

**UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA
SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL**



**PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA CON LAS TAXONOMIAS:
NANDA NOC Y NIC COMO PROPUESTA DE MEJORA EN LOS
REGISTROS ENFERMEROS EN EL CENTRO MEDICO
NAVAL - CALLAO 2022**

TRABAJO ACADÉMICO PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA
ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN ADMINISTRACIÓN
EN SALUD

AQUILINA MARCILLA FELIX

**Callao, 2022
PERÚ**

HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO Y APROBACIÓN

MIEMBROS DEL JURADO EVALUADOR:

- | | |
|---------------------------------------|------------|
| • Dr. HERNAN OSCAR CORTEZ GUTIÉRREZ | PRESIDENTE |
| • MG. MARIA ELENA TEODOSIO YDRUGO | SECRETARIA |
| • LIC. ESP. YRENE ZENAIDA BLAS SANCHO | MIEMBRO |

ASESORA: Dra. Juana Gladys Medina Mandujano

Nº de Libro: 07

Nº de Folio: 380

Nº de Acta: 156

Fecha de Aprobación del Trabajo Académico:

10 de agosto de 2022

Resolución de Sustentación: N°179-2022-D/FCS

DEDICATORIA

A mis hijas, quienes me dan la fortaleza de seguir adelante y ser un ejemplo para ellas. A mi esposo por su apoyo incondicional. A mis padres por su nobleza y su amor incondicional.

AGRADECIMIENTO

A mi familia por creer en mí y ayudarme a lograr mis objetivos A mi

asesora por su valiosa contribución

A mis amigos Ruth Aliaga y Rosario Gutiérrez, por sus consejos y su ayuda incondicional

ÍNDICE

| | |
|---|-----------|
| INTRODUCCIÓN | 3 |
| CAPÍTULO I | 5 |
| 1. DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA | 5 |
| CAPÍTULO II | 5 |
| 2. MARCO TEÓRICO | 9 |
| 2.1. <i>Antecedentes del estudio</i> | 9 |
| 2.1.1. Antecedentes Internacionales | 9 |
| 2.1.2. Antecedentes Nacionales | 14 |
| 2.2. <i>Bases Teóricas</i> | 17 |
| 2.2.1. Teoría Florence Nightingale | 17 |
| 2.3. <i>Bases Conceptuales</i> | 17 |
| 2.3.1. Metodología Enfermero | 21 |
| 2.3.2. Lenguaje enfermero NANDA NOC NIC | 23 |
| 2.3.2.1. Registro enfermero | 27 |
| 2.3.2.2. Paciente hospitalizado y el cuidado clínico | 28 |
| CAPÍTULO III | 30 |
| 3. DESARROLLO DE ACTIVIDADES PARA EL PLAN DE MEJORAMIENTO EN RELACIÓN A LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA PLAN DE INTERVENCIÓN | 30 |
| 3.1.1. Diagnostico situacional | 30 |
| 3.1.2. Ciclo de Demming: | 30 |
| 3.1.3. Matriz de priorización: | 31 |
| 3.1.4. Espina de Ishikawa | 34 |
| 3.1.5. Diagrama de Pareto | 35 |
| 3.1.6. Identificacio de Diagnosticos enfermeros | 36 |
| 3.1.8. Valoración según Patrones Funcionales | 36 |

| | |
|--------------------------------------|-----------|
| 4. CONCLUSIONES | 41 |
| 5. RECOMENDACIONES | 42 |
| 6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 43 |

INTRODUCCIÓN

La enfermera brinda los cuidados enfermeros a la persona, familia y comunidad en todas las etapas de vida considerando el proceso de atención de enfermería tal como consta en la “Ley del Trabajo de la Enfermera Peruana”, Ley 27669. (1) El avance de nuestra disciplina ha permitido tener su lenguaje propio y en ese sentido permite visibilizar los logros de la enfermería (NOC Y NIC) (2)

El lenguaje enfermero (NANDA NOC Y NIC) permite documentar los cuidados enfermeros en los registros enfermeros logrando visualizar una estructura coherente, desde el diagnóstico hasta la evaluación de todos los cuidados. Estudios realizados por Müller Staub, (4) reporta que los registros de los enfermeros documentados al estilo libre sin utilizar la taxonomía NANDA-NOC Y NIC, carecen de vínculos coherente entre las evaluaciones e intervenciones de enfermería y en ese sentido induce a una mala interpretación de los informes documentado en los registros y por consiguiente no permite el seguimiento y monitoreo de los resultados enfermeros. (3)

Las Taxonomías NANDA NOC Y NIC, lenguaje propio de la enfermera facilita la autónoma para la toma de decisiones y documentar las intervenciones realizadas en el paciente; acto seguido también podrá medir el efecto de las mismas con la finalidad de continuar con lo planificado en caso que los resultados sean exitosos, así como plantear nueva alternativa de mejoramiento, así como replantear nuevos objetivos. Por otro lado los planes de cuidado ejercidos puede servir como fuente de información para socializar el efecto de la función de los enfermeros en el mejoramiento de las personas familia y comunidad, la cual puede ser publicado en revistas indexadas visibilizando el rol de los enfermeros y fortaleciendo nuestra disciplina. Por otro

lado el uso del lenguaje enfermero puede facilitar la comunicación entre pares impactando en los resultados del paciente y disminuyendo las estancias hospitalarias punto muy importante relacionada a la calidad sanitaria (5)

Los beneficios que brinda un registro con las taxonomías NANDA NOC y NIC, es que garantiza una atención de calidad, logrando con ello determinar y asignar al registro un valor científico.(6-7) que servirá como aporte para la formación de los nuevos profesionales y marcar una diferencia del aporte del enfermero versus otras disciplina.

En ese sentido el realizar el presente trabajo académico servirá para estandarizar los cuidados que se otorgan en los diferentes servicio del centro médico naval, siempre que se use el pensamiento crítico y se tome las mejores decisiones. Así mismo se contará con un documento (SOAPIE) formato estructurado en las 5 etapas con el lenguaje enfermero visibilizando aún más nuestra disciplina.

CAPÍTULO I

1. Descripción de la Situación Problemática

La disciplina enfermera constituida por conocimiento científico, técnico y humano, le ha permitido al profesional enfermero ser líder y autónomo en las actividades que ejecuta. En ese sentido, registrar los cuidados articulando la metodología del proceso de atención de enfermería y el lenguaje enfermero, garantiza la continuidad del cuidado y en consecuencia el mejoramiento del estado de salud de los pacientes.

En ese contexto, la evolución de la disciplina enfermera en la línea del tiempo ha presentado una serie de transformaciones desde sus inicios hasta la actualidad, teniendo su propio marco conceptual, metodología y lenguaje propio, (Taxonomía NANDA , NOC Y NIC) consolida la disciplina; pero marca un desafío para el futuro enfermero de asumir con mayor responsabilidad a praxis enfermera en un continuo entrenamiento considerando los 4 meta paradigmas (Persona, cuidado, salud, entorno) en el día a día en cada experiencia fenomenológica que experimenta que les permiten establecer lineamientos para entender el ser, el saber y el quehacer en enfermería. Nuestra disciplina continuara revolucionándose y le permitirá avanzar si se analiza y se reflexiona con profundidad los fenómenos de interés de enfermería (8, 9, 10, 4).

La globalización y las tendencias actuales en el campo de la salud global caracterizado por la incertidumbre, la pandemia y la amenaza de que aparezcan nuevas enfermedades representan retos y desafíos para la nueva enfermera. En ese contexto el uso de la Taxonomías NANDA, NOC Y NIC, debe ser implementada para garantizar que el idioma enfermero sea universalizada y garantice un medio de comunicación entre pares y otros profesionales de la salud, de la evidencia escrita de los cuidados brindados. (11). Su realización correcta

contribuye a la seguridad y continuidad de los cuidados. puede brindar muchos beneficios como medio de aseguramiento de la calidad, acreditación, evidencia legal, planificación de la salud, asignación de recursos y desarrollo de la enfermería y la investigación (12-13).

Los registros de enfermería son documentos jurídicos legales donde queda registrado la valoración, el análisis clínico, la planificación y el establecimiento de las intervenciones de enfermería. Sin embargo, si los registros continúan redactando en un estilo libre se puede incurrir en errores o en registros deficientes o incompletos que conllevan una problemática ético-legal en la práctica enfermera.(14,15)

En los estudios realizados por Mejía (16) y Alba (17), se encontraron errores en la cumplimentación de los registros enfermeros, estas estaban asociados entre otras causas, a la falta de capacitación en los enfermeros nuevos y a una falta de formación continua en los enfermeros antiguos.

En un estudio donde se evidenció que los registros enfermeros brindan datos relevantes en cuanto a la evolución del paciente fue uno titulado: Relación entre la documentación de enfermería y la mortalidad de los pacientes, los registros reflejaba la preocupación de la enfermera sobre determinados pacientes que a pesar que tenían los mismos diagnósticos enfermeros, ellas documentaban una frecuencia media diferente de signos vitales en los paciente que murieron siendo estas características significativas en comparación de los pacientes que lograron sobrevivir: (prueba t, $P < .05$). 18)

Estudios evidencian que la implementación de NANDA, la Clasificación de Intervenciones de Enfermería y la Clasificación de los Resultados de Enfermería, en los registros clínicos se relacionan con una mejor calidad de la documentación de diagnóstico de enfermería. (19)

Así mismo, en México, un estudio dio a conocer cómo se llevó a cabo un proceso de mejora de la calidad del registro de Enfermería de un hospital estatal respecto al cumplimiento de la normativa vigente. Para ello se convocó a profesionales líderes en la metodología y lenguaje enfermero, y conformaron círculos de calidad, quienes luego de una preparación y asesoría pudieron identificar áreas de mejora en el registro conllevando a implementar acciones y conseguir una mejora del 75% respecto a la cumplimentación de calidad de los registros. Así mismo el estudio enfatiza la capacitación de los enfermeros en la mejora de la ejecución de los registros, así como también su involucramiento y un alto grado de compromiso y responsabilidad. (20)

En otro estudio realizado en Brasil, con el objetivo de: analizar la calidad de los registros de enfermería, se compararon 112 historias clínicas antes y después de la preparación para la acreditación del hospital Universitario, observándose una mejora significativa de la calidad de los registros de enfermería y una mejora significativa en 24 de los 29 ítems (82,8%). Del instrumento (Q DIO).(instrumento para evaluar el uso de las taxonomía NANDA NOC Y NIC, Lo que resultó en la conquista de la acreditación y del sello de calidad garantizado por la Joint Commission International. (21)

En un estudio titulado Mantenimiento de registros: desafíos experimentados por enfermeras en hospitales públicos seleccionados se encontró que Las enfermeras que trabajan en hospitales públicos experimentan el mantenimiento de registros como una actividad desafiante debido a una variedad de desafíos que incluyen la falta de tiempo para completar los registros, el aumento de la admisión de pacientes y la escasez de material de registro.(22)

El gestor de cuidados debe asumir un rol más activo para implementar el uso del lenguaje enfermero en las organizaciones a través de programas educativos

asimismo asesorar, guiar el razonamiento clínico a los enfermeros respalda las habilidades del profesional clínico para formular diagnósticos de enfermería precisos y de esa forma lograr conseguir resultados favorables en el estado de salud del paciente.

CAPÍTULO II Marco Teórico

2.1 Antecedentes del estudio

2.1.1 Antecedentes Internacionales

Marcotullio A., Caponnetto V., La Cerra C., Toccaceli A. y Lancia L. (2020), El estudio tuvo como objetivo investigar las diferencias en la percepción de los enfermeros sobre el ambiente de trabajo y la satisfacción de los pacientes con la atención, entre dos grupos de salas de hospital que utilizan taxonomías NANDA-I, NIC y NOC o no, en la práctica diaria. Método: estudio transversal en el que participaron enfermeras empleadas en ocho salas de un hospital universitario en el centro de Italia y pacientes hospitalizados en estas salas. Se utilizaron el 'Índice de Trabajo de Enfermería Revisado' y la 'Escala de Satisfacción del Paciente. **Resultado:** Se destacaron percepciones significativamente en aquellas salas que utilizaron taxonomías de enfermería. los pacientes mostraron una satisfacción significativamente mayor con la calidad de la atención diaria recibida en comparación con los ingresados en las salas que no utilizaron la taxonomía en todas las dimensiones de la PSS Conclusiones: Se debe potenciar la aplicación de un modelo de atención basado en la metodología de procesos de enfermería en los entornos hospitalarios, ya que puede influir en la calidad del ambiente y la satisfacción de los pacientes con el cuidado. (23)

Bombino A., Domínguez N., Brenes L. (2020) Aplicación de la taxonomía NANDA, NOC y NIC en síndrome confusional agudo. El objetivo del presente caso clínico es realizar un plan de cuidados personalizado y el uso de las taxonomías NANDA, NOC y NIC en la prestación de los cuidados en el paciente con síndrome confusional agudo. Metodología: consistió en aplicar un plan de cuidados con las taxonomías NANDA NOC Y NIC. Los diagnósticos considerados en el plan fueron: Riesgo de déficit de volumen de líquidos R/C reducción de la conciencia, De privación del sueño. R/C A sincronía circadiana, Patrón respiratorio ineficaz R/C proceso infeccioso, Déficit de autocuidado: alimentación, baño, uso del inodoro,

vestido R/C deterioro perceptual, Riesgo de cansancio del rol de cuidador. R/C factores situacionales, Deterioro de la comunicación verbal R/C alteraciones del estado mental. Los resultados esperados fueron: Permeabilidad de las vías respiratorias, Orientación cognitiva, Sueño, Comunicación, Nivel de autocuidado, Hidratación, los NIC fueron: ayuda a la ventilación, Fisioterapia respiratoria, Orientación cognitiva, Restricción de zonas de Movimiento, Ayuda al autocuidado, Manejo de líquidos. Conclusión. La realización de un plan de cuidados personalizado y el uso de las taxonomías NANDA, NOC y NIC mejora la calidad en la prestación de los cuidados, proporciona un lenguaje común entre los profesionales enfermeros facilitando el trabajo en equipo y consecuentemente la mejora del estado de salud del paciente. Es fundamental el papel de enfermería al proporcionar al paciente/familia los conocimientos. (24)

Propósito: To realizar un análisis descriptivo del lenguaje estandarizado de enfermería a través de la uso de un software en instalaciones ambulatorias en el norte de Italia, organizado de acuerdo con el Modelo de Atención de Crónicos (CCM) y denominados Centros Comunitarios de Salud (CHC).

Métodos: Se adoptó un diseño descriptivo para el estudio. NAND Impuestos AI, NOC y NIC-. Se han utilizado onomias para analizar los planes de atención extraídos del software. Ambos cualitativos se analizaron los datos cuantitativos.

Hallazgos: El promedio de diagnósticos de enfermería correctamente identificados con respecto a la valoración es del 83,7% (DE 29,9%). Se han identificado diagnósticos de clase 4 de los dominios 4

como el más prevalente (22,4%), seguido del riesgo de nivel de glucosa en sangre inestable 00179 (16,4%) y riesgo de sobrepeso 00234 (13%). Los principales resultados de enfermería fueron los signos vitales 0802 (22,5%), nivel de glucosa en sangre 2300 (16%) y comportamiento de pérdida de peso 1627 (11%). los

Las intervenciones de enfermería más prevalentes son el cuidado de heridas 3660 (27%), la administración de medicamentos.

tratamiento: intramuscular 2313 (19%) y educación para la salud 5510 (14%). El análisis muestra habilidad en la identificación de diagnósticos de enfermería, pero una mayor variabilidad con los resultados e inter-convenciones. El estudio destaca el papel de enfermería dentro de CHC e identifica las principales áreas de experiencia en el manejo de enfermedades crónicas: prevención y educación para la salud.

Conclusiones: El papel de las enfermeras es fundamental para el manejo de enfermedades crónicas dentro de CHC; La taxonomía NANDA-I ayuda a analizar los planes de cuidados.

Implicaciones para la práctica de enfermería: - Una taxonomía como NANDA-I representa una oportunidad de hacer más visible cuánto las habilidades de enfermería afectan el logro de un mayor nivel de salud en pacientes crónicos.

- Este estudio es útil en la formación continua de enfermeras ambulatorias que trabajan en CHC.

- El estudio representa el punto de partida de futuras investigaciones para profundizar en el desarrollo de un lenguaje de enfermería estandarizado en centros ambulatorios

Propósito: De realizar un análisis descriptivo del lenguaje estandarizado de enfermería a través del uso de un software en instalaciones ambulatorias en el norte de Italia, organizado de acuerdo con el

Modelo de Atención de Crónicos (CCM) y denominados Centros Comunitarios de Salud (CHC).

Métodos: Se adoptó un diseño descriptivo para el estudio. NANDA-I, NOC y NIC- Se han utilizado onomias para analizar los planes de atención extraídos del software. Ambos cualitativos y se analizaron los datos cuantitativos.

Hallazgos: El promedio de diagnósticos de enfermería correctamente identificados con respecto a los valoración es del 83,7% (DE 29,9%). Se han identificado diagnósticos de clase 4 de los dominios 4

como el más prevalente (22,4%), seguido del riesgo de nivel de glucosa en sangre inestable 00179 (16,4%) y riesgo de sobrepeso 00234 (13%). Los principales resultados de enfermería fueron los signos vitales 0802 (22,5%), nivel de glucosa en sangre 2300 (16%) y comportamiento de pérdida de peso 1627 (11%). los

Las intervenciones de enfermería más prevalentes son el cuidado de heridas 3660 (27%), la administración de medicamentos.

tratamiento: intramuscular 2313 (19%) y educación para la salud 5510 (14%). El análisis muestra habilidad en la identificación de diagnósticos de enfermería, pero una mayor variabilidad con los resultados e inter-convenciones El estudio destaca el papel de enfermería dentro de CHC e identifica las principales áreas de experiencia en el manejo de enfermedades crónicas: prevención y educación para la salud.

Conclusiones: El papel de las enfermeras es fundamental para el manejo de enfermedades crónicas dentro de CHC;

La taxonomía NANDA-I ayuda a analizar los planes de cuidados.

Implicaciones para la práctica de enfermería: - Una taxonomía como NANDA-I representa una oportunidad de hacer más visible cuánto las habilidades de enfermería afectan el logro de un mayor nivel de salud en pacientes crónicos.

- Este estudio es útil en la formación continua de enfermeras ambulatorias que trabajan en CHC.

- El estudio representa el punto de partida de futuras investigaciones para profundizar en el desarrollo de un lenguaje de enfermería estandarizado en centros ambulatorios

Planes electrónicos de cuidados de enfermería mediante el uso de NANDA, NOC,

y taxonomías NIC en el entorno comunitario: una descripción estudio

en el norte de Italia Aleandri M. Escalorbi S. y Pirazzini M. (2022) Realizaron un estudio titulado Planes electrónicos de cuidados de enfermería mediante el uso

de NANDA, NOC, y taxonomías NIC en el entorno comunitario: El objetivo fue realizar un análisis descriptivo del lenguaje estandarizado de enfermería a través de un software en instalaciones ambulatorias en el norte de Italia. Métodos: Se adoptó un diseño descriptivo para el estudio. NANDA, NOC y NIC. Hallazgos: El promedio de diagnósticos de enfermería correctamente identificados con respecto a la valoración es del 83,7% (DE 29,9%). Se han identificado diagnósticos de clase 4 de los dominios 4 como los más prevalente (22,4%), seguido del riesgo de nivel de glucosa en sangre inestable 00179(16,4%) y riesgo de sobrepeso 00234 (13%). Los principales resultados de enfermería fueron los signos vitales 0802 (22,5%), nivel de glucosa en sangre 2300 (16%) y comportamiento de pérdida de peso 1627 (11%). Las intervenciones de enfermería más prevalentes son el cuidado de heridas 3660 (27%), la administración de medicamentos. tratamiento: intramuscular 2313 (19%) y educación para la salud 5510 (14%). Conclusión: El estudio destaca el papel de enfermería e identifica las principales áreas de experiencia en el manejo de enfermedades crónicas: Una taxonomía como NANDA-I representa una oportunidad de hacer más visible cuánto las habilidades de enfermería afectan el logro de un mayor nivel de salud en pacientes crónicos. (25)

Taghavi Larijani T., Saatchi B. (Irán - 2019) Realizaron un estudio con el objetivo de evaluar el efecto de una capacitación de diagnósticos de enfermería (ND) NANDA - I, clasificación de intervenciones de enfermería (NIC) y clasificación de resultados de enfermería (NOC), en salas psiquiátricas. Metodología: Ensayo controlado aleatorio, La muestra estaba constituida por 80 enfermeras, quienes documentaron registros e informes en términos de uso del lenguaje enfermero NNN. La intervención del estudio fue el entrenamiento del sistema NNN. Resultados: En los documentos de enfermería, El grupo de control utilizó el sistema NNN (N = 34), tanto antes como después de la intervención, mientras que el uso del grupo experimental aumentó de (N = 26) - (N = 434). Por otro lado tanto en el grupo control como en el experimental, antes de la intervención educativa se usaron solo 42 diagnósticos Nanda, 18 NIC se usaron totalmente,

mientras que no se usó NOC. Después de la intervención educativa la frecuencia de uso del diagnóstico NANDA aumento en los registros En el grupo experimental, de 22 a 202; NIC de 4 a 144; de NOC de 0 a 88. Las clases más utilizadas fueron: daño físico, infección, termorregulación y riesgos ambientales. Concluyendo que las intervenciones educativas deben ser planificadas con el propósito de mejorar la precisión de los diagnósticos de enfermería de no ser así; se podría errar en todo el resto del proceso (NOC y NIC). (26)

Vafaei SM, Manzari ZS, Heydari A, Froutan R, Farahani. 2018. Irán, Realizaron un estudio con el objetivo de evaluar la mejora de la documentación de atención de enfermería en el departamento de emergencias: un estudio de investigación de acción participativa en Irán, Metodología: Este estudio de investigación de acción colaborativa se llevó a cabo en dos fases para mejorar la documentación de atención de enfermería. La primera fase incluyó capacitación virtual, un taller educativo La segunda fase la implementación de capacitación continua codificada y el establecimiento de un sistema apropiado de recompensa y penalización en cuanto a los resultados, el puntaje de calidad de la documentación del hospital aumentó de 41.75% a 72%.despues de la intervención educativa. En conclusión, los resultados demuestran que la capacitación y sensibilización en las enfermeras mejoraron efectivamente la calidad de la documentación de enfermería y el monitoreo continuo junto con laspolíticas de incentivos, influyeron en la continuación de los comportamientos del personal. (27)

Hernández LC., Urbina A., Cambero E. (San Luis de Potosí – 2018) Realizo un estudio con el objetivo de socializar un proceso de mejora de la calidad del registro de Enfermería de un hospital público, sobre todo, en los aspectos relacionados con el cumplimiento de la normativa institucional. Metodología: Estudio descriptivo de enfoque cuantitativo: La muestra estaba constituida por 24 enfermeras integrantes del circulo de calidad y 07 enfermeras líderes. El estudio se llevó a cabo en dos fases. (febrero a junio de 2017.) Resultados: La primera

fase consistió en la capacitación de los líderes de los círculos de calidad. El 60% de los líderes mostró calificaciones de 5-6 puntos en una escala de 0 a 10. Antes de la capacitación. Al concluir la formación teórica se efectuó una segunda valoración, la cual mostró un notable aumento en la puntuación, logrando obtener un 80%. En la segunda fase (implementación de los círculos), solo se incluyeron en los equipos un total 24 enfermeros, a los que se les realizó la valoración previa a la formación, evidenciándose valores por debajo del 60% de cumplimiento, luego de la formación se demostró un incremento en el cumplimiento de los registros respecto a la valoración previa. Conclusion: Con esta intervención se logró una mejora en los siguientes en los registros de signos vitales, balance de líquidos (ingresos y egresos), esquema terapéutico, juicio clínico (diagnósticos de Enfermería) y plan de cuidados al alta.(20)

Akhu - Zaheya L., Al Maaitah R., Bany Hani S. (Jordania – 2017) realizaron un estudio con el objetivo de determinar la Calidad de la documentación de enfermería: registros de salud en papel versus registros de salud electrónicos. La metodología fue de diseño retrospectivo, descriptivo, comparativo en dos hospitales públicos. La muestra estaba determinada por 434 registros de papel y electrónicos de los servicios de cirugía y medicina. El instrumento que se utilizó para auditar los registros fue, Cat-ch-Ing. Respecto a los resultados, los registros de salud electrónicos fueron mejores que los registros en papel en términos de proceso y estructura. En términos de cantidad y calidad de contenido, los registros en papel fueron mejores. Los registros auditados, presentaron diferencias en 208 (95,9%) de los registros en papel, los cuales no se completaron en comparación con 169 (77.9%); de 207 registros (95.4%) de historias electrónicas no incluyeron diagnósticos de enfermería en comparación con 44 (20,35%) de registros en papel, y solo tres (1.4%) registros de papel incluyeron planificación en comparación con dos (0.9%) de registros electrónicos. Conclusión: urge más investigación sobre la calidad y efectividad de educación en enfermería respecto a los registros de enfermería.(28)

Da Costa Linch G., Antunes Lima A., Nogueira de Souza A., Nauderer T., Aparecida Paz A., Da Costa C. (Brasil – 2017). Realizaron un estudio titulado: “Un impacto de intervención educativa en la calidad de los registros de enfermería” con el objetivo de evaluar el impacto de la intervención educativa en la calidad de los registros de enfermería. Metodología: Estudio de diseño cuasi-experimental con diseño de antes y después de una intervención educativa, realizado en un complejo hospitalario filantrópico en la región sur de Brasil. Todos los registros de enfermería de ocho enfermeras de una unidad de cuidados intensivos fueron incluidos en el estudio. Los registros no utilizaban un lenguaje estandarizado, y contenían información sobre los pacientes hospitalizados de cuatro días. La evaluación se inició desde el primer registro (admisión o primera evolución). Resultados: Los resultados se compararon mediante la prueba t de Student. Los cuales se consideraron altamente significativas $p < 0,05$, con un intervalo de confianza del 95%. El resultado de la enfermería se documenta observable / mensurablemente de acuerdo con el NOC de 0.00 (0.00)-0.90 (0.30) siendo esta significativa < 0.001 . Se evidenció una relación entre resultados e intervenciones de enfermería. 0.07(0.36) - 1.63 (0.71) siendo esta significativa $p < 0.001$. 29 - Los resultados de enfermería y los diagnósticos de enfermería estaban relacionados internamente. 0.07 (0.36) 1.63(0.71) $p = < 0.001$. Conclusión: La intervención educativa en el lenguaje enfermero mejoró la calidad de los registros. (29)

1.1.2 Antecedentes Nacionales

Ahumada L. Ventanilla – 2017) Realizó su Tesis de Maestría titulado: “Carga laboral y la calidad de los registros de Enfermería en los Centros de Salud Villa los Reyes y Mi Perú”. Con el objetivo: Determinar la relación entre la variable Carga Laboral y la Calidad de los registros. Metodología: Enfoque cuantitativo tipo básica de nivel descriptivo y correlacional. La muestra estuvo constituida por 78 enfermeras el instrumento fue un cuestionario y una guía de cotejo

respectivamente. Resultados: según la percepción de las enfermeras el 46 % considero la carga laboral alta, el 46.2% la consideró media y 16,7 % baja; referente a la calidad de registros de enfermería el 46.2 % mostraron nivel de cumplimiento bajo, un porcentaje y sólo el 7.7% presentaron nivel de cumplimiento alto. Conclusión: la carga laboral está relacionada significativamente con la calidad de registro de enfermería $p=008<0.05$. (30)

2.2 Bases Teóricas

2.2.1. Teoría Florence Nightingale,

La disciplina enfermera constituido por conocimiento científico, técnico y humano le permite al profesional ser líder y autónomo en las actividades que ejecuta. Así mismo le permite registrar los cuidados realizados en la atención brindada y considerando el proceso de atención de enfermería con el fin de garantizar la continuidad del cuidado.

Es preciso resaltar la importancia de los registros de enfermería como documento privado que resguarda la situación de salud del paciente, que solo debe ser conocido por el equipo médico y el propio paciente, esta debe ser registrada cronológicamente considerando los principios de integralidad, secuencialidad, disponibilidad, oportunidad y racionalidad científica (31)

Con la notas de enfermería publicadas en su libro, Nightingale pretendió alcanzar a más mujeres, debido a que eran las encargadas del cuidado de las personas que vivían en sus hogares, de esta forma les enseñaba de forma clara y concisa de cómo cuidar a los desvalidos, desde esa época empezó a empoderar a las mujeres a través de todo lo registrado en su libro, “Notas de Enfermería”, pues buscaba prevenir cualquier tipo de enfermedad a través de la calidad de cuidado, como se puede observar en la siguiente cita donde Nightingale señala “Me abstendré de todo lo que es perjudicial y malo y me dedicare al bienestar de todos aquellos que están a mi cargo” (32)

Para Nightingale una mujer, no es todo el tiempo enfermera, se convierte en enfermera cuando utiliza los conocimientos de la enfermería para la realización de cuidados. En esta acción de cuidar las mujeres se enfrentan a experiencias valiosas que al ser compartidas permiten que los cuidados mejoren, beneficiando a los pacientes.

Para Nightingale, su libro notas de enfermería no pretende ser un manual de enfermería, y mucho menos un manual de cocina, el arte de la enfermería se encuentra en la práctica, en el contacto con quien se cuida. (34).

A partir de su filosofía de que la enfermería tenía "la responsabilidad de velar por el estado de salud de otros", Notas sobre Enfermería..." fue escrita para enseñar a las mujeres la práctica a través de las líneas maestras de como suministrar consejos que les ayudaran a "pensar como enfermeras" cuando tuvieran que cuidar a un ser querido o pariente enfermo. (33)

Con esta publicación Nightingale, ante los ojos de la modernidad, se convierte en una estrategia en salud, ya que escribió y dirigió su libro a personas quienes podían cambiar los procesos de salud-enfermedad en la familia. En esta acción de cuidar las mujeres se enfrentan a experiencias valiosas que al ser socializadas permiten que los cuidados mejoren, beneficiando a los pacientes. (33)

Para Florencia, según Núñez (33), la enfermería es un arte, que se encuentra en la práctica toda vez que la enfermera se relaciona con el sujeto a quien se cuida. Así mismo en la descripción, de su libro: notas de enfermería se evidencia la responsabilidad y el compromiso, que se requiere en el cuidado, y que el acto de cuidar, debía ser un acto reflexivo, porque a pesar de realizar un buen cuidado, en los servicios de un hospital, la gente seguía muriendo. En ese sentido no solo era necesario brindar los cuidados directamente dirigido al paciente sino también tener la capacidad crítica de observar bajo qué condiciones o entorno se está realizando el acto de cuidar.

Nightingale al publicar su libro, *Notas de Enfermería*, deja bien claro que la enfermería existe, que tiene conocimiento propio en el campo del saber de la salud y que su razón de ser, corresponde a la búsqueda de la salud de las personas en la prevención, mantención y recuperación de la salud. Sus escritos, documentados en sus notas sobre temas que afectan el estado de salud, la eficiencia y la gestión hospitalaria del ejército británico, *Notas documentadas sobre el estado sanitario del batallón en la India y vivir o morir in India*, evidencian firmemente su permanente preocupación por la salud de las personas, sobre todo por aquellas que estaban más vulnerables, como los expuestos a la pobreza, ignorancia y a las guerras (33;34)

Palmer (35), describe al respecto de las notas que Nightingale como una habilidad que tenía ella en la investigación, lo cual lo fundamentaba en sus registros, con una buena comunicación, ordenación, conceptualización, análisis, codificación, inferencia y síntesis de los datos.

Su destreza en el uso de las estadísticas sanitarias también se evidencio en los múltiples informes que elaboro sobre temas diversos. Inventó el diagrama de áreas polares para evidenciar el dramático incremento de muertes que pudieron ser evitables ocurridos en los hospitales de la guerra de Crimea. Para Cohen, según Amaro (56), para Nithingale, los fenómenos sociales pueden medirse y someterse al análisis matemático

En ese mismo contexto La disciplina de la enfermería, se desarrolla toda vez que la enfermera realiza el acto de cuidar, debido a la retroalimentación y es esta experiencia la que a través de los años se ha descrito en los libros y revistas, para ser socializado con el colectivo de enfermera para luego ser validadas por ellas mismas.

Definitivamente se puede asegurar con certeza que Nightingale es un claro ejemplo a seguir, que hasta la actualidad influye de manera positiva en la vida de muchas personas, las notas de enfermería han trascendido hasta la fecha, pese

a vivir en una época muy distinta a la actual sigue impactando la vida de muchas personas. Las notas e enfermería se centra en el cuidado de las personas pero también en el hecho de no dañar. Por todo lo mencionado se sostiene que los registros de enfermería son relevantes, porque pueden influenciar y cambiar la vida de muchas personas.

En ese contexto la enfermera debe proteger al paciente brindando un cuidado seguro y oportuno e implementar siempre las herramientas necesarias para asegurar ese cuidado de calidad y sin complicaciones, disminuyendo los eventos adversos y las estancias hospitalarias. En ese aspecto filosófico, Nightingale, tiene un enfoque implícito de educación para la salud, aunque no está descrito en sus memorias, es evidente que para no dañar las enfermeras deben alimentarse de conocimiento nuevos y basados en evidencia para brindar cuidados de calidad; pero también es necesario empoderarse en su propia metodología, familiarizarse con el lenguaje enfermero y mejorar la información entre pares y otros profesionales de la salud. La revisión de los artículos, considerados en esta investigación ha permitido evidenciar como los registros de enfermería basados en la metodología enfermero concatenado al lenguaje enfermero puede mejorar la calidad de los cuidado que brinda la enfermera permitiendo dar a conocer que cuidados se implementaron en un paciente y cuales fueron esos resultados. Además como valor agregado se puede decir que los registros de la enfermera permite la reutilización de la información, por otras enfermeras, se puede hacer investigaciones con los resultados alcanzados y por ultimo puede ser una herramienta fundamental en caso fuese necesario ante demandas legales. (38)

Para Florencia según Núñez (43), La enfermería es un arte focalizado en la búsqueda de la salud, previniendo la aparición de las enfermedades o a recuperación de ellas.

Para Nightingale (38), la mujer no siempre es enfermera, se convierte en ella cuando utiliza sus saberes para brindar los cuidados y en esta acción de cuidar,

las enfermeras se enfrentan a fenómenos valiosos que al ser socializados o compartidos permiten que los cuidados mejoren, beneficiando a los pacientes.

La enfermera utiliza la observación para evaluar todo el entorno de la persona enferma, lo que permite implementar los cuidados que ayudara a prevenir las complicaciones y a restaurar la salud de los mismos; es por eso que la observación de los fenómenos sociales, fue fundamental para Nightingale tanto a nivel individual y de sistema y fue el sustento para sus notas de enfermería, puesto que tanto la observación como la práctica, para Nightingale eran inseparables. refiriéndose al valor de la observación, manifestaba: "La lección práctica más relevante que puede entregarse a las enfermeras es enseñarles, qué observar, cómo observar, cuáles son los síntomas que indican complicaciones o mejoras, cuales son importantes y cuáles no, son importantes, cuando un cuidado es negligente y qué tipo de negligencia" y añadía lo siguiente: "Pero si usted no puede lograr conseguir el hábito de la observación, de una forma u otra, sería mejor que dejara la enfermería, para la cual no ha sido llamada, por muy bondadosa y sensible que usted sea". (38)

2.3 Bases Conceptuales.

2.3.1 Metodología Enfermera.

El proceso de atención de enfermería se define como un sistema de la práctica de Enfermería, que se caracteriza por ser un proceso dinámico y sistemático mediante el cual la enfermera utiliza sus habilidades, pensamiento crítico y analítico para identificar patrones alterados, diagnosticar, planificar e intervenir aplicando cuidados de enfermería basado en evidencia.

El Proceso de atención de enfermería se convierte en uno de los más importantes sustentos metodológicos de la disciplina profesional de Enfermería, fundamentado en el método científico, ya que a partir del contexto, datos y experiencias se valora una situación de salud, se plantea una problemática que se diagnóstica, se realiza

una revisión del tema basado en la evidencia científica (que hace las veces de marco teórico), se formula una meta que se asemeja a la hipótesis, se realiza una planeación (marco de diseño) y ejecución de acciones y toma de decisiones y por último se analizan y evalúan los resultados (40)

El Proceso de Enfermería está constituido por cinco etapas: valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación todas ellas interrelacionadas que le dan un sentido coherente.(40)

La primera etapa, es la Valoración que consiste en la recolección de información de datos relevantes del estado de salud de un individuo. Considerando a la entrevista, examen físico, observación y a la revisión documentaria como métodos o medios para obtener dicha información. (41) Asimismo es fundamental considerar que modelo de enfermería se puede aplicar para la valoración el cual puede ser la de Virginia Henderson y sus 14 necesidades básicas o también la de Maryorie Gordon y sus 11 patrones funcionales, este último creado en el año 1973, que surgen de “la evolución entre el cliente y el entorno (5-11), la utilización de este modelo nos permite identificar los patrones alterados y trabajar sobre ello. Los Patrones Funcionales son: cognoscitivo-perceptual, actividad y ejercicio, nutricional-metabólico, eliminación, Percepción de la salud, reproductivo-sexual, tolerancia y manejo del estrés, rol y relaciones, autopercepción y autoconcepto, creencias y valores y descanso y sueño. (41)

La segunda etapa, es el Diagnóstico, que consiste en la identificación de los problemas de salud para Enfermería basado en los patrones funcionales alterados, apoyados en un sistema de clasificación de diagnósticos propios de enfermería, que incluye tanto diagnósticos reales como potenciales y positivos o protectores. (40)

La tercera etapa, la Planeación, consiste en la determinación de intervenciones o actividades conjuntamente (enfermerapaciente) conducentes a prevenir, reducir, controlar, corregir o eliminar los problemas identificados con base a los

diagnósticos de enfermería. Es aquí donde se elaboran las metas u objetivos definiendo los resultados esperados, estableciendo prioridades de cuidado y se organizan y registran en un plan, que puede ser según el ámbito de cuidado, individualizado o colectivo. (40)

La cuarta etapa, la Ejecución, es la aplicación del plan de cuidado, que desarrolla tres criterios: preparación, ejecución propiamente dicha y documentación o registro, donde interviene según la planificación, el paciente, la auxiliar, la enfermera, el equipo de salud, los familiares y las redes de apoyo, con la dirección del profesional de Enfermería. (40)

La quinta y última etapa es la Evaluación, entendida como la parte del proceso donde se compara el estado de enfermedad o salud del paciente con los objetivos del plan definidos previamente por el profesional de Enfermería, es decir, se miden los resultados obtenidos. Cabe anotar, que ésta evaluación se realiza continuamente en cada una de las etapas del proceso citadas anteriormente, verificando la relevancia y calidad de cada paso del proceso de Enfermería. (40)

2.3.2 Lenguaje Enfermero. Taxonomía NANDA NOC NIC

El lenguaje estandarizado de la enfermería es un instrumento que permite integrar un marco teórico de identificación de problemas, intervenciones y resultados en los cuidados. El lenguaje enfermero hoy día se admite como una cuestión fundamental. En ese sentido se necesita tener un idioma común que permita a los enfermeros compartir la información a nivel global de todo lo que hacemos cuando brindamos el cuidado. No hay profesión si no tenemos un lenguaje común que nos permita visibilizar los cuidados a través de la investigación y la enfermería basada en evidencia. (42)

Al respecto el lenguaje enfermero basado en la clasificación de taxonomías de los diagnósticos Nanda, Resultados esperados (NOC) e Intervención de

Enfermería (NIC) establecen la diferencia entre la enfermería y el modelo biomédico y promueven su desempeño y su rol clínico del enfermero. El desarrollo de una clasificación o de un sistema estandarizado de lenguaje permite la identificación de los elementos centrales a una ciencia promueve el desarrollo de más estudios sobre el tema. (42)

Por lo tanto el lenguaje enfermero permite desarrollar a la enfermera con autonomía, registrar todo que se realiza, unificando la terminología enfermero para poder conocer y medir las aportaciones que hace la disciplina enfermera en el mejoramiento del estado de salud de las personas. Solo así se podrá investigar, comparar, planificar y evaluar el trabajo enfermero, ponerle valor y hacerlo mucho más visible. Una comunicación efectiva requiere de un lenguaje común que sirva para conocer las respuestas del paciente, si se mejora la comunicación entre las enfermeras, entre los turnos de trabajo, entre las diferentes unidades, y con los diferentes campos alternativos de la salud, estaremos hablando de calidad (43)

La North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) define los diagnósticos de enfermería como: «...juicio clínico sobre un problema de salud actual o potencial, de forma individual, familiar o comunitaria, que facilitan la elección de intervenciones y objetivos de enfermería, Consta de tres componentes: etiqueta, características definitorias y factores relacionados. (40)

-Etiqueta es el término que brinda una descripción concisa del problema de salud de una persona.

- Características definitorias son los signos y síntomas, grupo de datos que suelen estar relacionado con el diagnóstico en particular.

Signos: son los datos objetivos observables relacionado a un problema de salud. Son datos que se pueden medir. Por ejemplo: el peso, la temperatura, la presión arterial. (40)

Síntomas: son los datos subjetivos que expresa el paciente que ayudan a determinar un problema de salud. Ejemplo: la sed, la disfagia, la astenia.(55)

-Factores etiológicos, coyunturales, fisiopatológicos o de desarrollo que contribuyen a la aparición de un problema. (40)

Conocer los conceptos de precisión y validez de los diagnósticos enfermeros puede ayudar a los estudiantes y enfermeros a comprender que las profesionales adquieren responsabilidad en su campo de acción cuando formulan los diagnósticos que realizan. Para formular los diagnósticos los enfermeros deben realizar primero la valoración, de esa manera obtendrá los datos objetivos y subjetivos para determinar las características definatorias como parte del proceso de razonamiento diagnóstico. Es importante enseñar a los estudiantes cuán importante es la valoración para poder diagnosticar y poder recién implementar todo el proceso de atención de enfermería. (44)

Los diagnósticos de enfermería permiten una clara definición de los datos y parámetros relacionado a los cuidados de los pacientes, convirtiéndose en descriptores apropiados que viabiliza el cuidado y permiten su desarrollo de forma eficaz. En este sentido muchos de los problemas que se observan en el ámbito de la práctica de cuidados de salud, son relacionadas a problemas de comunicación en nuestra profesión y pueden ser fácilmente superables con la implementación de taxonomías diagnósticas. (45)

La tercera etapa, la Planeación, consiste en la determinación de intervenciones o actividades entre la enfermera y el paciente, que permitirá prevenir, reducir, controlar, o eliminar los problemas identificados en la segunda etapa del proceso de enfermería, nos referimos en base a los diagnósticos de enfermería. Es aquí donde se elaboran los resultados de Enfermería (NOC) su valor de utilizarlo está en la contribución que aporta para definir la práctica de enfermería (40)

Los resultados esperados son importante para valorar la efectividad de las intervenciones que realiza enfermería de esa forma facilita la continuidad de los

cuidados, la misma que también asegura la responsabilidad de la enfermera en todos los niveles del sistema de salud. Es importante que la enfermera formule los resultados esperados mediante una medición correcta, que le permita monitorizar los resultados del paciente y la delimitación del impacto que tiene la enfermería en los cuidados del paciente. (46)

Un resultado del usuario sensible a la práctica o intervenciones de enfermería, es un estado de salud, conducta o percepción de una persona, familia o comunidad, la cual es medido a lo largo de un tiempo (corto o mediano o largo plazo) en respuesta a una intervención de enfermería. Los resultados son conceptos que cambian como respuesta a las intervenciones de enfermería y pueden medirse utilizando una escala o escalas de medida. Estos se expresan como definiciones que reflejan el estado de conducta o percepción de un paciente. (46)

Para medir los resultados se utiliza una escala de medición tipo Likert, de cinco puntos con todos los resultados e indicadores, esta organización permite medir la variabilidad del estado de salud, conducta o percepción de las personas. Las escalas están estandarizadas de forma que una puntuación de 1 es la peor puntuación del estado de salud del paciente y la 5 es la mejor puntuación. (46)

Al registrar los resultados en la documentación de la enfermera, esta puede realizar un registro basal del paciente respecto a ese resultado, luego de realizar las intervenciones de enfermería nuevamente vuelve a puntuarlo. Esto contribuye con la información a la enfermera respecto al mantenimiento del estado de salud de la persona, como está evolucionando o como se está manteniendo. Esta puntuación puede ser negativa si disminuye la escala de puntuación respecto al estado basal después de la intervención de enfermería o puede ser positiva si la puntuación aumenta después de la intervención de enfermería. (46)

Para evaluar la calidad de los registros de Enfermería implementando el lenguaje enfermero para este estudio, se considerará como dimensión la Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC).

Una Intervención de enfermería (NIC) se define como cualquier tratamiento basado en el criterio y el conocimiento clínico que realiza el profesional de enfermería para mejorar los resultados del paciente. Los profesionales de enfermería utilizan el criterio clínico con las personas, familia y comunidad, para mejorar su salud, aumentar su capacidad de afrontar los problemas en salud y fomentar la calidad de vida. La selección de una intervención de enfermería para un paciente en especial forma parte del criterio clínico de la profesional. En ese sentido al elegir una intervención de Enfermería se debe considerar seis factores: 1. Resultados seleccionados por el paciente; 2. Características definitorias del diagnóstico formulado por la enfermera; 3. El factor relacionado. 4. si es factible de ser ejecutado, 5. Que el paciente lo acepte 6. Capacidad del profesional. (47)

Cada intervención de enfermería que aparece en la clasificación está catalogada con una denominación, (etiqueta) una definición, un conjunto de actividades para llevar a cabo la intervención y una fuente bibliográfica. Para cada intervención que es la etiqueta, las actividades están listadas en orden lógico, empezando por un orden, por lo primero que debe realizar la enfermera para finalizar en lo último que debe realizar. Antes de NIC solo teníamos largas actividades sin estructura, con la NIC podemos comunicar con facilidad nuestras intervenciones. (47)

2.3.2.1 Registro de Enfermería.

La documentación de todo lo que hace la enfermera por los pacientes desde el lenguaje de enfermería estandarizado permite que los profesionales construyan base de datos institucionales estatales y regionales, para efectuar una investigación con eficacia, siempre en cuando estén con los registros informatizados; sin embargo no es necesario esperar que eso suceda para empezar a documentar las intervenciones de enfermería en los registros de papel. Es indispensable que el profesional de enfermería escriba las intervenciones de enfermería realizadas en un documento propio que demuestra el quehacer de enfermería, de esa manera se visibiliza el rol de los profesionales cuando brinda el cuidado. Además, contribuye

con ello al desarrollo disciplinario y profesional puesto que todo lo que está registrado del que hacer en enfermería puede convertirse en conocimiento científico. (24)

2.3.2.2 El paciente Hospitalizado y el cuidado clínico.

Los paciente que se hospitalizan hoy en día por lo general son adultos mayores y como tal, son personas pluripatológicos, eso aumenta la complejidad de los cuidados y obliga a los establecimientos de salud y al equipo médico a tener una actitud preventiva, segura y oportuna, y aunque no siempre se puede curar; el aliviar el sufrimiento de las personas debe estar presente.

El personal de salud se relaciona con sujetos que viven procesos de salud y enfermedad, quienes al acudir a los establecimientos de salud ejercen un derecho fundamental con respaldo jurídico y legal. Llegan al establecimiento de salud no en estado de indefensión, como señala el término paciente, sino impulsadas por la necesidad que rebasó sus prácticas sociales de autocuidado-auto atención. La expectativa de recuperar su bienestar las motiva a ejercer su derecho, conscientes de ello o no. La persona puede desconocer las finezas del asunto, el personal de salud no.(48)

La salud entendida como derecho, es un principio de realidad que debe observarse al inicio de la atención y guía de la relación. La base para sustentar la posición del personal de salud frente al otro y funja como facilitador del ejercicio pleno del derecho a la salud e involucrarse con la experiencia del sujeto. Comprometerse con el ejercicio pleno del derecho a la salud es la vía para humanizar y dignificar la atención en los establecimiento de salud. Y así se dé la colaboración entre personal de salud y sujeto, entendiendo que el bienestar no lo define la capacidad de pago o cronicidad de la enfermedad. Debe quedar claro que el derecho a la salud no equivale a sanar por derecho. La finalidad de la atención es ayudar a sanar, más nadie puede garantizarlo porque los fenómenos vida-muerte son parte de la realidad humana y desenlace del proceso de salud enfermedad. (48)

Cossette (49) y colaboradores se enfocaron en dimensionar el cuidado clínico, este comprendió cuidados técnico profesionales; el cuidado relacional que se concentra en la ayuda para explorar la importancia de la vida y el significado de la resolución eficiente de los problemas; el cuidado humanístico considera al paciente como individuo completo ofreciendo un apoyo que va más allá del padecimiento que sufre y el cuidado para el confort se relaciona con el respeto, la privacidad y la resolución de necesidades básicas. Los autores hacen énfasis en la necesidad de estudiar estas dimensiones con el fin de demostrar el impacto del cuidado, considerando no solamente los cuidados técnico-profesionales.

Al respecto Frich (50) también llevó a cabo una revisión de la literatura que identificó algunos resultados de las intervenciones de enfermería en adultos mayores con enfermedades crónicas cuyos padecimientos no estuvieran en etapas muy avanzadas, entre los hallazgos destacan: las intervenciones que mejoraron los resultados clínicos como discapacidad, presión arterial, glucosa en sangre y síntomas de depresión, estos disminuyeron los costos a partir de la reducción de días estancia o aumentaron algunos resultados del paciente como, la satisfacción persona

CAPÍTULO III

DESARROLLO DE ACTIVIDADES PARA EL PLAN DE MEJORAMIENTO EN RELACIÓN A LA SITUACIÓN

3.1. Diagnóstico situacional de los registros enfermeros y desarrollo de actividades para el plan de mejoramiento en relación a la situación problemática.

Como enfermeras profesionales, somos responsables de garantizar una atención segura y de calidad al paciente. La única prueba de todo lo que hacemos se evidencia a través de los registros de enfermería. No importa cuán hábil sea una enfermera, un registro de enfermería deficiente puede representar un peligro para la enfermera.

En la medida en que las enfermeras puedan visualizar cual es el aporte que brindan al estado de recuperación de los pacientes y además puedan recuperar y analizar datos de su práctica, tendrán las evidencias necesarias para recalcar que los cuidados de enfermería marcan una diferencia en el cuidado del paciente . Los beneficios que otorga un registro de calidad es que garantiza una atención de calidad, eficiente, continua y segura al paciente, logrando con ello determinar y asignar al registro un valor científico.

3.1.2. Aplicar el Ciclo de Demming

3.1.2 Planificación:

Para la identificación de la oportunidad de mejora de los registros de enfermería se utilizaron las fuentes de información (registros de enfermería) durante el periodo de 1 mes se evaluaron dicho registro utilizando el instrumento Q DIO versión española de 22 ítem, Instrumento que se utiliza para auditar los registros enfermeros.

Se realizaron reuniones con enfermera de todos los servicios de hospitalización y mediante una Lluvia de Ideas, cada profesional enunció cuales eran los procesos críticos identificados en los registros enfermeros (notas de enfermería) Como eran

diversos problemas la información obtenida se colocó en una matriz de priorización con la finalidad de valorar la capacidad de intervención, sabiendo que no todos los problemas tienen la misma importancia y que no siempre se cuenta con los recursos suficientes para intervenir todos los problemas encontrados.

TABLA 1 MATRIZ DE PRIORIZACION

| Oportunidades de Mejora | Criterios | | | Puntaje total |
|--|------------|-------------|--------------|---------------|
| | Frecuencia | Importancia | Factibilidad | |
| Registros de enfermería con datos Incompletos | 2 | 5 | 6 | 13 |
| Registros de enfermería con lapiceros no permitidos por la norma técnica | 3 | 4 | 4 | 11 |
| Registros de Enfermería redactados en estilo libre | 8 | 9 | 8 | 25 |
| Registros de enfermería con enmendaduras | 3 | 4 | 3 | 10 |
| Registros de Enfermería de pacientes hospitalizados de otras especialidades (áreas críticas) | 4 | 3 | 5 | 12 |

Definiéndose como problema priorizado “Registros de Enfermería redactados en estilo libre”. Una vez identificado el problema, se utilizaron diferentes herramientas de mejora, se analizó los registros de enfermería donde se identificaron los registros en estilo libre, se realizó una lluvia de ideas. Por medio del diagrama de espina de pescado se relacionaron los factores contributivos a cada acción insegura. El diagrama espina de pescado, también conocido como diagrama de Ishikawa o diagrama de causa y efecto, es una de las herramientas más utilizadas en acciones de mejoramiento y control de calidad en las organizaciones, ya que permite agrupar las causas de los fenómenos que se pretenda mejorar. Permite establecer de forma

gráfica una relación entre el problema detectado y sus posibles causas, ayudando a visualizarlo de forma más fácil y comprensible (50) (Figura No. 1)

IDENTIFICACION DE LAS PRINCIPALES CAUSAS DEL PROBLEMA:

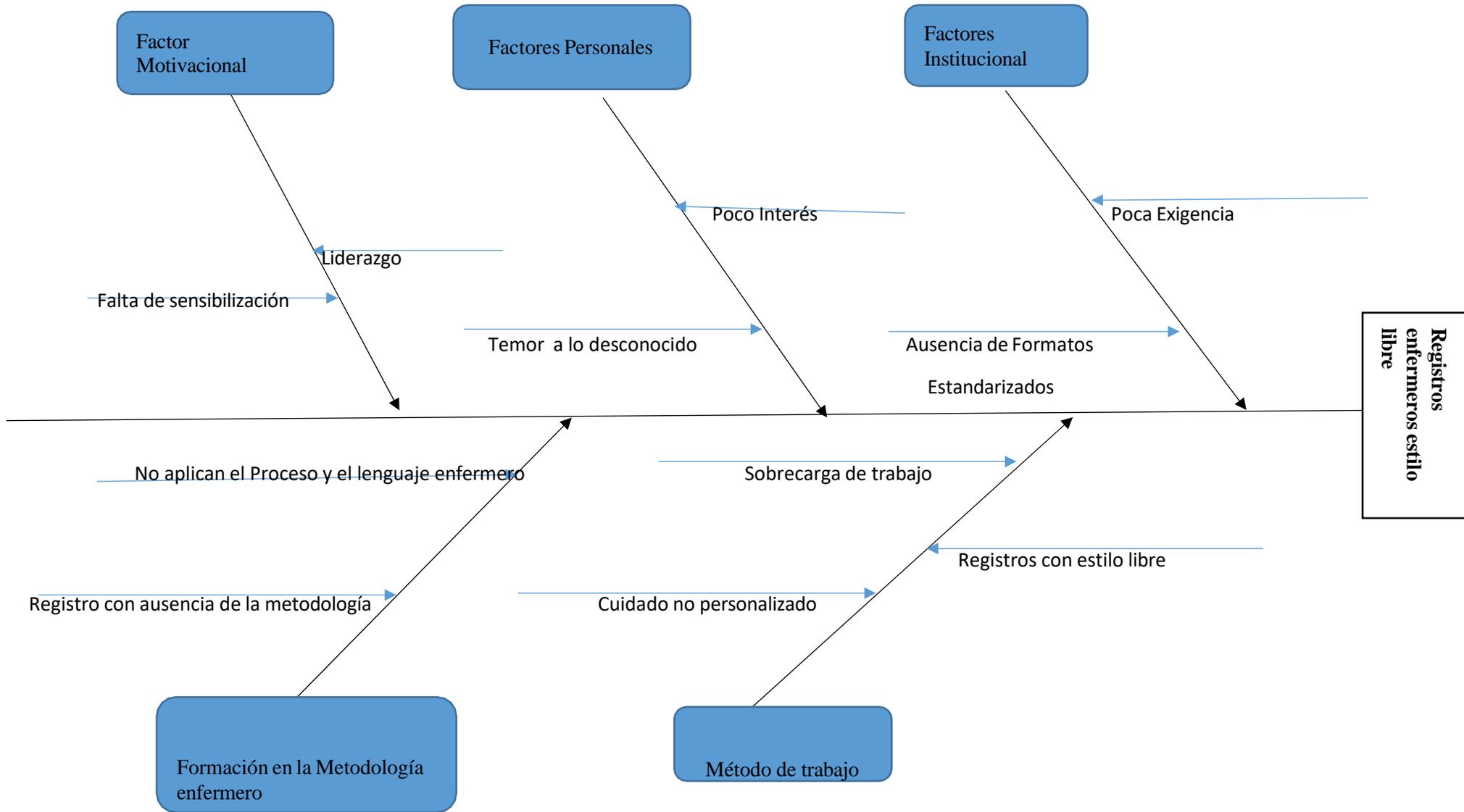


TABLA No. 2: POSIBLES CAUSAS DEL PROBLEMA

| CAUSAS | Frecuencia | Frec. Normaliz | Frec. Acumulada |
|--|-------------------|-----------------------|------------------------|
| Falta de conocimiento en el uso del lenguaje enfermero | 8 | 10% | 10% |
| Falta de Practica | 16 | 20% | 30% |
| No hay exigencia por los líderes del hospital | 25 | 30% | 60% |
| No Hay programa de formación | 8 | 11% | 71% |
| Falta de interés de las enfermeras | 13 | 18% | 89% |

Se realizó el Diagrama de Pareto para priorizar la intervención a realizar, este Diagrama nos permitió identificar los elementos de mayor importancia o mayor relevancia dentro del conjunto de causas analizadas obteniendo como resultado que el 63% de las causas de un registro deficiente son ocasionados por: la falta de práctica, no hay exigencias por los líderes y falta de interés del personal para documentar los registros con el lenguaje NANDA. (50)

3.1.6 Diagnósticos enfermeros más frecuentes en las salas de hospitalización

Mediante una lluvia de ideas y con las enfermeras representantes de los servicio de hospitalización se seleccionaron los diagnósticos enfermeros que serán considerados en el SOAPIE

TABLA 2 MATRIZ DE PRIORIZACION DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS

| Etiquetas diagnosticas | EN ORDEN DE PRIORIDAD |
|---|-----------------------|
| Dolor agudo | 1 |
| Patrón Respiratorio Ineficaz | 2 |
| Hipertermia | 3 |
| Riesgo de nivel de glucemia Inestable | 4 |
| Ansiedad | 5 |
| Déficit de volumen de liquido | 6 |
| Deterioro de la movilidad física | 7 |
| Riesgo de Infección | 8 |
| Riesgo de lesión por presión | 9 |
| Conocimiento Deficiente | 10 |
| Riesgo de desequilibrio hidroelectrolítico | 11 |
| Deterioro del intercambio de gases | 12 |
| Estreñimiento | 13 |
| Desequilibrio nutricional inf. a las necesidades corporales | 14 |
| Retención urinaria | 15 |
| Riesgo de sangrado | 16 |
| Conocimiento deficiente | 17 |
| | |

3.2.1 Hacer: Seleccionar e implementar una solución:

Una vez que se identifica la causa, de los registros de enfermería con una calidad deficiente, es el momento de proponer posibles soluciones. Estas serán aquellas que resuelven el problema real. Estas solo se encuentran después de identificar la causa raíz del problema. (74)

3.2.3 Estrategias:

a. VALORACION

Identificar los 13 patrones funcionales

b. DIAGNOSTICO

Identificar los diagnósticos enfermeros que más se utilizan

c. PLANIFICACION DE CUIDADOS (SOAPIE)

Diseñar un registro de enfermería con las taxonomías NANDA NOC Y NIC, considerando los diagnósticos de enfermería más frecuentes según la opinión de las enfermeras que participaron en la reunión, así como los resultados esperados (NOC), así como los indicadores de cada uno de ellos

d. INTERVENCIONES DE ENFERMERIA

Registrar las intervenciones de enfermería, las cuales están relacionadas coherentemente con los resultados esperados, así como los diagnósticos enfermeros.

e. EVALUACION (notas de enfermería)

1. Realizar la validación del SOAPIE por jueces expertos
2. Socializar el registro de enfermería con la Alta dirección (Departamento de Enfermería)
3. Socializar y sensibilizar el registro de enfermería a todo el personal de enfermeras. (74)

3.2.4 VERIFICAR/CONTROLAR:

1. Realizar la validación del SOAPIE por jueces expertos
2. Comprobar resultados. -Analizar los resultados. Verificar si el departamento de enfermería lo acepta y mediante indicadores: monitorizar su cumplimiento.

3.2.5 HACER

A. VALORACION POR PATRONES FUNCIONALES

| PATRONES FUNCIONALES | CARACTERISTICAS |
|---|--|
| Patrón 1: percepción-manejo de la salud. | Describe la percepción del cliente de su patrón de salud y bienestar y cómo lo maneja. Incluye la percepción del individuo de su estado de salud y de su relevancia para las actividades actuales y sus planes futuros. También incluye el manejo de los riesgos para la salud y las conductas generales de cuidado de la misma, tales como las medidas de seguridad y la realización de actividades de promoción de la salud física y mental, prescripciones médicas o enfermeras y revisiones periódicas. Se puede iniciar preguntando "¿cómo describiría usted su salud?". Incluye alergias, hábitos tóxicos, deseo de abandonar éstos, medidas preventivas habituales como participación en programas de salud y vacunaciones, y adherencia a los tratamientos |
| Patrón 2: nutricional - metabólico. | Describe el consumo de alimentos y líquidos del cliente en relación con sus necesidades metabólicas y los indicadores del aporte local de los nutrientes. Incluye los patrones individuales de consumo de alimentos y líquidos: horarios de las comidas, tipo y cantidad de alimentos y líquidos consumidos, preferencias alimentarias y el uso de suplementos nutricionales o vitamínicos. Describe la lactancia materna y el patrón de alimentación del lactante. Incluye lesiones sobre cualquier zona cutánea, capacidad de cicatrización y medición de la temperatura, el peso y la talla corporal. También se incluye el aspecto general de bienestar y el estado de la piel, el cabello, las uñas, las membranas mucosas y los dientes. |
| Patrón 3: eliminación | Describe la capacidad del individuo en relación a la función excretora (intestinal, urinaria y transpiración cutánea) y todos los aspectos relacionados con ella. Incluye la percepción que el propio individuo posee de la misma, la utilización habitual de medidas auxiliares como laxantes para la eliminación intestinal y cualquier cambio o alteración en el modo de excreción, calidad o cantidad. También incluye cualquier dispositivo usado para el control de la eliminación y su cuidado específico (urostomía, colostomía, pañales absorbentes). |
| Patrón 4: actividad-ejercicio. | Describe las capacidades para la movilidad autónoma (encamado/sillón-cama/deambulante) y las actividades de la vida diaria que requieren gasto |

| | |
|---|---|
| | <p>energético, tales como las de realizar la higiene general, ponerse y quitarse la ropa, comer, cocinar, comprar, trabajar, hacer las tareas de la casa... También están incluidos el tipo, cantidad y calidad del ejercicio así como las costumbres de ocio y recreo llevadas a cabo. Si procede, se incluyen los factores que interfieren con las actividades deseadas o esperadas por el individuo, tales como el déficit neuromuscular, disnea, angina o calambres musculares con el esfuerzo, así como el uso correcto de dispositivos de ayuda como traqueostomía, laringectomía, oxigenoterapia, <u>CPAP</u>, <u>BiPAP</u>, inhaladores, otros... La valoración de los patrones de actividad permitirá la detección de prácticas poco saludables, la prevención de mayores pérdidas funcionales y puede así mismo ayudar a compensar dichas pérdidas.</p> |
| <p>Patrón 5: sueño y descanso.</p> | <p>El objetivo de valorar este patrón es describir la efectividad del sueño-descanso desde la perspectiva del cliente. La preocupación respecto al sueño sólo aparece cuando éste se hace difícil; de lo contrario, no se le presta atención. Se recogen datos sobre patrón de sueño, descanso y relax habitual a lo largo de las 24 h del día, capacidad para conciliar el sueño, despertares, uso de medicación hipnótica o sedante, pesadillas y otros <u>trastornos del sueño</u>. Es importante individualizar: algunos están bien descansados después de 4 horas de sueño; otros necesitan muchas más; asimismo lo que puede ser relajante para algunos es considerado trabajo para otros. Si se perciben problemas por parte del cliente, deben valorarse las explicaciones, las acciones llevadas a cabo y los efectos derivados de las acciones.</p> |
| <p>Patrón 6: cognitivo-perceptual.</p> | <p>Este patrón busca conocer el estado de la capacidad cognitiva del paciente, tanto en sus aspectos más básicos (sensación, percepción, atención y memoria) como los más complejos (pensamiento, lenguaje e inteligencia). Incluye la alteración de la memoria, el estado de conciencia, el funcionamiento de los órganos de los sentidos y la <u>alfabetización</u>.</p> |
| <p>Patrón 7: autopercepción y autoconcepto</p> | <p>El objetivo de la valoración de este patrón es conocer el concepto y la percepción que el individuo tiene de sí mismo. Incluye las actitudes hacia uno mismo, la percepción de las capacidades</p> |

| | |
|--|--|
| | <p>(cognitivas, afectivas o físicas), imagen, identidad, sentido general de valía y patrón emocional general, incluyendo falta de esperanza e ideación suicida. Valora también la postura corporal y el movimiento, así como el contacto visual y los patrones de voz y conversación (lenguaje no verbal). Generalmente la valoración del autoconcepto y la autopercepción no es exacta si el cliente no confía en la enfermera, por ello ésta precisa de crear un ambiente de empatía, confianza y de no enjuiciamiento.</p> |
| <p>Patrón 8: rol y relaciones</p> | <p>Describe la percepción (satisfacción/insatisfacción) y grado de compromiso con los roles más importantes y las responsabilidades en la situación actual del cliente. Están incluidos la satisfacción o las alteraciones en la familia, trabajo o relaciones sociales, y las responsabilidades relacionadas con estos roles, incluida la capacidad de obtener ingresos suficientes para cubrir las necesidades y las condiciones de habitabilidad del hogar. Deben obtenerse los problemas percibidos por el cliente, si existen, la causa percibida, las acciones llevadas a cabo y los efectos de dichas acciones.</p> |
| <p>Patrón 9: sexualidad-reproducción.</p> | <p>Describe los patrones de satisfacción o insatisfacción con la sexualidad; describe el patrón de reproducción. Incluye la satisfacción percibida por el individuo o las alteraciones de su sexualidad. También se incluye el estado reproductor en las mujeres, premenopausia o posmenopausia y los problemas percibidos. Entiende la sexualidad como la expresión del comportamiento de la identidad sexual. Incluye, pero no se limita a las relaciones sexuales con una pareja. Las normas culturales regulan su expresión. Los problemas pueden aparecer cuando se producen discrepancias entre la expresión de la sexualidad que la persona ha alcanzado y aquella que desea. Los patrones reproductivos incluyen la capacidad reproductiva y la reproducción en sí misma: métodos anticonceptivos, menarquia y climaterio, número de embarazos y de hijos nacidos vivos. En clientes jóvenes, desarrollo genital y características sexuales secundaria. Se buscan problemas reales o potenciales. Si existen problemas, se ha de preguntar al cliente acerca de los factores contribuyentes, las acciones llevadas a cabo y el efecto percibido por esas acciones.</p> |
| <p>Patrón 10: adaptación - tolerancia al estrés</p> | <p>Describe el patrón general de adaptación, de afrontamiento de la persona a los procesos vitales y su efectividad en términos de tolerancia al estrés. Incluye la reserva individual o la capacidad para resistirse a las amenazas para la propia integridad, formas de manejar el estrés, sistemas de apoyo familiares o de otro tipo y capacidad percibida para controlar y manejar las situaciones. Incluye: Capacidad de resistencia de la persona a los</p> |

| | |
|---------------------------------------|---|
| | ataques de la integridad, manejo del estrés (incluido uso de medicamentos, alcohol, o drogas, alteraciones del sueño y el apetito), sistemas de soporte y ayuda y capacidad percibida de manejar situaciones estresantes. |
| Patrón 11: valores y creencias | Describe el patrón de los valores, objetivos y creencias espirituales y/o religiosas que influyen o guían las decisiones y opciones vitales del individuo y en la adopción de decisiones. Incluye lo percibido como importante en la vida, las expectativas en cuanto a salud y calidad de vida, y la percepción de conflicto entre los valores, creencias y expectativas y aspectos relacionados con la salud. |

B. Esquema de Diagnostico de Enfermería

| Problema | Factor Relacionado | Evidencia | Diagnóstico |
|--|---|---|---|
| Desequilibrio nutricional inferior a las necesidades corporales | -Enfermedad sistema digestivo -trastorno Neurocognitivo -Trastorno depresivo -Trastornos mentales Personas con bajo nivel educativo | -Dolor abdominal -Diarreas -Peso corporal por debajo del rango normal -Letargia -Aumento de peso -Palidez de la mucosa -Hipotonía muscular | Desequilibrio nutricional inf. a las necesidades corporales F/R enfermedad del sistema digestivo evidenciado por Diarreas. Desequilibrio nutricional inferior a las necesidades corporales F/R Trastorno neurocognitivo evidenciado por letargia, palidez de mucosas |
| Riesgo de nivel de glucosa en sangre inestable | -Diabetes mellitus -infecciones -Procedimientos Quirúrgico | | Riesgo de nivel de glucosa en sangre inestable f/r Diabetes Mellitus. Riesgo de nivel de glucosa en sangre inestable f/r Infecciones |
| Déficit de volumen líquidos | Perdida activa de volumen de líquido. -Personas con condiciones internas que afectan las necesidades de líquidos. Ingesta insuficiente de líquidos. Perdidas excesivas de líquidos por vías normales | Sequedad de la piel Sed Debilidad Ojos Hundidos Disminución de la diuresis Sequedad de las membranas y mucosas Disminución de la presión arterial. | Déficit de volumen de líquidos f/r Perdida activa de volumen de líquido, evidenciado por ojos hundidos, mucosas oralessecas Déficit de volumen de líquidos f/r ingesta insuficiente de líquido, evidenciado por disminución de la diuresis |

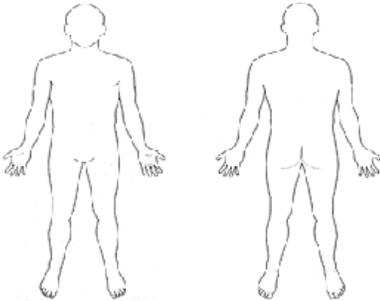
| | | | |
|---|--|--|---|
| Riesgo de desequilibrio electrolítico F/R: Diarrea | Diarrea Volumen de líquido insuficiente Vomito Régimen terapéutico | | Riesgo de desequilibrio electrolítico F/R: Diarrea Riesgo de desequilibrio electrolítico F/R: vomito |
| Estreñimiento | Deterioro de la movilidad física. Ingesta insuficiente de fibra Hábitos de eliminación inadecuado | Heces duras Eliminación de menos de tres defecaciones por día Necesidad de maniobras manuales para facilitar la evacuación | Estreñimiento f/r ingesta insuficiente de fibra evidenciado por Eliminación de menos de tres defecaciones por día |
| Retención urinaria | Hiperplasia prostática benigna Mujeres puérperas Obstrucción del tracto urinario | Ausencia de diuresis Distensión Vesical Disuria Aumento de la frecuencia Urinaria -Incontinencia por rebosamiento Chorro de orina débil | Retención urinaria f/r mujeres puérperas evidenciado por ausencia de diuresis. Retención urinaria f/r hiperplasia benigna de próstata evidenciado por distensión vesical |
| Patrón respiratorio ineficaz | Dolor deterioro neurológico síndrome de hiperventilación EPOC | Bradipnia Cianosis Taquipnia Aleteo nasal Ortopnea | Patrón Respiratorio Ineficaz f/r dolor evidenciado por aleteo nasal Patrón Respiratorio Ineficaz f/r síndrome de hiperventilación evidenciado por ortopnea |
| Deterioro del Intercambio gaseoso | Desequilibrio ventilatorio perfusión Asma Cambios en la membrana alveolo capilar Patrón respiratorio ineficaz | Disnea al esfuerzo Hipercapnea Hipoxemia Confusión Agitación psicomotora PH arterial anormal | Deterioro del intercambio de gases f/r Desequilibrio ventilatorio perfusión evidenciado por PH arterial anormal Deterioro del intercambio de gases f/r Cambios en la |

| | | | |
|---|---|--|---|
| | | | membrana alveolo capilar evidenciado por hipoxemia |
| Deterioro de la Movilidad física | Deterioro Neuromusculares Deterioro musculo esquelético reposo | Alteración de la marcha Inestabilidad Postural Reposo absoluto | Deterioro de la Movilidad física f/r deterioro musculo esquelético evidenciado por inestabilidad postural, |
| Conocimiento Deficiente | Ansiedad Desinformación Conocimiento inadecuado sobre los recursos | Seguimiento inadecuado sobre las instrucciones Conducta inapropiada | Conocimiento deficiente f/r conocimiento inadecuado sobre los recursos evidenciado por seguimiento inadecuado de las instrucciones |
| Ansiedad | Cambios en el estado de salud. Sequedad en la boca Opresión en el pecho Aumento de la presión arterial | Preocupación, voz temblorosa, quejumbroso, intranquilo, llanto | Ansiedad relacionada con Cambios en el estado de salud evidenciado por preocupación, voz temblorosa, quejumbroso, intranquilo |
| Hipertermia | Sepsis Deshidratación Deterioro del estado de salud Aumento de la tasa metabólica | Taquipnea Taquicardia Rubor Piel caliente al tacto | Hipertermia f/r Sepsis evidenciado evidenciado por piel caliente al tacto, |
| Riesgo de lesión por Presión en el adulto | Disminución de la actividad física Malnutrición Presión sobre prominencia ósea Humedad excesiva | | Riesgo de lesión por Presión en el adulto f/r disminución de la actividad física |
| Riesgo de Infección | Deterioro de la integridad cutánea Dispositivos invasivos a largo plazo Malnutrición Anemia | | Riesgo de infección f/r malnutrición Riesgo de infección f/r Anemia |

| | | | |
|--------------------|--|---|--|
| | | | |
| Riesgo de sangrado | Complicaciones del embarazo Traumatismo Coagulopatía Complicaciones post parto Aneurisma | | Riesgo de sangrado f/r Complicaciones pos parto Riesgo de infección f/r aneurisma |
| Dolor agudo | Agentes lesivos físicos, químico biológico | Herida, Expresión facial de dolor, postura de evitación del dolor, EVA 3/10, frecuencia cardíaca 180 x´ | Dolor relacionado a agentes lesivos (físicos) evidenciado por facies del dolor, verbalización e imposibilidad para realizar actividad. |

C. PLANIFICACION-INTERVENCION DE ENFERMERIA Y EVALUACION

1. Realización de un Soapie basado en los diagnósticos priorizados

| SOAPIE | | | | | | FECHA: |
|--|------------------|--|---|------------------|---------------------|---|
| NOMBRE Y APELLIDO | | | Nº CIP: | EDAD | G. DEPENDENCIA | CIE 10 |
| DIURNO | DATOS SUBJETIVOS | DATOS OBJETIVOS | NOCHE | DATOS SUBJETIVOS | DATOS OBJETIVOS | SALA:4-2 Nº DE CAMA |
| | | | | | |  |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| DIAGNOSTICO ENFERMERO | | RESULTADO NOC | INTERVENCIONES NIC | | NOTAS DE ENFERMERIA | |
| Desequilibrio nutricional inf. a las necesidades corporales | | Estado Nutricional: | Manejo Nutricional: Coordinar con nutricionista | | TURNO DIURNO | |
| F/R: Enfermedad sistema digestivo () trastorno Neurocognitivo () | | Ingestión de nutrientes: () | la dieta requerida () Administración vía | | | |
| Trastorno depresivo () Evidenciado por: | | Energía: () Peso () Hidratación () | enteral () Administración vía parenteral () | | | |
| Riesgo de nivel de glucosa en sangre inestable f/r diabetes | | Nivel de Glucemia: Glucosa en sangre () | Manejo de la hiperglucemia () | | | |
| Melítus () Infecciones () Procedimientos quirúrgicos () | | Hemoglobina glicosilada () | Manejo de la hipoglucemia () | | | |
| | | | Manejo de líquidos y electrolitos () | | | |
| Deficit de volumen de líquidos f/r pérdida activo de volumen de líquido () | | Hidratación: Diuresis () Orina oscura | Manejo de líquidos () Manejo de shock | | | |
| Perdida de líquidos excesiva a través de las vías normales () Ingesta insuficiente () evidenciado | | () Pulso rápido () Hipotensión | () Prevención de hemorragias () manejo | | | |
| | | Diarrea | Hipotensión () | | | |
| Riesgo de desequilibrio electrolítico F/R: Diarrea () Volumen de líquidos insuficiente () Vomito () Regimen terapeutico | | Equilibrio electrolito Y/O acido base | Manejo de electrolitos: Mantener | | | |
| | | Dosaje Sodio () Potasio () | Solución Intravenosa () Monitorización de | | | |
| | | Equilibrio hídrico: Hidratación cutánea () | electrolitos en sangre () | | | |
| Estreñimiento F/R: Deterioro de la movilidad física () | | Eliminación Intestinal: | Manejo Intestinal: Promover dieta rica en | | | |
| Ingesta insuficiente de fibra () Hábitos de eliminación inadecuado () Evidenciado por: | | eliminación fecal: () Patrón de eliminación () | en fibra () Administración de laxantes () | | | |
| | | | Movilización () Adm. Enema () | | | |
| Retención urinaria F/R: Hiperplasia prostatica benigna () mujeres puerperas () Obstrucción del tracto urinario () otros. | | Eliminación Urinaria: Cantidad de Orina () | Sondaje vesical | | | |
|Evidenciado | | Color de la Orina () retención urinaria () | Cuidados de la retención urinaria. () | | | |
| | | | Cuidados del catéter urinario () | | | |

| DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA | RESULTADOS (NOC) | INTERVENCIONES (NIC) | ANOTACIONES DE ENFERMERIA |
|---|--|---|------------------------------------|
| Patron respiratorio ineficaz F/R dolor () deterioro neurologico () sindrome de hiperventilacion () enfermedad obstructiva cronica () Otro.....evidenciado por: | Estados respiratorio: uso de musculos accesorios() Aleteo nasal() Saturacion oxigeno () Otro..... | Monitorizacion respiratoria: Vigilar FR Ritmo y profundidad () Niveles de saturacion. () Oxigeno terapia: Admin. Oxigeno() | |
| Deterioro del Intercambio gaseoso F/R Desequilibrio ventilatorio Perfusion () Asma () Cambios en la membrana alveolar capilar() Patron respiratorio ineficaz () evidenciado..... | Estado respiratorio: Inter. gaseoso Sat. O2 () PO2 () PCO2 () PH arterial () Disnea de esfuerzo () | Manejo de vias aereas: Administracion de O2 () Asp. de secreciones () Monitoreo gases () Fisioterapia respiratoria () | FIRMA DE LA ENFERMERA TURNO DIURNO |
| Deterioro de la movilidad fisica F/R: Dolor () Enfermedad Neuromusculares() Deterioro musculo esquelético () reposo Absoluto () Evidenciado por:..... | Movilidad. Indicadores Ambulacion () Mant. Del equilibrio() Nivel del dolor: Indicadores: EVA () | Cambio de posicion: Cambio postural () Vigilancia de la piel: Ayuda al autocuidado baño Cama () Administracion analgesicos () | |
| Conocimiento Deficiente F/R: Desinformacion () Conocimiento inadecuado sobre los recursos() Trastorno neurocognitivo()Evidenciado por: | Conocimiento. Conducta sanitaria: Estrategias para prevenir la transmision de Enfermedades () | Facilitar el aprendizaje: Fomentar participacion verbal () Proporcionar informacion () Realiza retroalimentacion () | |
| Ansiedad F/r Personas en el periodo perioperatorio () Dolor Trastornos mentales () Estresores () Otro..... Evidenciado por: | Nivel de Ansiedad . Ansiedad Verbalizada () | Escucha activa: Favorecer la expresion () Apoyo emocional: Instruir al Paciente sobre Los cuidados() | |
| Hipertermia F/R Sepsis () Traumatismo () Deshidratacion () Deterioro del estado de salud () Otro..... Evidenciado por | Termorregulacion: Temperatura de la piel () FR() Diaforesis () | Manejo de la temperatura: Medios fisicos () Adm Antipireticos () Evaluar efecto () Mantener hidratado () | |
| Riesgo de lesion por Presion en el adulto f/r Fractura de Cadera () Inmovilizacion () Trastorno de sensibilidad() Persona en UCI () Otro..... | Integridad tisular piel: Lesiones cutaneas () Necrosis () Integridad de la piel () | Vigilancia de la piel: Valorar características de la piel () Cuidado de la herida: Limpiar la herida () Manejo de la nutricion () | |
| Riesgo de Infeccion F/R Deterioro de la integridad cutanea () Procedimientos invasivos() RPM () Leucopenia() Dificultad Gestionar el cuidado de heridas() Otro..... | Estado inmune: Eritema () presencia de secreciones () Hidratacion () | Control de la infeccion: Monitorizar los cateteres () Evaluar las características drenajes () Adm. De medicamentos () | |
| Riesgo de sangrado f/r Complicaciones posparto () Complicaciones Embarazo() Trauma () Problema Gastrointestinal () Aneurisma () Coagulopatía() Otro..... | Severidad de la perdida de sangre Sangrado vaginal() hemorragia posoperatoria () Distencion Abdominal () | Administracion de hemoderivados () Manejo de hipotension() Manejo de shock () Manejo de liquidos() Prevencion () | |
| Dolor agudo F/R Agente lesivo () quimico () Biologico/ Evidenciado por: | Control del dolor Reconoce el comienzo del dolor() Nivel del dolor: EVA () | Manejo del dolor: valorar el dolor() CFV () administracion medicacion () posicion antalgica () | |
| | | | FIRMA DE LA ENFERMERA TURNO NOCHE |

2.- Juicio de Expertos.

Para determinar que la versión 1 del instrumento (SOAPIE) cumplía con la información necesaria considerando el PAE y el lenguaje enfermero, (NANDA, NC Y NIC) el instrumento fue sometido a una validación por expertos. En ese sentido se dio a conocer a 5 profesionales de enfermería que fueron elegidos por su trayectoria académica y experiencia clínica: dos licenciadas del área de Docencia e Investigación, y 3 licenciados del área administrativos expertos en la metodología enfermera, con experiencia en el desarrollo de funciones del ámbito clínico y administrativo.

A los jueces expertos se les informó sobre el propósito del Instrumento (SOAPIE) y Se les solicitó que emitieran los comentarios o las recomendaciones necesarios para la mejora y la aplicación del instrumento . Asimismo, se les pidió que consideraran como referencia las fases del PAE y el lenguaje enfermero. Después de la recepción de la versión 1, todos los expertos contaron con una semana para poder emitir sus recomendaciones, mismas que fueron incorporadas en un solo documento.

Los expertos recomendaron integrar dos reactivos más: el primer indicador Diagnostico, se aumentó el reactivo; ¿Los diagnósticos considerados en el instrumento (SOAPIE), son los más utilizados por la enfermera en los servicios de hospitalización? y en el indicador, Evaluación del cuidado se recomendó incluir un espacio que permite documentar el estado de evolución del paciente. Aunado a lo anterior, también se recomendaron modificaciones en el texto de algunos reactivos para su mejor comprensión. En el instructivo de llenado recomendaron ejemplificar, en el indicador valoración, los datos que deben estar registrados, por ejemplo: Hallazgos de la exploración física (edema, hematomas, estertores, etcétera); Anotaciones del estado físico del paciente (heridas quirúrgicas, catéteres, posición, etcétera); Datos subjetivos del paciente (astenia, mareo, calor, frío, prurito, etcétera); además de dispositivos invasivos.

La versión 2, donde se realiza la incorporación de las recomendaciones, fue enviada nuevamente a los expertos para su revisión y aprobación. (ANEXO 1). Los resultados mostraron Los resultados de la validez fueron procesados en una tabla de concordancia: Prueba Binomial, obteniendo menor a 0,05 en todos los reactivos y una concordancia de jueces de 100 %

4. CONCLUSIONES

El registro de enfermería es un documento legal donde se documenta los cuidados Brindados a los pacientes en todas las etapas de vida.

El uso de la taxonomía NANDA NOC Y NIC visibiliza la contribución de enfermería en el estado de salud del paciente.

Implementar un registro de enfermería con el lenguaje enfermero NANDA NOC Y NIC, permitirá una buena comunicación entre pares lo cual tendrá un impacto positivo en el estado de salud del paciente.

Un registro estandarizado con el lenguaje enfermero permitirá brindar un cuidado continuo y de calidad además que permitirá conocer el impacto de los cuidados otorgados.

5. RECOMENDACIONES

Promover en las enfermeras gestoras del Centro Medico Naval el uso correcto y la implementación del lenguaje enfermero en los registros de enfermería.

Socializar la propuesta del registro de enfermería en todos los servicios de hospitalización

Continuar realizando estudios sobre la taxonomía NANDA NOC Y NIC

Referencias Bibliográficas

1. Ley del Trabajo del Enfermero N° 27669. Capítulo I Artículo 2. Rol de la Profesión de Enfermería Colegio De Enfermeros del Perú. 2002
2. NOC
3. Cachón J., Pérez C., Álvarez-López D., Palacios-Ceña C. El significado del lenguaje estandarizado NANDA-NIC-NOC en las enfermeras de cuidados intensivos madrileñas, abordaje fenomenológico. [Internet] 2012. [Fecha de acceso 12 de julio 2022]; Vol. 23. Núm. 2. Pp 68-76 Disponible en: DOI: 10.1016/j.enfi.2011.12.001
4. Müller-Staub M¹, Needham I, Odenbreit M, Lavin MA, van Achterberg T. Improved quality of nursing documentation: results of a nursing diagnoses, interventions, and outcomes implementation study. *Int. J Nurs Terminol Classif.* [Internet] 2007 Jan-Mar; [Fecha de acceso 14 de setiembre 2019]; 18(1):5-17. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17430533>.
5. Sanabria U, Otero M, Urbina LO. Los paradigmas como base del pensamiento actual en la profesión de enfermería. *Revista Cubana Educación Médica Superior. Escuela Nacional de Salud Pública.* [en línea]. 2013, [fecha de acceso 13 de enero 2019]; 16(4). Disponible [en: <http://bvs.sld.cu/revistas/ems/vol16_4_02/ems07402.htm>.:
6. Argote L., Burbano C. Santamaria., Vasquez M. El desarrollo disciplinar: razón de ser, sentipensar y hacer en enfermería. *Enf Neurol.* [en línea]. 2010 [fecha de acceso 23 de enero 2019]; Vol. 9 No. 1:13-16. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/cm/v42n2s1/v42n2s1a10.pdf>.
7. Minguez-Moreno I, Siles J. Pensamiento crítico en enfermería: de la racionalidad técnica a la práctica reflexiva. *Aquichan.* [en línea]. 2014 [fecha de acceso 23 de febrero 2019]; 14(4):594-604. Disponible <http://www.scielo.org.co/pdf/aqui/v14n4/v14n4a13.pdf>
8. Área Género Sociedad y Políticas: Educar con/para la igualdad de género: aprendizajes y propuestas transformadoras. Ediciones Sinergias. Cuadernos del Área Género, Sociedad y Políticas – FLACSO Argentina, Serie de trabajos Monográficos [en línea] 2013 [fecha de acceso 23 de agosto 2019] Vol. 2 disponible en: http://www.prigepp.org/media/documentos/sinergias/Vol2_sinergias_educacion.pdf.

9. Burbano C. Una mirada actual de la simbología en enfermería. Colombia Médica. [en línea] 2007[fecha de acceso 25 de octubre 2019]; 38 (4,supl. 2): 105-109. <http://www.scielo.org.co/pdf/cm/v38n4s2/v38n4s2a12.pdf>

10. Sanabria U, Otero M, Urbina LO. Los paradigmas como base del pensamiento actual en la profesión de enfermería. Revista Cubana Educación Médica Superior. Escuela Nacional de Salud Pública. [en línea]. 2002; [fecha de acceso 24 de abril 2019]. 16(4) Disponible en: http://www.imbiomed.com/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=15052&id_seccion=570&id_ejemplar=1552&id_revista=61

11. Global Health Workforce Alliance W. A universal truth: no health without a workforce. Geneva: World Health Organization; 2013. Global Health Workforce Alliance W. A universal truth: no health without a workforce. Geneva: World Health Organization; [en línea] 2013. [fecha de acceso 23 de julio 2019]; Disponible en: https://www.who.int/workforcealliance/knowledge/resources/GHWA_AUniversalTruthReport.pdf

12. Linch, Graciele Fernanda da Costa, Lima, Ana Amélia Antunes, Souza, Emiliane Nogueira de, Nauderer, Tais Maria, Paz, Adriana Aparecida, & da Costa, Cíntia. (2017). An educational intervention impact on the quality of nursing records. Revista latino-americana de enfermagem, 25. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.1986.2938>

13. Nursalam. (2011). Manajemen keperawatan : Aplikasi dalam praktik keperawatan profesional (Tiga) [Nursing management: Application in professional nursing practice (Three)]. Jakarta: Salemba Medika

14. Mejía Delgado AN, Dubón Peniche MC, Carmona Mejía B, Ponce Gómez G. Nivel de apego de los registros clínicos de Enfermería a la Norma Oficial Mexicana NOM- 168-SSA1-1998, del Expediente Clínico. Rev CONAMED. 2011 [citado 21 dic 2017]; 16(1):4-10. Disponible en: http://www.imbiomed.com/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=70857&id_seccion=699&id_ejemplar=7079&id_revista=41

15. Alba LA. Errores de Enfermería en la atención hospitalaria. Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc. 2011 [citado 21 dic 2017]; 19(3):149-54. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2011/eim113g.pdf>

16. Mejía Delgado AN, Dubón Peniche MC, Carmona Mejía B, Ponce Gómez G. Nivel de apego de los registros clínicos de Enfermería a la Norma Oficial Mexicana NOM- 168-SSA1-1998, del Expediente Clínico. Rev CONAMED. 2011 [citado 21 dic 2017]; 16(1):4-10. Disponible en: http://www.imbiomed.com/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=70857&id_seccion=699&id_ejemplar=7079&id_revista=41

17. Alba LA. Errores de Enfermería en la atención hospitalaria. Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc. 2011 [citado 21 dic 2017]; 19(3):149-54. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2011/eim113g.pdf>
18. Collins S., Cato K., Albers D., Scott K., Stetson P., Bakken S., et al. Relationship Between Nursing Documentation And Patients' Mortality. American Journal of Critical Care. [Internet]. 2013 July. [Citado el 29 de diciembre 2019]; 22 (4): 306-313 Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/244481947_Relationship_Between_Nursing_Documentation_and_Patients'_Mortality
19. Müller-Staub M¹, Needham I, Odenbreit M, Lavin MA, van Achterberg T. Improved quality of nursing documentation: results of a nursing diagnoses, interventions, and outcomes implementation study. Int. J Nurs Terminol Classif. [Internet] 2007 Jan-Mar; [Fecha de acceso 14 de setiembre 2019]; 18(1):5-17. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17430533>.
20. Hernández Esparza LC, Urbina Aguilar A, Cambero González E. Implementación de círculos de calidad para la mejora del registro de Enfermería. Metas Enferm. [internet] feb 2018 [fecha de acceso 24 de octubre 2019];21(1):22-7. Disponible: <http://www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/view/1326/827>.
21. Hernández, N; Nogueira, D; Medina, A; y Marqués, M. Inserción de la gestión por procesos en instituciones hospitalarias. Concepción, metodológica y práctica. Sau Paulo. BR. Revista de Administração. . [internet] 2012. [Fecha de acceso 23 de octubre 2019]; 48. Núm. 4, p. 739-756. Disponible en [http://www. Scielo.br/pdf/rausp/v48n4/09.pdf](http://www.Scielo.br/pdf/rausp/v48n4/09.pdf).
22. Mutshatshi TE, Mothiba TM, Mamogobo PM, Mbombi MO. Record-keeping: Challenges experienced by nurses in selected public hospitals. Curationis. [internet] 2018 Jul [Fecha de acceso 23 de julio 2022]; 30;41(1):e1-e6. doi: 10.4102/curationis.v41i1.1931. PMID: 30198294; PMCID: PMC6111626.
23. Marcotullio A, Caponnetto V, La Cerra C, Toccaceli A, Lancia L. NANDA-I, NIC, and NOC taxonomies, patients' satisfaction, and nurses' perception of the work environment: an Italian cross-sectional pilot study. Acta Biomed. 2020 Jun 20;91(6-S):85-91. doi: 10.23750/abm.v91i6- S.8951. PMID: 32573510; PMCID: PMC7975841.
24. Bombino A., Domínguez N., Brenes L. (2020) Aplicación de la taxonomía NANDA, NOC y NIC en síndrome confusional agudo. Jeroinfo. 2020, Vol.15, Núm. 1. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumenI.cgi?IDARTICULO=95981>.
25. Aleandri M, Scalorbi S, Pirazzini MC. Electronic nursing care plans through the use of NANDA, NOC, and NIC taxonomies in community setting: A descriptive study in northern Italy. Int J Nurs Knowl. [internet] 2022 [Fecha de acceso 21 de julio 2022]; Jan;33(1):72-80. doi: 10.1111/2047-3095.12326. Epub 2021 May 7. PMID: 33960713; PMCID: PMC9290471.

26. Taghavi Larijani T., Saatchi B. Training of NANDA-I Nursing Diagnoses (NDs), Nursing Interventions Classification (NIC) and Nursing Outcomes Classification (NOC), in Psychiatric Wards: A randomized controlled trial. *Nurs Open*. [Internet]. 2019 abr [Citado el 29 de diciembre 2019]; 6 (2): 612–619. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30918711>
27. Vafaei SM, Manzari ZS, Heydari A, Froutan R, Farahani LA. Improving Nursing Care Documentation in Emergency Department: A Participatory Action Research Study in Iran. *Open Access Maced J Med Sci*. [Internet]. 2018 Aug. [Citado el 29 de diciembre 2019]; 6(8):1527–1532. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6108814/>
28. Akhu-Zaheya L, Al-Maaitah R, Bany Hani S. Quality of nursing documentation: Paper-based health records versus electronic-based health records. *J Clin Nurs*. [Internet]. 2018 febrero. [Citado el 29 de diciembre 2019]; 27(3-4): e578-e58. Disponible en: <https://www.researchgate.net/signup.SignUp.html>.
29. Da Costa Linch G., Antunes Lima A., Nogueira de Souza A., Nauderer T., Aparecida Paz A., Da Costa C. An educational intervention impact on the quality of nursing records. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. [Internet]. 2017. [Citado el 20 de noviembre 2019]; 25:e2938. Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v25/es_0104-1169-rlae-25-e2938.pdf.
30. Ahumada L. Carga laboral y la calidad de los registros de Enfermería en los Centros de Salud Villa los Reyes y Mi Perú. [Tesis de Maestría]. Ventanilla. Facultad de enfermería, universidad Cesar Vallejo. 2017.
31. Congreso de Colombia. Ley 911 de 2004. Por la cual se establece la responsabilidad deontológica para el ejercicio profesional de enfermería en Colombia. Bogotá, D.C.; 2004. Colombia Disponible en: http://www.elabedul.net/Documentos/Leyes/2004/Ley_911.pdf.
32. Núñez E. Comprensión de la enfermería desde la perspectiva histórica de Florencia Nightingale. *Cienc. enferm*. [Internet]. 2011 [citado 2020 Ene 16]; 16(1): 11-18. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532011000100002&lng=es.
33. Núñez E. Comprensión de la enfermería desde la perspectiva histórica de Florencia Nightingale. *Cienc. enferm*. [Internet]. 2011 [citado 2020 Ene 16]; 16(1): 11-18. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532011000100002&lng=es.

34. Marriner Tomey A, Raile Alligood M. Modelos y teorías en enfermería. 4ta. ed. Madrid: Ediciones Harcourt; 2000.
35. Palmer IS. Florence Nightingale: reformador, reaccionario, investigador. Enfermera Res. [Internet].1977 marzo-abril [Citado el 22 de diciembre 2019]; 26 (2): 84-9. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/320564>.
36. Amaro C. Florence Nightingale, la primera gran teórica de enfermería. Rev Cubana Enfermer [Internet].2004 sep.-dic. [Fecha de acceso 23 de diciembre 2019]; 20 (3) disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192004000300009.
37. Lescaille M., Apao J., Reyes M., Alfonso Marisol. Eticidad del pensamiento de Florence Nightingale. Revista Habanera de Ciencias Médicas [Internet]. 2013[Fecha de acceso 23 de diciembre 2019] ;12(4):688-696. Disponible: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180429299021>
38. Nightingale F. Notes on Nursing. What it is and what it is not. New York: Dover Publications, Inc. 1969.
39. P. Iyer, B. Taptich, y D. Bernocchi. Proceso de enfermería y diagnósticos de enfermería. 3ra edición. Mc Graw -Hill. 1997. p.11.
40. Reyna N. El Proceso de Enfermería: Instrumento Para el Cuidado. Umbral Científico. [Internet]. 2010 diciembre. [Fecha disponible 2 de enero 2020]. N° 17 pp. 18-23. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/304/30421294003.pdf>
41. Jiménez J, Gutiérrez De Reales El proceso de Enfermería. Una metodología para la práctica. Facultad de Enfermería. Universidad Nacional de Colombia. Orion editores Ltda. Bogotá. 1997. p.17.
42. Bellido J. Conjunción de lenguaje y conocimiento enfermero. Inquietudes. [Internet]. 2010 enero – febrero. [Fecha de acceso 23 de enero 2020]; n° 42. Disponible: https://www.researchgate.net/publication/301803205_Conjuncion_de_lenguaje_y_conocimiento_enfermero/link/5728f24708ae2efb7ec00/download
43. Vitorelli K. et al. Sistemas estandarizados de lenguaje de la enfermería en sección de pósteres. Av. Enferm. [Internet] 2015 [Fecha de acceso 2 de enero 2020]; 2015;33(1). Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/aven/v33n1/v33n1a17.pdf>
44. Guirao G. Camaño R. Cuesta A. Diagnosticos de Enfermeria. Ediversitas. Universidad de Valencia.
45. Nanda Internacional. Diagnósticos Enfermeros. Definiciones y Clasificación. Heather Herdman. Elsevier: 2012-2014.

46. Moorhead S. Johnson. Maas M. Swanson E. Clasificación de Resultados Esperados de Enfermería. (NOC) Medición de Resultados en Salud. Outcomes Classification. Elsevier.2013
47. Bulechek G. Butcher H. Dochterman J. Wagner C. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC) Elsevier. 2013.
48. García P; Quispe A., Ráez G. Mejora continua de la calidad en los procesos Industrial Data, [Internet]. 2003 agosto. [Fecha de acceso 23 enero 2020]; vol. 6 (1)pp. 89-94 Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/816/81606112.pdf>
49. Cossette S, Coté JK, Pepin J, Ricard N & D'Aoust LJ. A dimensional structure of nurse-patient interactions from a care perspective: refinement of the Caring nurse-Patient Interaction Scale (CNPI- Short Scale). J Adv Nurs. 2006; 55(2): 198-214.
50. Frich LMH. Nursing interventions for patients with chronic conditions. J Adv Nurs. 2003; 44(2): 137-153.
51. Ministerio de Salud. Norma técnica de salud de auditoría de la calidad de la atención en salud. [Internet]. Lima: [internet; 2016 [Fecha de acceso 18 de diciembre 2019]. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/3930.pdf>

ANEXO 1

VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO PARA EL JUICIO DE EXPERTOS

TÍTULO:.

**PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA CON LAS TAXONOMIAS: NANDA NOC Y NIC
COMO PROPUESTA DE MEJORA EN LOS REGISTROS ENFERMEROS EN EL CENTRO
MEDICO NAVAL - CALLAO 2022**

| N o | REACTIVOS | APRECIACIÓN | | SUGERENCIA |
|--------|---|-------------|----|------------|
| | | SI | NO | |
| | VALORACION (S O) | | | |
| 1 | En el instrumento (SOAPIE) se considera los datos subjetivos y objetivos? | | | |
| | DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA | | | |
| 2 | ¿En el instrumento (SOAPIE) se considera el diagnostico real con sus tres componentes? | | | |
| 3 | ¿En el Instrumento (SOAPIE), se considera el diagnostico de riesgo con sus dos componentes? | | | |
| 4 | ¿Los diagnósticos considerados en el instrumento (SOAPIE), son los más utilizados por la enfermera en los servicios de hospitalización? | | | |
| | PLANIFICACION (RESULTADO NOC) | | | |
| 5 | ¿Los resultados esperados (NOC) se plantean de acuerdo a los diagnósticos identificados? | | | |
| 6 | ¿El instrumento (SOAPIE), permite cuantificar los resultados esperados (NOC)? | | | |
| | INTERVENCION DE ENFERMERIA (NIC) | | | |
| 7 | ¿El instrumento (SOAPIE), considera las etiquetas de las intervenciones de enfermería(NIC)? | | | |

| | | | | |
|----|--|--|---|--|
| 8 | ¿El instrumento (SOAPIE) contiene intervenciones de enfermería de acuerdo a los resultados esperados? | | | |
| | EVALUACION | | | |
| 9 | El Instrumento (SOAPIE), permite documentar el estado de evolución del paciente? | | | |
| | GENERALIDADES | | | |
| 10 | ¿El diseño del instrumento (SOAPIE) facilita el análisis y procesamiento de datos? | | | |
| 11 | ¿El instrumento (SOAPIE) permite documentar el proceso cuidado enfermero (PCE) de una manera clara y sencilla? | | | |
| 12 | ¿Del instrumento (SOAPIE), usted eliminaría algún ítem? | | | |
| 13 | ¿Del instrumento (SOAPIE), usted agregaría algún ítem? | | | |
| | | | x | |

Aportes y/o sugerencias para mejorar el instrumento:

Firma