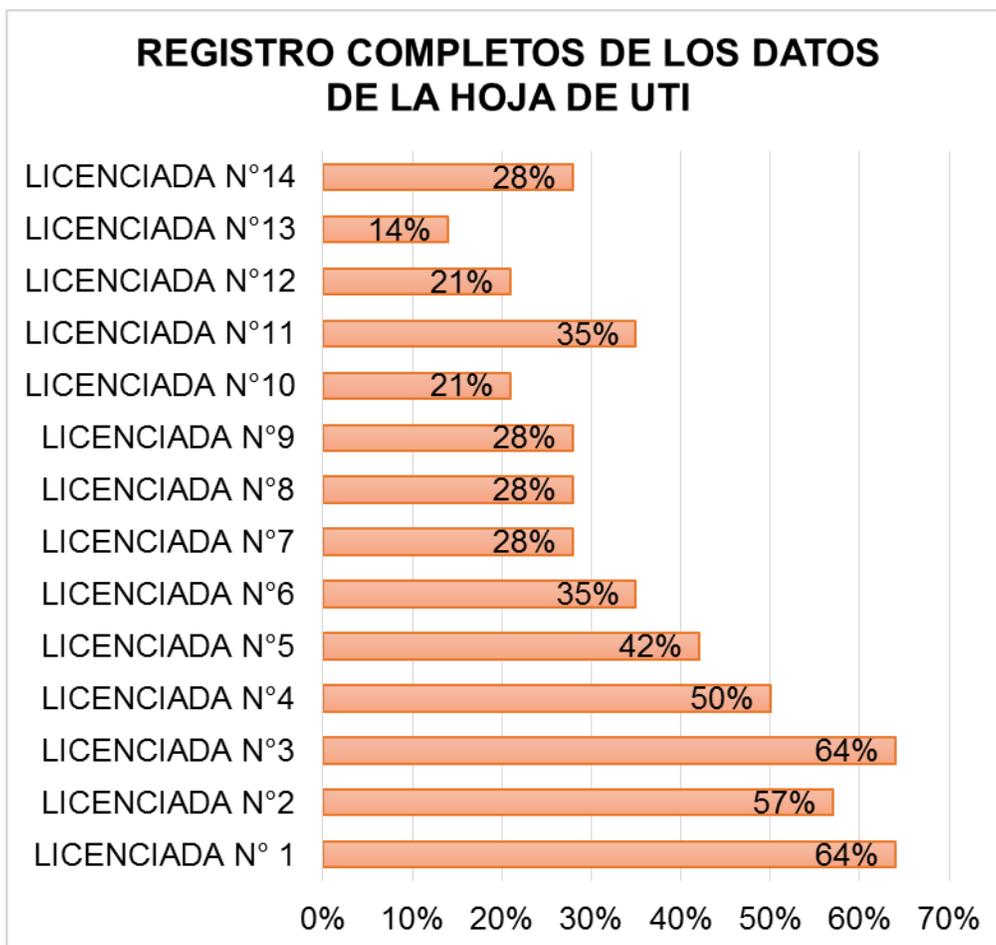
TABLA N° 10

**REGISTRO COMPLETOS DE LOS DATOS DE LA HOJA DE UTI
CAJA BANCARIA ESTATAL DE SALUD, CIUDAD DE LA PAZ GESTIÓN 2018**

PERSONAL DE OBSERVACION	PUNTAJE
LICENCIADA N° 1	64%
LICENCIADA N°2	57%
LICENCIADA N°3	64%
LICENCIADA N°4	50%
LICENCIADA N°5	42%
LICENCIADA N°6	35%
LICENCIADA N°7	28%
LICENCIADA N°8	28%
LICENCIADA N°9	28%
LICENCIADA N°10	21%
LICENCIADA N°11	35%
LICENCIADA N°12	21%
LICENCIADA N°13	14%
LICENCIADA N°14	28%

Gráfico N° 10

REGISTRO COMPLETOS DE LOS DATOS DE LA HOJA DE UTI CAJA BANCARIA ESTATAL DE SALUD, CIUDAD DE LA PAZ GESTIÓN 2018



FUENTE: Encuesta de observación

Elaboración: propia

Análisis: en la observación el 14% no realiza el registro correspondiente y el 64% refleja que solo dos profesionales de salud realizar el registro, de acuerdo a estos datos ningún personal de salud llega al 80% óptimo.

TABLA N°11

**REGISTRO COMPLETOS DE LOS DATOS DE LA HOJA DE UTI,
CALIDAD DE REGISTRO EN LA HOJA DE UTI POR ENFERMERIA
CAJA BANCARIA ESTATAL DE SALUD, CIUDAD DE LA PAZ GESTIÓN 2018**

Nº	PROCEDIMIENTO	Si Cumple	No cumple	TOTAL		
1.-	Datos del paciente y Nª historia clínica	12	2	14		
2.-	Registra la fecha, hora, año y diagnóstico de ingreso del paciente	8	6	14		
3.-	Realiza el registro sin borrones, sin corrector y con limpieza	3	11	14		
4.-	Registra los datos subjetivos del paciente	5	9	14		
5.-	Registra datos objetivos siguientes:	11	3	14		
	a) Valoración de signos vitales					
	b) Valoración de piel y mucosa			7	7	14
	c) Valoración neurológica			4	10	14
	d) Valoración cardiovascular			5	9	14
	e) Valoración respiratorio			5	9	14
	f) Valoración digestiva			3	11	14
	g) Valoración renal			6	8	14
	h) Valoración metabólica			3	11	14
	i) Valoración nutricional			3	11	14
	j) Valoración de las extremidades			9	5	14
	k) Valoración de líneas venosas y arteriales			5	9	14
	l) Valoración infecciosa			4	10	14
6.-	Utiliza etiqueta de diagnóstico de la NANDA	1	13	14		

7.-	Registra la planificación o objetivo	0	14	14
8.-	Registra las intervenciones de enfermería (NIC)	0	14	14
9.-	Registra la evaluación de los resultados (NOC)	0	14	14
10	Menciona procedimientos especiales realizado al paciente durante el turno	6	8	14
11.-	Registra la enfermera con el color del turno designado	14	0	14
12.-	Registra con letra molde o manuscrito sin dificultad para ser leído	3	11	14
13.-	Deja espacios blancos en el registro de enfermería	7	7	14
14.-	Coloca sello y firma de la enfermera que atendió al paciente	13	1	14
	TOTAL			14

Gráfico N°11

**REGISTRO COMPLETOS DE LOS DATOS DE LA HOJA DE UTICALIDAD DE
REGISTRO EN LA HOJA DE UTI POR ENFERMERIAUTI
CAJA BANCARIA ESTATAL DE SALUD, CIUDAD DE LA PAZ GESTIÓN 2018**



Fuente: Encuesta

Elaboración: propia

Análisis: el personal profesional de Enfermería que trabaja en UTI 0% del personal no hace la aplicación del NIC, NOC NANDA 79%.

X.- CONCLUSIONES

- En relación al cumplimiento del registro de la hoja actualizada de la Unidad de Terapia Intensiva por Enfermería en la observación el 14% no realiza el registro correspondiente y el 64% refleja que solo dos profesionales de salud realizan el registro, de acuerdo a estos datos ningún personal de salud llega al 80% que llegaría a ser óptimo.
- En relación al objetivo planteado se identifica los datos sociodemográficos del personal que trabaja en UTI el 43% abarca entre 25 a 30 años, identificando que es ese el promedio de edad que trabaja en UTI.
- El personal profesional de enfermería que trabaja en UTI de la Caja Bancaria Estatal de Salud el 50% tiene experiencia > ó = a 6 meses y el 14% presenta experiencia entre 1 a 2 años, este dato es importante debido a que el personal no tiene una experiencia mayor a dos años.
- El personal profesional de enfermería que trabaja en UTI un 64% es a contrato y el 36% son con Ítems, este resultado refleja que existe más personal que trabaja en contrato, es importante debido a que el personal que trabaja no es fijo y esto tiende a cambiar constante mente el personal de enfermería.
- En la determinación que el conocimiento sobre el manejo del registro de la Hoja de Terapia Intensiva por enfermería en base a los estándares de auditoria médica el personal profesional de Enfermería que trabaja en UTI 79% desconoce este instrumento y 21% si conoce, es importante que el personal conozca de este instrumento. El personal profesional de Enfermería que trabaja en UTI el 93% indica que no está acorde a necesidades que requiere en el registro de los datos obtenidos para una mejor atención en el paciente en UTI y el 7% no menciona
- Se identifica el cumplimiento de registros en base a normas PRONACS del Ministerio de Salud, el 71% no conoce este instrumento y el 13% si conoce, es importante que el personal tenga conocimiento sobre este instrumento.
- En la identificación de la percepción del personal de Enfermería en cuanto al registro de la Hoja de Terapia Intensiva el personal profesional de

enfermería que trabaja en UTI 93% está de acuerdo en mejorar la hoja de registro de terapia intensiva y el 7% que no desea que represente a una sola profesional.

- En cuanto a la observación al personal profesional de Enfermería que trabaja en UTI 0% no aplica el NIC, 79% NOC NANDA sin embargo no elaboran los diagnósticos del NANDA.

Se llega a la conclusión de que se debe realizar una nueva Hoja de registro para realizar un buen trabajo en relación al registro de la hoja de la Unidad de Terapia Intensiva, para que se registre las diferentes actividades de enfermería que se realiza durante las 24 horas del día, así mismo el mismo personal de enfermería debe conocer este instrumento para su aplicación. Se debe actualizar la hoja de terapia acorde a la situación de salud real

Mejorar el registro de enfermería con datos reales que contribuyan al paciente y a la institución.

XI.- RECOMENDACIONES

- Se propone mejorar el registro de la Hoja de Terapia Intensiva por Enfermería a través de la aplicación de nueva hoja de terapia actualizada acorde a la situación de salud actual, tomando en cuenta las normas internacionales existentes, para que todas/os los profesionales de la Caja Bancaria Estatal de Salud.
- Que se realicen otros trabajos de investigación después de haber aplicado la nueva hoja de registro de UTI por Enfermería.
- Plan de capacitación para el manejo de la nueva hoja de registro de Unidad de Terapia Intensiva
- Sociabilizar con jefatura de enfermería para el manejo de la hoja de registro de la Unidad de Terapia Intensiva por enfermería.
- Que este nuevo instrumento se parte del expediente clínico.

XII.-BIBLIOGRAFÍA

- 1.- J.J. López-Cocotlea, M.G. Moreno-Monsiváis b y C.H. Saavedra-Vélez, Construcción y validación de un registro clínico para la atención asistencial de enfermería, México, 12 de julio de 2017, pag. 294
- 2.- Guillermo J., Pastor P., Aplicación del proceso de atención de enfermería en cuidados intensivos. Colombia. 2010.
- 3.- Hospital Nacional Cayetano Heredia. Mejorando la Calidad de los Registros de Enfermería en la Historia Clínica de los Servicios de Hospitalización del Hospital Nacional Cayetano Heredia Abril-Noviembre. 2013.
- 3.- Proyecto de Mejora continúa. Hospital Nacional Cayetano Heredia. Mejorando la calidad de los registros asistenciales de la historia clínica en el departamento de pediatría del Hospital Cayetano Heredia, marzo-Setiembre 2013.
- 4.- Morales S., Calidad de las Notas de Enfermería en la Unidad de Cuidados Intensivos. Hospital Regional Moquegua. 2011.
- 5.- M.A. Fernández M, J. Gómez R. Evaluación del impacto de las intervenciones realizadas para mejorar el registro de valoración de enfermería al ingreso, España.
- 6.-Lic. M. Alarcon P., Calidad De Las Notas De Enfermería En La Unidad De Cuidados Intensivos - Hospital Hipólito Unanue De Tacna Año 2013, Tacna- Perú 2014, Pag.: 5
- 7.- Bach. E.Condori T., Nivel de aplicación del proceso de atención de enfermería y la calidad de las notas de enfermería en las enfermeras del Hospital Carlos Monge Medrano, Juliaca – 2015, Pag.: 10.
- 8.- Lic. Enf. J. López C., Intervención educativa en el personal de enfermería para mejorar la calidad del registro clínico de una institución privada, México, Mayo de 2015, Pag.: 14.
- 9.- A. Albornoz C, B. Cañas A, E. Martínez M., Implementación Y Confiabilidad De La Escala Modificada Del Glasgow Por Palma & Cook En Los Pacientes Intubados, Chile, 2011; VOL 26(2): 129-139.
- 10.- Guillermo J., Pastor P., Aplicación del proceso de atención de enfermería en cuidados intensivos. Colombia. 2010.

García Ramírez A, Navío M, Morganizo L. Normas básicas para la elaboración de los Registros de Enfermería. Madrid: [s.n.]; 2007.

11.- Thoroddsen A. Applicability of the nursing interventions clasification to describe nursing. Scandinavian Journal of caring Sciences, 2005; 19 (2): 128-139)

12.- Lic. A. Durán, "SIGNOS VITALES" , Argentina, Agosto de 2017, pag. 6-29

13.-J. Villegas, O. Villegas A., Semiología de los signos vitales: Una mirada novedosa a un problema vigente, Colombia, 31-Octubre -2012, pag. 17-18.

14.-R. Mendoza F., C. Blanco T., Neuroanatomía de la Escala de Coma de Glasgow, Colombia, 30 Noviembre 2017, Pag.: 244-245.

15.-S. Bush, P. Grassau, La Escala de Agitación-Sedación de Richmond modificada para pacientes internados en cuidados paliativos (RASS-PAL): un estudio piloto que explora la validez y la viabilidad en la práctica clínica, 31 de marzo de 2014.

16.- P. Gómez-C. Pérez, J. Navarro A., Guia Práctica De Enfermería En El Paciente Crítico. 2ª Edición. España, Marzo 2012, Pag. : 102-103.

17.-M. Muñoz A., L. F. Jaime M., Fluidoterapia Intravenosa En Urgencias Y Emergencias, Malaga, Pag.: 7-12

18.-S.Cedeño T., D. Guananga, "CALIDAD DE LOS REGISTROS DE ENFERMERÍA EN LA HISTORIA CLÍNICA EN EL HOSPITAL ABEL GILBERT PONTÓN 2013". Guayaquil – Ecuador, Pag. 75-86, año 2012 – 2013

19.- Bach. N. Miranda M., "Aplicación Del Proceso De Atención De Enfermería Por Los Internos De Enfermería De La Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann De Tacna 2009", Tacna- Perú, 2010, Pag.: 43-47.

20.- ISO 9000 (Organización Internacional de Normalización). Norma Internacional: Sistemas de gestión de la calidad — Fundamentos y vocabulario (Traducción certificada). Ginebra: ISO; 2005. Pag.: 7

21.-Dra. S. Cheesman de Rueda, Conceptos Básicos En Investigación., Guatemala, Enero 2014, Pag.: 1.

22.- Eu A. Cambón R., Indicadores, 11-05-2015, Pag. 2.

23.- Indicadores y medidas del estado de salud, Madrid, Pag., 3.

- 24.- Manual De Auditoria y Norma Técnica, Ministerio de Salud y Deportes, La Paz - Bolivia 2018, Pag.: 22.
- 25.- Dr. J. Luna Orozco, Dr. E. Caceres Vega, Bases para la Organización y funcionamiento del proyecto Nacional de calidad en Salud (PRONACS) La Paz – Bolivia, pag 7.
- 26.- López, R. Importancia de los registros de enfermería. MEDWARE. 2004. Disponible en: <http://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/Enfermeria/Mayo2004/2793>. Recuperado el: 4-07-15.
- 27.- Lic. M. Chipana G. Aplicación Del Proceso Enfermero Con El Formato Sistemático S.O.A.P.I.E. En El Registro De Enfermería De La Unidad De Terapia Intensiva Del Instituto Nacional De Tórax, Gestión 2014-2015, pág. 113-114, La Paz-Bolivia.

Anexo N° 1

ACTIVIDADES	Enero	febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio
Elaboración y aprobación del anteproyecto	X	x	X				
Revisión bibliográfica	X	x	x	x	x	X	
Elaboración del Encuesta Y Cuestionario De Conocimientos Sobre Registros De Enfermería Aplicados A Los Profesionales De Enfermería		x	x	x			
Elaboración de la hoja de observación		X	x	x			
Aplicación de las encuestas y la hoja de observación			x	x	X		
Análisis, conclusiones, recomendaciones de los resultados.					x	x	X
Elaboración de informe final					x	x	X
Presentación de la propuesta de intervención							x

Anexo 2

La Paz, 26 de junio del 2018

Señor:

Dr. Edgar Eduardo Flores
DIRECTOR GENERAL EJECUTIVO
DE LA CAJA BANCARIA ESTATAL DE SALUD
Presente.



**REF.: SOLICITUD DE PERMISO PARA REALIZAR UN ESTUDIO SOBRE
REGISTRO DE LA HOJA DE TERAPIA INTENSIVA.**

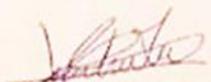
Distinguida Doctor:

Mediante la presente solicito el permiso de su autoridad para llevar a cabo el proyecto de intervención que **TITULA: REGISTRO DE LA HOJA DE TERAPIA INTENSIVA POR ENFERMERÍA DE LA CAJA BANCARIA ESTATAL DE SALUD, CIUDAD DE LA PAZ GESTIÓN 2018**, para obtener el título de Especialidad en Enfermería en Medicina Crítica y Terapia Intensiva, POSTGRADO UMSA.

A la conclusión del trabajo de intervención se le hará llegar un ejemplar como constancia de la investigación y sea un material valioso para futuros investigadores.

A tiempo de agradecer su importante colaboración, reitero a usted mis consideraciones más distinguidas

Atentamente,


Lic. Julia Limachi Tambo

Estudiante Postgrado UMSA

La Paz, Junio 29, 2018
CITE: C.B.E.S./E.I.591

Señora:
Dra. Andrea Clavijo Rueda
Directora de Salud
Caja Bancaria Estatal
Presente.

De mi consideración:

Cursa en Enseñanza
realización de un Programa
por Enfermería de la
la obtención del Título
del Postgrado de la U

Al respecto me
embargo previo inicio
método científico.

Sin otro partici

La Paz, 27 de junio de 2018
CITE: CBES/DGE/No. 1115/2018

Señora:
Dra. Andrea L. Clavijo Rueda
DIRECTORA DE SALUD
CAJA BANCARIA ESTATAL DE SALUD
Presente:

REF: SOLICITUD DE PERMISO PARA REALIZAR UN ESTUDIO
SOBRE REGISTRO DE LA HOJA DE TERAPIA INTENSIVA

Adjunto a la presente ORIGINAL de Nota emitida por la Lic. Julia Limachi Tambo, recepcionada en fecha 26 de junio de 2018, referente a la "Solicitud de permiso para realizar un Estudio sobre Registro de la hoja de Terapia Intensiva".

El mismo es remitido a su Dirección para su conocimiento y consideración, en coordinación con la jefa de Enseñanza e Investigación Dra. Roxana Miranda Larrea.

Atentamente

Dr. Edgar Edoardo Flores
DIRECTOR GENERAL EJECUTIVO
Caja Bancaria Estatal de Salud

EEEF/gerencia
C. E. Salud
Avda. La Salle s/n. El Alto

Dra. Miranda
Favor autorizar
la publicación del
de solicitud
Dra. Andrea Clavijo Rueda
DIRECTORA DE SALUD
CAJA BANCARIA ESTATAL DE SALUD
29 JUN 2018

!!! Su Salud es lo primero. !!!



**VALIDACION POR EXPERTOS DE LOS INSTRUMENTOS DE RECOLECCION
DE DATOS**

La Paz 11 de Julio de 2018

Yo.....

Portador (a) de la C.I. Nro....., por medio de la presente hago constar que he leído y evaluado el instrumento de recolección de datos correspondiente al trabajo de investigación “REGISTRO DE LA HOJA DE TERAPIA INTENSIVA POR ENFERMERÍA DE LA CAJA BANCARIA ESTATAL DE SALUD, CIUDAD DE LA PAZ GESTIÓN 2018.” presentado por la LIC. JULIA LIMACHI TAMBO con C.I. 6725323 LP, para optar el grado de ESPECIALIDAD DE ENFERMERIA EN MEDICINA CRITICA Y TERAPIA INTENSIVA, el cual apruebo en calidad de validador.

FIRMA:

C.I.....

FECHA:

**REGISTRO DE LA HOJA DE TERAPIA INTENSIVA POR ENFERMERÍA
DE LA CAJA BANCARIA ESTATAL DE SALUD, CIUDAD DE LA PAZ GESTIÓN
2018.**

INSTRUCCIONES: Leer cuidadosamente y marcar lo más honestamente posible, las siguientes preguntas (los datos de aquí recolectados se manejarán de forma confidencial, pues serán tomadas exclusivamente para la elaboración de nuestra investigación)

1.-Cuál es su edad actual:

- a) De 25 a 30
- b) 31 a 40
- c) 41 a 50
- d) 51 a mas

2.- Cuántos años trabaja en la U.T.I

- a) De 6 meses a un año
- b) De 1 a 2
- c) De 3 a mas

3.- Trabaja en la institución de forma:

- a) Contrato
- b) Ítem

4.- La hoja de registro de UTI por enfermería es:

- 1) Un documento de valor legal
- 2) Un documento de valor científico
- 3) Un documento basado en normas de registro
- 4) Un documento que permite investigación
- 5) Todos

5.- Conoce la hoja de Evaluación de Registro De Enfermería de auditoría médica

SI

NO

6.- Cree que la hoja de registro de terapia está acorde a las necesidades que se requiere en una UTI

SI

NO

7.- La hoja de registro de terapia intensiva es importante que cuente con:

- a) Datos del paciente, Registro los datos subjetivos del paciente, Valoración de signos vitales, valoración por sistemas, aplicación del **NANDA**
- b) Registro de datos subjetivos del paciente, Valoración de signos vitales, valoración por sistemas, aplicación del **NANDA**
- c) Datos del paciente, Registra los datos subjetivos del paciente, Valoración de signos vitales, valoración por sistemas.

8.- Aplica el método **S.O.A.P.I.E** en la hoja de registro de terapia intensiva.

SI

NO

9.- Está de acuerdo en mejorar la hoja de registro de terapia intensiva.

SI

NO

HOJA DE OBSERVACION

REGISTRO DE LA HOJA DE TERAPIA INTENSIVA POR ENFERMERÍA DE LA CAJA BANCARIA ESTATAL DE SALUD, CIUDAD DE LA PAZ GESTIÓN 2018.

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

Fuente: Encuesta De Conocimientos, Actitudes Y Prácticas De La Hoja De Enfermería En La U.T.I.

Anexo 4

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yohe sido informado(a) del trabajo de investigación que se está realizando en la especialidad medicina crítica y terapia intensiva en enfermería mención Postgrado de la Facultad de la Universidad mayor de san Andrés(UMSA) sobre **Registro De La Hoja De Terapia Intensiva Por Enfermería De La Caja Bancaria Estatal De Salud, Ciudad De La Paz** cuya investigadora principal es la Lic. Julia Limachi Tambo.

Declaro haber sido informado(a) de manera verbal y a través de la lectura de una hoja de información, donde se menciona el propósito de la investigación, procedimiento a seguir. Estoy informado (a) que toda información que brinde será estrictamente confidencial y una vez copiada la encuesta, se destruirá.

Me han explicado que la información, ayudara a comprender el registro de la hoja de terapia intensiva por enfermería. Sé que no existe ningún riesgo por participar, ya que solo responderé unas preguntas seleccionadas para este tipo de estudio a través de una encuesta.

Entiendo que puedo hacer preguntas adicionales como participante en la investigación, para esto puedo contactarme con la Lic. Julia Limachi Tambo o al celular 72552600 y/o con la Lic. Justa Cruz Nina Tutora de la Investigación UMSA al celular 73212908.

Una vez concluido el estudio se me darán a conocer los resultados del mismo, para ello me informaron que se dejara una copia del informe final al Director de la Caja Bancaria Estatal de Salud y a Jefatura de enseñanza, o que pueda pedir información a la Lic. Julia Limachi Tambo

Al firmar este consentimiento, acepto participar de manera voluntaria en el presente estudio.

Nombre y firma del (a) participante

CI.....

Nombre y firma de la investigadora principal CI..... Lugar y fecha

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



**PROPUESTA DE INTERVENCIÓN
HOJA DE REGISTRO DE LA UNIDAD DE TERAPIA
INTENSIVA POR ENFERMERÍA DE LA CAJA BANCARIA
ESTATAL DE SALUD, CIUDAD DE LA PAZ GESTIÓN
2018.**

**POSTULANTE: Lic. Julia Limachi Tambo
TUTOR: Lic. M.Sc. Justa Cruz Nina**

**Propuesta de Intervención presentada para optar al Título
de Especialista en Enfermería en Medicina Crítica y
Terapia Intensiva**

La Paz - Bolivia
2018

I.- INTRODUCCIÓN

El mundo actual, en el campo de la salud y la educación ponen nuevos desafíos para enfermería moderna centrada principalmente en la calidad y calidez del cuidado en el registro. Una herramienta capaz de evidenciar todos los acontecimientos sucedidos en el paciente con los registros, considerándose como un instrumento de desempeño de la enfermera en todas partes del mundo y que a su vez tiene una exigencia de tipo legal.

Hoy en día, la historia clínica es el único documento válido desde el punto de vista clínico y legal, siendo el conjunto de documentos, testimonios y reflejo de la relación entre usuario y la Caja Bancaria estatal de salud. Cualquier hecho o situación conflictiva y/o problemática debe quedar reflejada por escrito, firmada, localizada en el tiempo, registrada en las observaciones de enfermería y en las hojas de evolución del paciente, ya que estas demuestran el trabajo del personal de enfermería y, de acuerdo a su información, es un documento legal que para todos los usos ayuda u origina problemas. Muchas veces esta no es clara y entendible para todos, por lo que se debe tener conciencia de su importancia y su llenado en forma correcta, ya que delimita las acciones de responsabilidad de todos los involucrados en el cuidado del paciente.

Los registros de enfermería proporcionan la única prueba documental de que se ha llevado a cabo los tratamientos médicos y enfermeros, además de proporcionar respaldo jurídico legal de los profesionales.

La importancia de realizar registros durante la labor asistencial de enfermería, nos motivó a ejecutar esta investigación, nos fijamos en la poca relevancia que se dan a estos registros en las diversas Instituciones de Salud

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

II.- JUSTIFICACIÓN

El presente instrumento de registro de hoja de terapia por enfermería, proporcionan la información ineludible para aplicarla el proceso enfermero (a) en las diversas situaciones, permitiendo de tal forma al personal de enfermería ahorro de esfuerzo y tiempo para examinar la literatura, con ello no significa sustituir los libros o textos, por el contrario, colaborara para registrar todos los eventos acontecidos en el paciente o usuario durante los diferentes turnos.

Al no existir un instrumento de registro acorde a la situación de salud actual, pacientes críticos que ingresan a Unidad de Terapia Intensiva de la Caja Bancaria Estatal de Salud. Se pone en consideración el siguiente instrumento de registro de hoja de UTI para que pueda ser de utilidad en el servicio y así brindar una mejor calidad de atención, bajo estándares internacionales.

El presente instrumento está dirigido a todas las profesionales de enfermería, que realizan el cuidado directo en la U.T.I.

III.- OBJETIVO DE LA PROPUESTA

Objetivo General

Proponer la hoja de registro de la Unidad de Terapia Intensiva, para el registrar las diferentes actividades que realiza en personal profesional de enfermería, en la Caja Bancaria Estatal de Salud.

Objetivos Específicos

- Facilitar a la profesional de enfermería el registro de los eventos que acontece el paciente para su desempeño diario en terapia intensiva.
- Lograr un mejor conocimiento del actual (P.E) con sus 5 etapas en el expediente del paciente a través del S.O.A.P.I.E. y mejorar las prácticas clínicas de enfermería en la vigilancia continua del enfermo crítico.
- Elaborar diagnósticos de enfermería según los problemas encontrados.

IV.- DESARROLLO DEL TRABAJO

Hoja de Registro de Enfermería

Los registros de enfermería constituyen una parte fundamental de la asistencia de enfermería estando integrados en la historia clínica del paciente lo que con lleva unas repercusiones y responsabilidades de índole profesional y legal, que precisa llevarlos a la práctica con el necesario rigor científico, que garantice la calidad de los mismos hacer los registros de los cuidados que la enfermera proporciona diariamente a los pacientes, es una tarea esencial tanto para dar una adecuada calidad como para el desarrollo de la profesión. Por ello, los profesionales, tomar en cuenta lo que no” está registrado no está realizado “deben conocer no solo el adecuado cumplimiento de los registros, sino la legalidad²⁷.

Normas Legales para la Creación de Registros

- No borrar no utilizar liquido corrector, ni tachar lo errores cometidos al realizar los registros, la gráfica resultara legible; puede dar la impresión de que se ha intentado ocultar información o desfigurar el registro
- Trace una línea sobre el error, escriba la palabra error sobre ella y firmar con su nombre o iniciales. A continuación, se registra la nota de forma correcta.
- No escriba comentario de represaría o crítica sobre el paciente o sobre la asistencia realizada por otro
- No dejar espacios en blanco en la hoja de enfermería, otra persona puede añadir información incorrecta en los espacios.
- Si se cuestiona un orden, registre que se buscó una aclaración, si usted lleva acabo una orden que usted sabe que es incorrecta, es usted la responsable como el medico ante un procedimiento¹⁸.
- Evitar la utilización de frases vacías y que generalizan como “estado sin variaciones” o “paso un buen día”.
- Comience cada anotación con la fecha y termine con la firma y título.
- No esperar al final del turno para registrar los cambios de importancia ocurridos algunas horas antes.

Normatividad Internacional de los registros clínicos de Enfermería

De acuerdo con esta norma los registros de enfermería deben elaborarse por el personal de turno de acuerdo a las normas internas del establecimiento y debe de cumplir con los siguientes requisitos como:

- Grafica de signos vitales
- Administración de medicamentos, fecha, hora, cantidad y vía
- Procedimientos realizados observaciones
- La enfermera debe de seguir una norma de registros cuando administra un medicamento.

Esta norma consiste en registrar siempre:

Nombre genérico del medicamento o principio activo

- Forma farmacéutica del medicamento
- Vía de administración
- Dosis administrada
- Frecuencia de la administración
- Condiciones y especificaciones necesarias
- No se puede registrar un medicamento con abreviaturas

Antes de la administración de hemoderivados hay que comprobar que en la historia; el paciente o familiar ha firmado el consentimiento informado para evitar problemas legales. No es suficiente con la orden médica, es imprescindible el consentimiento del paciente por escrito¹⁸.

Aspectos Legales y Prácticos de los Registros de Enfermería

Elementos de los registros de enfermería

Soporte: las leyes internacionales hablan de 4 tipos de soportes textos, gráficos, audiovisual e informático.

Ante todo, el soporte ah de garantizar su autenticidad, integridad, seguridad y conservación garantizando la recuperación de la información.

El soporte gráfico mediante papel ha sido el tradicional, siendo el audiovisual su complemento. El informático es el soporte que va a estar almacenado en un sistema de computación.

Contenido. Conjunto de datos que permiten el conocimiento del estado de un determinado paciente, como concreción de un conocimiento o de una intervención, que puede tener consecuencia jurídica.

La información recogida del paciente y registrada puede ser clasificada en datos objetivos y subjetivos, los primeros son cuantificables y mensurables, mientras que los segundos se refieren a ideas, sentimientos, emociones y percepciones, de más difícil cuantificación obteniéndose a partir de las propias declaraciones del paciente.

Forma. Con ella se hace referencia al modo en que se exterioriza el contenido, cosas diferentes del soporte que la sustenta.

Autora. La realización de los registros es responsabilidad de los profesionales intervinientes en la asistencia directa del paciente. La ley recalca la necesidad de la identificación de los profesionales que intervienen.

Fecha. La inclusión de la fecha es un documento o en un registro también tiene un sentido jurídico. En este caso, la fecha es contemplada **por la ley en dos**

Momentos: en cuanto al tiempo de custodia y en cuanto al deber de los profesionales de mantener una documentación clínica ordenada y secuencial del proceso asistencial.

Por otra parte, el factor tiempo debe ser tenido en cuenta a la hora de la realización de los registros. Los registros deben realizarse en forma simultánea a la asistencia, los registros de los datos una vez finalizada la intervención son una rama eficaz para la prevención del olvido.

En ausencia de estos elementos citados el registro pierde eficacia, lo que en ocasiones obliga a su autor a justificar su actuación con otro medio de prueba.

Hay que recordar que unos registros incompletos, indican a pensar en unos cuidados incompletos.

Las más significativas de estos registros son:

- **Legibilidad y claridad.** Evitar abreviaturas, cuidar las expresiones, utilizar términos normalizados.
- **Objetividades,** registrar ajustándose a los hechos, evitando los juicios, opiniones e interpretaciones subjetivas.
- **Exactitud,** constatando la fecha, hora y firma del autor.
- **Simultaneidad,** los registros deben realizarse en forma simultánea en la asistencia. Evitar registrar los procedimientos antes de realizarlos.
- **Precisión,** las anotaciones deben ser precisas concretas y fidedignas¹⁸.

Lineamientos De Registro

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

Lineamientos para el registro del proceso en enfermería

Objetividad

Lenguaje comprensible

Información objetiva

Información referida a problemas de salud

Evita la repetición de datos

Precisión y Exactitud

Datos fidedignos y completos del paciente

Registro de fecha

Registro de número de cama

Registro de edad

Registro N° Cód. de seguro

Indicaciones revisadas firma/hora/fecha/sello

Registra todas las interconsultas y visitas médicas/estudios realizados/hora/tipo

Registra los medicamentos administrados en forma completa

Cantidad de dosis

Vía de administración

Registro de posibles reacciones/tolerancia al tratamiento

Cuenta con reporte por el personal profesional

Legibilidad y claridad

Sin tachaduras/borrones/ni fluidos correctores

Se conserva en buen estado

Tipo de letra (impresión)

Letra legible

Sin abreviaturas/símbolos que no sean de uso generalizado

Utiliza colores estandarizados para el registro/según turno

No dejar líneas en blanco

Utilidad de los Registros de Enfermería

Sirve al equipo de enfermería para tomar decisiones respecto al estado de salud del paciente, ya que la enfermera es la única profesional que brinda el cuidado de los pacientes las 24 horas continuadas.

Sirve como documento legal, utilizándose como medio probatorio en un proceso judicial, el contenido del registro documenta el nivel de la inasistencia prestada a una persona en un establecimiento de salud.

Sirve para el control económico, debido a que los costos de la asistencia sanitaria casi siempre se pagan a terceros, por lo que la investigación económica se hace a través de los diagnósticos codificables utilizados para determinar un grupo de diagnósticos.

Sirve como información a los estudiantes porque es una forma eficaz de conocer la naturaleza de una enfermedad, en pacientes con problemas médicos similares.

Sirve al profesional de enfermería para realizar estudios de investigación, extrayendo datos estadísticos relacionados con las frecuencias de los trastornos clínicos y complicaciones.

Sirve para evaluar la calidad de la asistencia de la enfermera profesional; y la asistencia sanitaria prestada en un establecimiento de salud²⁷.

Ventilación Mecánica Invasiva (VMI)

Diagnósticos:

- (00031) Limpieza ineficaz de las vías aéreas: “Incapacidad para eliminar las secreciones u obstrucciones del tracto respiratorio para mantener las vías aéreas permeables” r/c alteración del patrón respiratorio y deterioro neuromuscular.
- (00032) Patrón respiratorio ineficaz: “Inspiración y/o espiración que no proporciona una ventilación adecuada” r/c deterioro neurológico (PN) y dolor (PP).
- (00039) Riesgo de aspiración: “Vulnerable a la penetración en el árbol traqueobronquial de secreciones gastrointestinales, orofaríngeas, sólidos o líquidos, que puede comprometer la salud” r/c alimentación enteral, disminución del nivel de conciencia e intubación oral.

- (00204) Perfusión tisular periférica ineficaz: “Disminución de la circulación sanguínea periférica, que puede comprometer la salud” r/c alteración de la función motora.

NOC			NIC
0403)	Estado respiratorio: ventilación		(840) Cambio de posición (3140) Manejo de la vía aérea (3350) Monitorización respiratoria (6680) Monitorización de los signos vitales
(0410)	Estado respiratorio: permeabilidad de las vías respiratorias		(3160) Aspiración de las vías aéreas (3120) Intubación y estabilización de la vía aérea (3180) Manejo de las vías aéreas artificiales (3200) Precauciones para evitar la aspiración
(0411)	Respuesta de la ventilación mecánica: adulto		(3300) Manejo de la ventilación mecánica: invasiva
(0412)	Respuesta del destete de la ventilación mecánica: adulto		(3390) Ayuda a la ventilación (5270) Apoyo emocional (3250) Mejora de la tos
(1913)	Severidad de la lesión física (PP)		(6200) Cuidados en la emergencia
(0913)	Estado neurológico: función sensitiva/motora de pares craneales (PN)		(2620) Monitorización neurológica (2550) Mejora de la perfusión cerebral

Intubación orotraqueal, CVC

Diagnósticos:

- (00102) Déficit del autocuidado: alimentación: “Deterioro de la habilidad para realizar o completar las actividades de auto alimentación” r/c deterioro musculoesquelético y neuromuscular
- (00103) Deterioro de la deglución: “Funcionamiento anormal del mecanismo de la deglución asociado con déficit en la estructura o función oral faríngea o esofágica” r/c lesión cerebral (PN) o traumatismo (PP).
- (00025) Riesgo de desequilibrio de volumen de líquidos: “Vulnerable a una disminución, aumento o cambio rápido de un espacio a otro del líquido intravascular, intersticial y/o intracelular, que puede comprometer la salud. Se refiere a la pérdida o aumento de líquidos corporales, o a ambos” r/c con régimen terapéutico y/o traumatismo (PP)

NOC	NIC
(1008) Estado nutricional: ingestión alimentaria y de líquidos	(1056) Alimentación enteral por sonda (1200) Administración de nutrición parenteral total (NPT)
(1308) Adaptación a la discapacidad física (PP)	(2760) Manejo de la desatención unilateral (7110) Fomentar la implicación familiar (5820) Disminución de la ansiedad
(0900) Cognición (PN)	(4720) Estimulación cognitiva (7110) Fomentar la implicación familiar (5820) Disminución de la ansiedad

Eliminación por todas las vías

Diagnósticos:

- (00016) Deterioro de la eliminación urinaria: “Disfunción en la eliminación urinaria” r/c retención urinaria (PN) y multicausalidad (PP)
- (00011) Estreñimiento: “Disminución de la frecuencia normal de defecación, acompañada de eliminación dificultosa o incompleta de heces y/o eliminación de heces excesivamente duras y secas” r/c deterioro neurológico (PN)
- (00014) Incontinencia fecal: “Cambio en los hábitos de eliminación fecal normales que se caracteriza por la eliminación involuntaria de heces” r/c inmovilidad y disminución general en el tono muscular (PP)

NOC	NIC
(0503) Eliminación urinaria	(580) Sondaje vesical (1876) Cuidados del catéter urinario (4130) Monitorización de líquidos
(0501) Eliminación intestinal	(1750) Cuidados perineales (450) Manejo del estreñimiento/impactación fecal (PN) (410) Cuidados de la incontinencia intestinal (PP)

Moverse y mantener la posición conveniente

La movilidad está determinada por el buen estado y correcta coordinación del sistema nervioso y el sistema musculoesquelético. El nivel de sedación y de inmovilidad (PP) en estos pacientes es muy alto y los movimientos que realizan son involuntarios (convulsiones, temblores.). Es muy importante mantener una alineación corporal adecuada de tal forma que consigamos favorecer el funcionamiento de los diferentes sistemas del organismo, evitando cualquier movimiento que pueda agravar las lesiones.

Diagnósticos:

- (00040) Riesgo de síndrome de desuso: “Vulnerable al deterioro de los sistemas corporales a consecuencia de la inactividad musculo esquelética prescrita o inevitable, que puede comprometer la salud” r/c alteración del nivel de conciencia (PN) e inmovilidad (PP).
- (00085) Deterioro de la movilidad física: “Limitación del movimiento físico independiente e intencionado del cuerpo o de una o más extremidades” r/c deterioro musculo-esquelético (PP) y alteración de la función cognitiva (PN).
- (00086) Riesgo de disfunción neurovascular periférica: “Vulnerable a sufrir una alteración en la circulación, sensibilidad o movilidad de una extremidad, que puede comprometer la salud” r/c traumatismo e inmovilización (PP).
- (00123) Desatención unilateral: “Deterioro de la respuesta sensorial y motora, la representación mental y la atención espacial del cuerpo y el entorno correspondiente, caracterizado por la falta de atención a un lado del cuerpo y su entorno y una atención excesiva al lado opuesto. La desatención del lado izquierdo es más grave y persistente que la desatención del lado derecho” r/c lesión cerebral, efectos de alteración de las capacidades perceptivas y efectos del deterioro neuromuscular (PN).

NOC	NIC
(0204) Consecuencias de la inmovilidad: Fisiológicas	(740) Cuidados del paciente encamado (840) Cambio de posición (4070) Precauciones circulatorias
(0208) Movilidad	(2210) Administración de analgésicos (6486) Manejo ambiental: seguridad (3500) Manejo de presiones (3590) Vigilancia de la piel
(0211) Función esquelética (PP)	(140) Fomentar la mecánica corporal (940) Cuidados de tracción/inmovilización
(2102) Nivel del dolor (PP)	(1400) Manejo del dolor (2210) Administración de analgésicos (2260) Manejo de la sedación
(0912) Estado neurológico:	(844) Cambio de posición: neurológico ((2520) Monitorización neurológica

consciencia (PN)	(2590) Monitorización de la presión intracraneal (PIC)
------------------	--

Mantenimiento de la temperatura corporal

Los pacientes poli-traumatizados suelen tener hipotermia debido, entre otros factores, al shock hipovolémico ocasionado en el traumatismo, a la abundante fluidoterapia administrada en la reanimación, y la exposición a bajas temperaturas ambientales tanto en la fase pre-hospitalaria como en la hospitalaria. En cambio, el paciente neurocrítico tiende más a la hipertermia, ocasionando un aumento del metabolismo cerebral, y como consecuencia un aumento de la PIC. Sin embargo, en ambos se pueden producir ambas, ya que la lesión puede influir en la termorregulación corporal. Por lo tanto, es preciso mantenerlos en normotermia (T^a central $\leq 37^{\circ}\text{C}$).

Diagnósticos:

- (00005) Riesgo de desequilibrio de la temperatura corporal: “Vulnerable a sufrir un fallo en el mantenimiento de la temperatura corporal dentro de los límites normales, que puede comprometer la salud” r/c afección que perjudica la regulación de la temperatura.
- (00006) Hipotermia: “Temperatura corporal central inferior al rango normal diurno a causa del fallo de la termorregulación” r/c traumatismo (PP).
- (00007) Hipertermia: “Temperatura corporal central superior al rango normal diurno a causa del fallo de la termorregulación” r/c traumatismo (PP) o coma/ convulsiones (PN).

NOC	NIC
(0800) Termorregulación	(3900) Regulación de la temperatura (3740) Tratamiento de la fiebre (3800) Tratamiento de la hipotermia (6480) Manejo ambiental
(0802) Signos vitales	(6680) Monitorización de los signos vitales

Mantener la higiene corporal y la integridad de la piel

Al tratarse de pacientes críticos, los procesos invasivos a los que están sometidos (IOT, CVC), la presencia de heridas y/o lesiones (PP) y que, en la mayoría de los casos, el nivel de conciencia está muy disminuido, desencadena en los mismos una inmovilidad prolongada, postración y dependencia. Por lo tanto, debemos asegurar una buena higiene y evitar, con unos óptimos cuidados de enfermería, las posibles infecciones y/o lesiones cutáneas que puedan producirse debido a estas causas.

Diagnósticos:

- (00108) Déficit de autocuidado: baño: “Deterioro de la capacidad para realizar o completar por uno mismo las actividades de baño” r/c alteración de la función cognitiva (PN) o dolor (PP)
- (00248) Riesgo de deterioro de la integridad tisular: “Vulnerable a una lesión de la membrana mucosa, córnea, sistema integumentario, fascia muscular, músculo, tendón, hueso, cartílago, cápsula articular y/o ligamento, que puede comprometer a la salud” r/c deterioro de la movilidad y deterioro de la circulación.
- (00247) Riesgo de deterioro de la mucosa oral: “Vulnerable a lesión de los labios, los tejidos blandos de la cavidad bucal y/o la orofaringe, que puede comprometer a la salud” r/c alteración de la función cognitiva y/o factor mecánico (IOT o SNG).
- (00047) Riesgo de deterioro de la integridad cutánea: “Vulnerable a una alteración en la epidermis y/o la dermis, que puede comprometer la salud” r/c factor mecánico (inmovilidad física,...) y/o presión sobre prominencia ósea.
- (00250) Riesgo de lesión del tracto urinario: “Vulnerable a una lesión de las estructuras del tracto urinario a causa del uso de catéteres, que puede comprometer la salud” r/c uso de catéter urinario durante tiempo prolongado.

- (00201) Riesgo de perfusión tisular cerebral ineficaz: “Vulnerable a una disminución de la circulación tisular cerebral, que puede comprometer la salud” r/c lesión cerebral (PN).

NOC	NIC
(0301) Autocuidados: baño	(1801) Ayuda con el autocuidados: baño / higiene (1610) Baño (1750) Cuidados perineales
(1101) Integridad tisular: piel y membranas mucosas	(3540) Prevención de las úlceras por presión (UPP) (610) Cuidados de la incontinencia urinaria (740) Cuidados del paciente encamado (3500) Manejo de presiones (3590) Vigilancia de la piel (840) Cambio de posición (3660) Cuidados de las heridas (PP)
(1100) Salud oral	(6550) Protección contra las infecciones (1710) Mantenimiento de la salud bucal

Evitar peligros ambientales / seguridad

Estos pacientes, por su situación crítica, no disponen de la capacidad necesaria para identificar las condiciones ambientales que aumentan el riesgo de sufrir lesiones, por lo tanto, no pueden prevenir los peligros por sí mismos. En esta necesidad, se valoran también los aspectos relacionados con factores medioambientales que influyen, de alguna manera, en el mantenimiento de la seguridad física, como por ejemplo los sentimientos / emociones ante una situación de peligro (ansiedad).

Diagnósticos:

- (00004) Riesgo de infección: “Vulnerable a una invasión y multiplicación de organismos patógenos, que puede comprometer la salud” r/c procedimientos invasivos.

- (00043) Protección ineficaz: “Disminución de la capacidad para protegerse de amenazas internas o externas, como enfermedades o lesiones” r/c deterioro neurosensorial e inmovilidad.
- (00146) Ansiedad: “Sensación vaga e intranquilizadora de malestar o amenaza acompañada de una respuesta autónoma” r/c estrés y amenaza de muerte.
- (00145) Riesgo de síndrome postraumático: “Vulnerabilidad a la persistencia de una respuesta desadaptada ante un acontecimiento traumático, abrumador, que puede comprometer la salud” r/c duración del acontecimiento traumático.
- (00133) Dolor crónico: “Experiencia sensitiva y emocional desagradable ocasionada por una lesión tisular real o potencial. Inicio súbito o lento de cualquier intensidad de leve a grave sin un final anticipado o previsible con una duración superior a tres meses” r/c efectos postraumáticos (PP).
- (00206) Riesgo de sangrado: “Vulnerable a una disminución del volumen de sangre, que puede comprometer la salud” r/c traumatismo (PP).
- (00049) Disminución de la capacidad adaptativa intracraneal: “Compromiso de los mecanismos dinámicos de líquido intracraneal que normalmente compensan el incremento del volumen intracraneal, resultando en repetidos aumentos desproporcionados de la presión intracraneal (PIC), en respuesta a una variedad de estímulos, nocivos o no” r/c lesión cerebral y/o aumento desproporcionado de la PIC tras un estímulo (PN).
- (00155) Riesgo de caídas: “Vulnerable a un aumento de la susceptibilidad a las caídas, que puede causar daño físico y comprometer la salud” r/c Disminución del nivel de conciencia y/o presencia de agitación (PN).

NOC	NIC
(1902) Control del riesgo	(4054) Manejo de un dispositivo de acceso venoso central (6540) Control de infecciones (6490) Prevención de caídas (PN)
(1211) Nivel de ansiedad	(5820) Disminución de la ansiedad (5230) Mejorar el afrontamiento
(3016) Satisfacción del paciente/usuario: manejo del dolor (PP)	(1400) Manejo del dolor (2210) Administración de analgésicos (910) Inmovilización (6482) Manejo ambiental: confort
(0401) Estado circulatorio (PP)	(4064) Cuidados circulatorios: dispositivo de ayuda mecánico (4022) Disminución de la hemorragia: heridas (7690) Interpretación de datos de laboratorio (2080) Manejo de líquidos/electrolitos
(0909) Estado neurológico (PN)	(2620) Monitorización neurológica (1878) Cuidados del catéter del drenaje de ventriculostomía / lumbar (2690) Protección contra las convulsiones
(0406) Perfusión tisular: cerebral (PN)	(2550) Mejora de la perfusión cerebral (2540) Tratamiento del edema cerebral

Comunicación con otros para expresar emociones, necesidades, temores, etc.

Estos pacientes presentan incapacidad para comunicarse verbalmente debido, entre otras cosas, a la presencia de lesiones que afectan a la comunicación, barreras físicas (IOT) y/o sedación. En ocasiones, presentan desorientación temporo-espacial y, a veces, no quieren relacionarse con la gente que les rodea (cuidador principal, enfermeras).

Diagnósticos:

- (00051) Deterioro de la comunicación verbal: “Capacidad reducida, retardada o ausente para recibir, procesar, transmitir y/o usar un sistema de

símbolos” r/c barreras físicas (IOT), dificultad para expresar pensamientos verbalmente (afasia, disfasia).

- (00069) Afrontamiento ineficaz: “Incapacidad para formular una apreciación válida de los agentes estresantes, elecciones inadecuadas de respuestas que se pondrán en práctica y/o incapacidad para utilizar los recursos disponibles” r/c cambio en los patrones de comunicación.

NOC	NIC
(0903) Comunicación expresiva	(4920) Escucha activa (4976) Mejoras la comunicación: déficit del habla
(0900) Cognición (PN)	(4720) Estimulación cognitiva (4820) Orientación de la realidad

EJECUTANTE. - Personal de enfermería

V.- RECOMENDACIONES

- Se debe registrar todos los acontecimientos de los pacientes
- Llenar respectivamente todos los acápite que contienen a hoja de UTI
- Debe ser parte del expediente clínico.
- Debe ser llenado por el personal de Enfermería.
- Se debe sociabilizar con jefatura de Enfermería.
- Capacitaciones y talleres sobre el llenado de la hoja de la Unidad de Terapia intensiva.
- Hacer seguimiento en el cumplimiento del llenado de la hoja con todos los acápite.