



# **UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO**

## **FACULTAD DE ENFERMERÍA**

### **UNIDAD DE SEGUNDA ESPECIALIDAD**



#### **TRABAJO ACADEMICO**

**INSTRUMENTO DE APLICACIÓN DE REGISTRO DE  
ENFERMERÍA BASADO EN EL PAE Y NOTAS DE SOAPIE EN EL  
SERVICIO DE EMERGENCIA DEL CENTRO DE SALUD  
SALVACIÓN, MADRE DE DIOS-2020.**

#### **MONOGRAFÍA**

**PRESENTADA POR:**

**GREIS DENIA MAYHUA SUPO**

**PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN:**

**EMERGENCIAS Y DESASTRES**

**PUNO – PERÚ**

**2021**



## DEDICATORIA

Con inmenso amor a Dios presente en todo lo existente, al universo, la naturaleza que guían cada paso hacia la verdad e iluminan cada momento de mi vida.

A mis queridos padres Clemente y Herlinda, con todo mi corazón mi eterna gratitud por su sacrificio, comprensión, apoyo moral y espiritual que ha hecho posible la culminación y el logro de mis estudios.

A mi querida hermana, Gisela por el apoyo y motivación constante en la culminación del presente trabajo, y con quien compartí momentos inolvidables durante mi formación profesional, gracias de todo corazón.

A mi estimada asesora, por los conocimientos compartidos, asesoramiento recibido, apoyo y motivación constante para la culminación de mis estudios y la elaboración de mi trabajo monográfico.

*Greis Denia*



## AGRADECIMIENTO

- ❖ *A Dios presente en todo lo existente, por su infinito amor, por la fortaleza espiritual y guiar mi camino cada día para ser la persona que hasta ahora soy.*
  
- ❖ *A mi Alma Mater, la Universidad Nacional del Altiplano, por haberme brindado el tiempo y la oportunidad para formarme profesional.*
  
- ❖ *A la Facultad de Enfermería, por la enseñanza abnegada que imparte de la plana docente, en la formación de profesionales al servicio de la sociedad.*
  
- ❖ *A la Mtro. Denices Soledad Abarca Fernández por su asesoramiento y dedicación en la realización de la presente investigación.*
  
- ❖ *A mi jurado: Dra. Haydee Celia Pineda Chaiña, Mg. Julia Belizario Gutierrez y Dra Zoraida Nicolasa Ramos Pineda, por sus aportes en la elaboración y desarrollo de la presente investigación.*
  
- ❖ *A las autoridades del Centro de Salud de Salvación, que permitieron llevar a cabo la investigación.*



## ÍNDICE

<b>RESUMEN .....</b>	<b>5</b>
<b>ABSTRACT.....</b>	<b>6</b>
<b>I. PRESENTACIÓN DEL CASO .....</b>	<b>7</b>
<b>1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA DEL CASO SELECCIONADO</b>	<b>7</b>
<b>1.3 JUSTIFICACIÓN .....</b>	<b>11</b>
<b>1.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN .....</b>	<b>12</b>
<b>II. REVISIÓN TEÓRICA .....</b>	<b>13</b>
<b>III. PROCEDIMIENTOS METODOLÓGICOS .....</b>	<b>31</b>
<b>IV. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN .....</b>	<b>33</b>
<b>V. CONCLUSIONES .....</b>	<b>37</b>
<b>VI. RECOMENDACIONES .....</b>	<b>38</b>
<b>VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>39</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>42</b>

**ÁREA:** Ciencias Médicas y de Salud: Ciencias de la Salud

**TEMA:** Registros de enfermería PAE y SOAPIE

Fecha de sustentación 18 de enero del 2021



## RESUMEN

Los registros de enfermería, forman parte esencial dentro de los expedientes de cualquier institución hospitalaria, de esta manera se registran las intervenciones que desarrolla enfermería en su labor asistencial, de acuerdo a las necesidades que presenta cada paciente, por ello, es necesario contar con un documento médico-legal que avale el rol autónomo de enfermería. La presente monografía de investigación tuvo como objetivo proponer un instrumento de aplicación de registro de enfermería basado en el PAE y notas SOAPIE en el servicio de emergencia del Centro de Salud Salvación, Madre de Dios – 2020; este estudio es de tipo analítico descriptivo; cuya unidad de estudio fue el registro de Enfermería, a través de una investigación bibliográfica y selección de documentos. Los resultados obtenidos tuvieron como producto final la estructuración y la implementación de las notas de Enfermería cuya aplicación permite evidenciar, los cuidados de manera sistemática, estructurada y técnica, ello contribuye a brindar la calidad de los cuidados de enfermería, a través de la utilización los diagnósticos NANDA-NIC y NOC.

**PALABRAS CLAVES:** Proceso de Atención de Enfermería, SOAPIE, registro de Enfermería.



## ABSTRACT

Nursing records are an essential part of the records of any hospital institution, in this way the interventions that develops nursing in its care work, according to the needs presented by each patient, therefore, it is necessary to have a medical-legal document that supports the autonomous role of nursing. The objective of this research monograph was to propose a nursing record application instrument based on the PAE and SOAPIE notes in the emergency service of the Salvación Health Center, Madre de Dios - 2020; This study is of a descriptive analytical type; whose unit of study was the Nursing registry, through a bibliographic research and selection of documents. The results obtained had as a final product the structuring and implementation of the Nursing notes whose application allows to show the care in a systematic, structured and technical way, this contributes to providing the quality of nursing care, through the use of the NANDA-NIC and NOC diagnostics.

**KEY WORDS:** Nursing Care Process, SOAPIE, Nursing record.



## I. PRESENTACIÓN DEL CASO

### 1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA DEL CASO SELECCIONADO

La Enfermería como disciplina científica, ha evolucionado a lo largo de su historia en una trayectoria marcada por las directrices de una sociedad cada vez más exigente desde el punto de vista profesional. Los registros de enfermería son importantes en el trabajo asistencial, los cuidados brindados al paciente, pues van a posibilitar el intercambio de información sobre cuidados, mejorando la calidad de atención que se presta y permitiendo diferenciar la actuación propia, de la del resto del equipo; manifestándose así el rol autónomo de la enfermería. (1)

En la actualidad, la práctica de enfermería está dirigida a otorgar un cuidado individualizado, uniendo la ciencia y el arte como trabajo de intervención centrado en la persona cuidada, gracias al trabajo realizado por diversas instituciones, se ha conseguido alcanzar un lenguaje enfermero con un grado de consenso y estandarización bastante elevada, que reflejan las etapas del proceso de la práctica de enfermería. Llegado este punto y después de todo el esfuerzo realizado, parece poco razonable no hacer uso de este lenguaje, cada vez más extendido y difundido día a día.

Un alto porcentaje el 89% de profesionales de enfermería tiene conocimientos sobre NANDA, NIC y NOC, sin embargo, el 100% no elaboran diagnósticos de Enfermería este resultado es preocupante, siendo estos diagnósticos tan importantes para realizar el Proceso de Atención de Enfermería. La OMS en el año 2006 mostró que la falta de una comunicación verbal y escrita durante el cambio de turno entre los profesionales de enfermería vinieron a constituirse en el principal problema de comunicación, por la que se presentó eventos adversos que fueron denunciados por los familiares ante instancias legales en Estados Unidos por mala praxis. Por otro lado, señala que de los 25 mil a 30 mil eventos adversos que llevaron a las personas a presentar discapacidad en Australia, el 11% se debió a problemas durante la comunicación en el cambio de turno (2).

En estudios realizados en Brasil, en 2012 se evidenció que la problemática sobre el inadecuado registro de enfermería se debe a la poca capacitación del profesional de enfermería en el diseño del órgano asistencial por lo que muestran debilidades durante el



llenado de los registros. El autor recomienda que debe diseñarse estrategias que busquen incrementar el nivel de preparación del profesional enfermero (2).

Gonzales e Ibarra, 2007; definieron que las anotaciones de enfermería cuentan con formatos variados, complejos y que requieren entre 35 y 140 minutos para rellenarlos por cada turno, por la falta de este tiempo, es que dejan de registrar los espacios de “importantes observaciones” y “diálogos específicos” que mostrarían datos relevantes para la toma de decisiones (2).

En el ámbito de Perú, alrededor de 1958 se inicia la formación en el ámbito universitario en la que se objetiviza la racionalidad científica, tecnológica con gran soporte humanístico y ético. Uno de los aspectos más importantes en la evolución de la enfermería en las últimas cinco décadas, es la definición de su rol y ámbitos particulares, con la aplicación del método científico en la práctica asistencial de la enfermera, es el método conocido como proceso de Atención Enfermería (P.A.E.). Este método permite a los enfermeros prestar cuidados de una forma racional, lógica y sistemática. Señalando, asimismo, que la aplicación de etapas del proceso de enfermería constituye un aspecto exigencia obligado en el quehacer universitario; en la época de los 80's. (2) Los resultados demostraron que el nivel de cumplimiento de los registros de enfermería en el servicio de emergencia del hospital Vitarte nivel II-1 del MINSA, Lima 2018 se da en un nivel regular, el cumplimiento del registro de las notas de enfermería, frente a estos resultados se concluye que es necesario e importante realizar auditorías internas, estudios correlaciones sobre el cumplimiento de registros de enfermería y elaborar un plan de mejora continua.

Desde hace aproximadamente más de 11 meses atrás, se observa que, en el servicio de emergencia del Centro de Salud de Salvación, aparentemente los registros de enfermería no cumplen las normas estándar de calidad, puesto que no evidencian el proceso enfermero en su totalidad, debido a una valoración incompleta donde se deja de lado, las dimensiones psicológicas y espirituales, así como las biológicas; el diagnóstico queda ausente así como la planificación de actividades, las intervenciones solo se evidenciaron en gran porcentaje, y la evaluación, de la misma forma que la etapa de valoración; motivo por el cual se sugirió ahondar en la investigación decidiendo presentar una propuesta de registro de enfermería que debería ser aplicada por las enfermeras que





laboran en el área. Los formatos para el registro de la atención de enfermería deben responder a las actualizaciones vigentes en materia normativa. Tienen la tarea de evidenciar la productividad del personal y reflejar de manera objetiva la aplicación del proceso de enfermería percibido como instrumento científico de trabajo (3). Asimismo, todo registro de enfermería deberá estar diseñado y estructurado de tal manera que contemple cada una de las etapas del proceso (4).

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 (5). Su utilización en el servicio de Emergencia permitirá la integración del lenguaje en las enfermeras, constituirá la justificación de labor asistencial, contribuirá a la continuidad del cuidado y será el respaldo legal que refleje el quehacer enfermero, además de contribuir a la investigación. Está demostrado que el empleo del proceso enfermero en los registros de enfermería en cualquier área implica una garantía científica, profesional, legal y de calidad, que beneficia por encima de todo al usuario, sin olvidar a las demás partes implicadas.

Considero entonces, que es indispensable contar con un Sistema de Registros de Enfermería claros que aseguren la precisión de la información recolectada lo que permitirá garantizar, la continuidad y calidad de la atención de enfermería durante todas las etapas del proceso. El propósito de esta monografía es presentar dicho registro de Enfermería modelo SOAPIE, que permitirá al área de emergencia, implementar las estrategias de manera que se fortalezca y afiance la aplicación del proceso de atención y sea considerado realmente como una herramienta metodológica fundamental en el ejercicio profesional. Por esta razón, se considera importante proponer un registro de Enfermería, ya que tendrá una legítima relevancia científica porque ayudará a mejorar la redacción de los registros de enfermería, lo cual permitirá tener un mejor respaldo legal en los problemas que se podrían originar en el transcurso del tiempo laboral. La tendencia del ejercicio profesional de enfermería en la actualidad está encaminada a elaborar planes de cuidados basados en la taxonomía NANDA, los diagnósticos de enfermería (NIC) y los resultados esperados, así como su evolución NOC.

La presente investigación se ha organizado en: Capítulo I: El planteamiento del problema, Justificación y objetivos de la investigación; en el Capítulo II: Marco teórico,



Capitulo III: Procedimientos metodológico, Búsqueda y Selección de documentos  
Capitulo IV: Análisis y discusión de los resultados, Capítulo V y VI: Finalmente se presenta las Conclusiones, Recomendaciones, Referencias Bibliográficas y Anexos



## 1.2 JUSTIFICACIÓN

En estos momentos, en los que la sociedad demanda la asistencia de profesionales cada vez mejor preparados, se hace necesario que la enfermería se posicione definitivamente en el lugar que le corresponde. Para ello se necesita la evidencia científica del Proceso Enfermero, mediante el uso del lenguaje enfermero común, normalizado (NANDA, NIC Y NOC), y de herramientas dinámicas y operativas como son los registros de enfermería.

En vista que la labor de la enfermera se ve reflejado, en las notas de Enfermería, que es parte de su actividad diaria, como instrumento básico del ejercicio de sus funciones para el cuidado del paciente que a futuro demuestra documentalmente la práctica realizada, la implementación de las notas de Enfermería, van a dar crecimiento y demostrar su profesionalismo, de manera escrita. Por lo expuesto, se considera de vital importancia realizar buenos registros de las anotaciones de enfermería capaces de evidenciar la calidad del cuidado prestado.

En el estudio, el registro que se propone, busca ser objetivo y completo, en forma sistemática los datos obtenidos de las atenciones, registrando con exactitud el estado del paciente, diagnóstico, tratamiento, evolución y resultados de salud y enfermedad durante todo el ciclo vital del usuario. Su utilidad e importancia se centra fundamentalmente en el uso de un registro que permita el llenado correcto y eficiente de los registros de enfermería en el servicio de emergencia, debiendo ser estos pertinentes y concisos, reflejar las necesidades, problemas, capacidades y limitaciones del paciente.

El inadecuado registro y la falta de valor ético legal del parte del profesional de Enfermería reflejado en las notas de Enfermería, carentes de criterios normativos y técnicos, han sido puntos de interés para no dudar en realizar este deteriora la profesión de Enfermería. Además, de ser relevante, actual y de gran trascendencia para el desarrollo y ejercicio de la profesión de Enfermería, busca establecer en su valor legal y como instrumento de gestión e indicador de calidad; permite realizar auditorías médicas a fin de evaluar, optimizar y garantizar la calidad de los servicios prestados.



### **1.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN**

#### **1.3.1 OBJETIVO GENERAL**

Proponer un instrumento de aplicación de registro de enfermería basado en el PAE y notas de SOAPIE en el servicio de emergencia del Centro de Salud Salvación, Madre de Dios - 2020.

#### **1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Estructurar un instrumento de registro de enfermería basado en el PAE en el servicio de emergencia del Centro de Salud Salvación, Madre de Dios – 2020.
- Implementar notas de SOAPIE en el servicio de emergencia del Centro de Salud Salvación, Madre de Dios – 2020.



## **II. REVISIÓN TEÓRICA**

La Enfermería es una disciplina profesional dedicada al cuidado de la salud del ser humano sano y enfermo, entonces podremos definir al proceso de enfermería como un proceso mental sistemático y organizado que se encarga de analizar con un pensamiento crítico la información y respuestas obtenidas de una persona, familia o comunidad sana o enferma, dirigiendo acciones intencionadas a satisfacer las necesidades de su salud identificadas.

Los profesionales de enfermería deben germinar y cosechar este pensamiento crítico para que logre resolver problemas que afectan a la salud del ser humano; sin embargo, para la vida misma es sin duda importante desarrollarlo. El cuidado que es el objetivo, el fin o propósito central de la profesión de enfermería debe de alcanzarse a través de un análisis y evaluación de los resultados que como enfermera quiero alcanzar por medio de acciones derivadas de los juicios hecho basados en evidencias y no en creencias, llevando como luz el método científico alcanzando el nivel de bienestar óptimo en la salud y en la enfermedad de la persona, familia o comunidad.

Podremos entender que el proceso mejora la calidad de los cuidados, logra cubrir las exigencias que la ley del sistema sanitario pide y lo más importante para la profesión es que incentiva el desarrollo profesional y el crecimiento disciplinar.

### **PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA**

El proceso enfermero, proporciona una imagen global de estado de salud de la persona o paciente. Es la comunicación de los cuidados de enfermería a todo el equipo de enfermería y equipo sanitario, el registro proporciona datos que la enfermera utiliza para identificar y apoyar diagnósticos de enfermería. Consta de cinco pasos: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación, es una forma dinámica y sistematizada de brindar cuidados enfermeros. El proceso promueve unos cuidados humanísticos, centrados en unos objetivos (resultados) y eficaces. También impulsa a las enfermeras a examinar continuamente lo que hacen y a plantearse como puedan mejorarlo.

Entre las características principales del PAE están las siguientes:

Tiene una finalidad: Se dirige a un objetivo.



Es sistemático: Implica partir de un planteamiento organizado para alcanzar un objetivo.

- Es dinámico: Responde a un cambio continuo.
- Es interactivo: Basado en las relaciones recíprocas que se establecen entre la enfermera y el paciente, su familia y los demás profesionales de la salud.
- Es flexible: Se puede adaptar al ejercicio de la enfermería en cualquier lugar o área especializada que trate con individuos, grupos o comunidades. Sus fases pueden utilizarse sucesiva o conjuntamente.
- Tiene una base teórica: El proceso ha sido concebido a partir de numerosos conocimientos que incluyen ciencias y humanidades, y se puede aplicar a cualquier modelo teórico de enfermería (8).

## **REGISTRO DE ENFERMERÍA**

Es un documento en el cual se registra en forma objetiva, clara, concreta, comprensible y sistemática los hallazgos, actividades, observaciones, decisiones y cuidados brindados a la persona, familia o comunidad, inmediatamente después de su realización. (6)

Los registros de enfermería, son anotaciones diarias que realiza el personal de enfermería en su jornada laboral con el propósito de comunicar los aspectos técnicos y clínicos referidos a la atención del paciente o cuidados de enfermería. Avala la calidad, la continuidad de los cuidados, la mejora de la comunicación y evita errores. Además, son un respaldo legal a posibles demandas y también permiten evaluar retrospectivamente la calidad de los cuidados brindados durante la estancia hospitalaria. (7).

## **CARACTERÍSTICAS DE LOS REGISTROS DE ENFERMERÍA**

La importancia del registro clínico del personal de enfermería para el fortalecimiento de la disciplina la describe Ruiz 8 al mencionar que la documentación acerca de la práctica de la enfermera es necesaria para evaluar y mejorar su eficacia y productividad.

Todo el registro de enfermería deberá tener las siguientes características:



- Objetividad, es decir, deben estar escritos de forma objetiva, sin perjuicios, juicios de valor u opiniones personales.
- Precisión y exactitud, deben ser precisos, completos y fidedignos.
- Legibilidad y claridad, deben ser claros y legibles, puesto que las anotaciones serán inútiles para los demás sino pueden descifrarlas.
- Simultaneidad, los registros deben realizarse de forma simultánea a la asistencia y no dejarlos para el final del turno.

Aquello que no se debe anotar:

- Los adjetivos que califiquen conductas o comportamientos del paciente, deben especificar que se refieren a dicha conducta o comportamiento no descalificado al paciente.
- No hacer referencia a la escasez de personal ni a conflictos entre compañeros
- No intentar explicar que se ha producido un error o utilizar expresiones como accidentalmente, “de alguna forma”
- No mencionar que se ha redactado un informe de incidencias, ya que esto, es uniforme administrativo confidencial, hay que redactar los hechos tal como ocurren.
- No referirse al nombre u otros datos personales de los compañeros de habitación en el registro de otro paciente, esto atenta contra la confidencialidad.
- No anotar que se ha informado a compañeros o superiores de determinados hechos, si esta información se ha producido de forma informal o en determinados lugares o situaciones no apropiadas. (8)

## **UTILIDAD DE LOS REGISTROS DE ENFERMERÍA**

- Sirve al equipo de enfermería para tomar decisiones respecto al estado de salud del paciente, ya que la enfermera es la única profesional que brinda el cuidado de los pacientes las 24 horas continuadas.
- Sirve como documento legal, utilizándose como medio probatorio en un proceso judicial, el contenido del registro documenta el nivel de la inasistencia prestada a una persona en un establecimiento de salud.
- Sirve para el control económico, debido a que los costos de la asistencia sanitaria casi siempre se pagan a terceros, por lo que la investigación económica se hace a



través de los diagnósticos codificables utilizados para determinar un grupo de diagnósticos.

- Sirve como información a los estudiantes porque es una forma eficaz de conocer la naturaleza de una enfermedad, en pacientes con problemas médicos similares.
- Sirve al profesional de enfermería para realizar estudios de investigación, extrayendo datos estadísticos relacionados con las frecuencias de los trastornos clínicos y complicaciones.
- Sirve para evaluar la calidad de la asistencia de la enfermera profesional; y la asistencia sanitaria prestada en un establecimiento de salud.

## **PROPÓSITO DE LOS REGISTROS DE ENFERMERÍA**

El proceso de registrar información vital cumple muchos propósitos importantes:

- Disponer de información sobre los acontecimientos del paciente.
- Otorgar seguridad y continuidad en el cuidado del paciente las 24 horas del día.
- Planificar, facilitar y garantizar la calidad de atención al paciente.
- Proteger los intereses legales del paciente, el personal y la entidad prestadora del servicio de salud.
- Proporciona una imagen global del estado de salud de la persona o paciente.
- Definir el objetivo de enfermería para el cliente o grupo.
- Diferenciar la responsabilidad de la enfermería de la del resto de los miembros del equipo de salud.
- Proporcionar los criterios para la clasificación de los pacientes.
- Proporcionar justificación para el reembolso.
- Proporcionar datos para el análisis administrativo y legal.
- Cumplir las normas legales autorizadas y profesionales exigidas.
- Proporcionar datos con fines científicos y educativos.

## **IMPORTANCIA DEL REGISTRO DE ENFERMERÍA**

Los registros de enfermería son el expediente del paciente se utiliza como comprobante de los tratamientos recibidos y otras prescripciones ordenadas por el médico, incluye las disposiciones tomadas por el personal de enfermería y anota las





respuestas del paciente a cada medida cumplida, ya que es quien se entera de situaciones que se pueden presentar en cada turno y los cuidados que puedan brindarse a los pacientes.

Se registran los cuidados de enfermería en forma pertinente y concisa, debiendo reflejar las necesidades, problemas, capacidades, limitaciones y las respuestas del paciente. A demás ayuda a evaluar la evolución de la enfermedad del paciente, y su valor legal y científico sirve de información al equipo de salud. (5)

## **ASPECTOS LEGALES DE LAS NOTAS DE ENFERMERÍA EN LA INSTITUCIÓN**

De acuerdo al artículo VI del Título Preliminar de la Ley 26842, Ley General de Salud, establece que es responsabilidad del estado promover las condiciones que garanticen una adecuada cobertura de prestaciones de salud a la población, en términos socialmente aceptables de seguridad, oportunidad y calidad y de acuerdo a la Norma Técnica N°022- MINSA/DGSP V.02 “Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica Norma Técnica de Salud para la gestión de la Historia Clínica” y Norma Técnica N°022-MINSA/DGSP-V.01 “Norma Técnica de la Historia Clínica de los Establecimientos de salud del Sector público y privado”, que tiene por objetivos, el establecimiento de las normas y procedimientos para la administración y gestión de la historia clínica a nivel del Sector Salud, así como estandarizar su contenido básico para garantizar un apropiado registro de la atención de salud del paciente. El registro de la nota de enfermería se basa en la normativa de enfermería hospitalaria del Ministerio de Salud Pública, así mismo en el Ministerio de Salud se vienen desarrollando gradualmente procesos de modernización buscan dar mayor autonomía y lograr mayor eficiencia en los establecimientos de salud con una lógica gerencial, que permita lograr mejores resultados. Estos nuevos desarrollos obligan necesariamente a adecuar la normativa institucional, del cual el manejo de las historias clínicas no es ajeno. (8) Para mejorar y garantizar la calidad del llenado del registro de enfermería, el MINSA elaboró la norma técnica de salud de auditoria de la calidad de la atención en salud NTS N 029-MINSA/DIGEPRES-V.02 en el 2016, donde se propone los formatos de evaluación de los registros de enfermería. Para esta investigación se tomará en cuenta cuatro de los registros propuestos: la Hoja de Balance Hídrico, Hoja Gráfica de Signos Vitales, Kárdex de Enfermería y Notas de Evolución de Enfermería, que pueden ser individualizados o integrados en un solo



formato. La valoración final mostrará la conformidad del uso del registro, como satisfactorio, por mejorar y deficiente.

Contiene:

- Notas de Ingreso, anotándose la fecha, la hora y la forma en que el paciente ingreso y una breve descripción de la condición del paciente.
- Funciones Vitales.
- Funciones Biológicas.
- Estado General.
- Evaluación en el transcurso de la hospitalización. Deberá anotarse los síntomas significativos observados y el tratamiento de realizado.
- Debe anotarse en los tres turnos: Mañana, tarde y noche y en los casos especiales, o de cuidados intermedios o intensivos, según el caso lo requiera.
- El tratamiento aplicado debe ser claro y sin abreviaturas no estandarizadas, ni enmendaduras.
- Todas las anotaciones deben tener la fecha, la hora y ser firmadas con el nombre completo de la enfermera y el número de su colegiatura y su firma. (8)

El personal de enfermería es el responsable de la elaboración de las notas de enfermería en el formato establecido.

- a) Registra las anotaciones con letra clara, legible, color de lapicero correspondiente al turno. Azul en turno de mañana, verde en turno de tarde y rojo en turno de noche.
- b) Elabora nota de enfermería en forma descriptiva, concreta, objetiva y veraz.
- c) Realiza la nota de enfermería en los siguientes momentos:
  - Al ingreso y egreso del paciente
  - Al finalizar cada turno.
  - Cuando fallece el paciente.
  - Cuando se traslada un paciente.
  - En el pre y post operatorio.
  - En pacientes graves.
  - Cuando se realiza un procedimiento especial durante el turno.



- Reacciones especiales y otros (5).

## **PASOS DEL PROCESO**

### **2.2 VALORACIÓN**

En esta fase ayuda a identificar los factores y las situaciones que guían la determinación de problemas presentes, potenciales o posibles, reflejando el estado de salud del individuo. Para su realización se deberá considerar cuatro etapas: la primera recolectar la información de fuentes variadas (individuo, familia, personal del equipo de salud, registros, clínicos, anamnesis, examen físico, laboratorio y otras pruebas diagnósticas). Para recolectar la información se utilizan métodos como la interacción personal, la observación y la medición, la segunda realizar y registrar la valoración de acuerdo con el modelo conceptual adoptado, tercera realizar la valoración del estado de salud del paciente de forma sistemática, registrando los datos objetivos y subjetivos, y empleando técnicas de valoración directa e indirecta y finalmente se analizan los datos obtenidos.

Recoger y examinar la información sobre el estado de salud, buscando evidencias de funcionamiento anormal o factores de riesgo que pueden generar problemas de salud. También puede buscar evidencias de los recursos con que cuenta el cliente. Según Atkinson y Murria (1986) referido por Kozier: “La valoración es parte de cada actividad que hace la enfermera por y con el paciente”. La valoración es un proceso continuo llevado a cabo durante todas las fases del proceso de enfermería. (9)

### **2.3 DIAGNÓSTICO**

La etapa de diagnóstico es donde el profesional al tener la información y las necesidades detectadas surge la exigencia darle un nombre o etiqueta con un lenguaje que le permita comunicarse entre todos los miembros de enfermería, podríamos decir que hablar en un mismo idioma. En la Novena Conferencia de la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) fue aprobada la siguiente definición: un diagnóstico de enfermería es un juicio clínico sobre las respuestas del individuos, familia o comunidad a problemas de salud/ procesos vitales reales o potenciales. El diagnóstico de enfermería proporciona la base para la selección de actuaciones de enfermería. Según Carpenito un diagnóstico puede ser de bienestar, real, de alto riesgo o posible. El bienestar es un juicio



clínico sobre un individuo, familia o comunidad en transición desde un nivel específico de bienestar hasta un nivel más alto de bienestar. (10)

El diagnóstico de enfermería, corresponde a la fase de análisis e interpretación de forma crítica de los datos reunidos durante la valoración. Se extraen conclusiones en relación con las necesidades, problemas, preocupaciones y respuestas humanas del paciente. (11) Al enunciar cada diagnóstico se tiene en cuenta que la primera parte del enunciado identifica el problema o respuesta del paciente y la segunda describe la etiología o causa del problema, los factores o los signos y síntomas que contribuyen al mismo. Ambas partes se unen con la frase "relacionado con", la cual se indica con (R/C).

Cuando se emite un diagnóstico de enfermería la responsabilidad de planificar y ejecutar el plan de cuidados recae sobre el profesional que lo ha emitido, mientras en el caso de los problemas interdependientes, el profesional de enfermería colabora con el equipo de salud para el tratamiento. Analizar los datos e identificar los problemas reales y potenciales, que constituyen la base del plan de cuidados. También hay que identificar los recursos, que son esenciales para desarrollar un plan de cuidados suficientes.

Proponiendo que el valor de contenido del diagnóstico de enfermería se aplica el siguiente esquema: 1ª Etiqueta, 2ª Definición, 3ª Características definitorias, y 4ª Factor relacionado” (12).

## **METODOLOGÍA PARA LA DEFINICIÓN DE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA**

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

**PATRONES FUNCIONALES:** Configuración de comportamientos más o menos comunes a todas las personas, que contribuyen a su salud, calidad de vida y al logro de su potencial humano; que se dan de una manera secuencial a lo largo del tiempo y



proporcionan un marco para la valoración con independencia de la edad, el nivel de cuidados o la patología (5).

**DOMINIO:** Es una esfera de actividad, estudio o interés. Son acciones que el personal de enfermería está legalmente autorizado para realizar. También se refiere a los diagnósticos que están autorizados a formular.

**CLASE:** Es una subdivisión de un grupo mayor; una división de las personas o cosas por su calidad, rango o grado.

Según la NANDA (North American Nursing Diagnosis Association), la clasificación de los diagnósticos de enfermería por patrones funcionales con sus correspondientes dominios, se da de la siguiente manera:

## **CLASIFICACIÓN DE LOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA**

Los tipos de diagnósticos que existen, según el eje que está publicado en NANDA Internacional 2009-2011, y también 2015-2017 son los siguientes:

**DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA REAL:** Describe respuestas humanas a procesos vitales/estados de salud que existen en un individuo, familia o comunidad. Está apoyado por características definitorias (manifestaciones, signos y síntomas). Consta de tres partes: etiqueta diagnóstica, factores relacionados y características definitorias.

**DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA DE RIESGO:** Describe respuestas humanas a estados de salud/procesos vitales que pueden desarrollarse en un individuo familia o comunidad vulnerables. Está apoyado por factores de riesgo que contribuyen al aumento de la vulnerabilidad. Consta de enunciado en dos partes: Etiqueta diagnóstica y factores de riesgo.

**DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA DE SALUD (BIENESTAR):** Describe respuestas humanas a niveles de salud en un individuo familia comunidad que están en disposición de mejorar. Consta de dos partes: Etiqueta diagnóstica y características definitorias.



Las partes que componen el diagnóstico de enfermería real, de riesgo o de salud, se definen de la siguiente manera:

- **ETIQUETA DIAGNOSTICA:** Es el problema identificado. Ofrece una descripción concisa del estado (real o potencial) de la salud del individuo. Un diagnóstico de enfermería adecuado y válido determina el resultado sensible a la actuación enfermera. Estos resultados guían la selección de intervenciones que probablemente producirán el efecto terapéutico deseado.
- **FACTORES RELACIONADOS:** Es la etiología, respuesta humana al estímulo, causa del problema. Nunca será el diagnóstico médico. Son aquellas situaciones clínicas y personales que pueden modificar el estado de salud o influir en el desarrollo de un problema. La causa, etiología o factores relacionados van a dirigir las intervenciones de enfermería. Cuanto más exacta y específica sea su descripción, más claras y pertinentes serán las intervenciones posteriores.

Los diagnósticos de enfermería se diferencian de los diagnósticos médicos, pues se relacionan directamente con las necesidades afectadas y los problemas de atención al paciente, que necesitan y se benefician de actos de enfermería. Son complementarios de los diagnósticos médicos. De nuevo, las intervenciones tratarán bien los factores relacionados (o factores de riesgo) o bien las características definitorias. Se usa “relacionado con” para unir el problema con la causa, etiología o factor relacionado y “manifestado por” o “evidenciado por” para incluir los signos y síntomas que evidencian el diagnóstico.

- **CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS:** Grupo de signos y síntomas que se asocian al problema, que se expresan u observan en la respuesta de una persona.

## **NANDA DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA (CLASIFICACIÓN POR DOMINIOS)**

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

Presenta la siguiente clasificación por dominios:



DOMINIO	CLASE
Dominio 1 Promoción de la salud: Toma de conciencia del bienestar o normalidad de las funciones y estrategias usadas para mantener el control y fomentar el bienestar y la normalidad del funcionamiento.	Clase 1: Toma de conciencia de la salud: Reconocimiento del bienestar y funcionamiento normal
	Clase 2: Manejo de la salud: Identificación, control, realización e integración de actividades para mantener la salud y el bienestar.
	Clase 2: Manejo de la salud: Identificación, control, realización e integración de actividades para mantener la salud y el bienestar
Dominio 2 Nutrición: Actividades de ingerir, asimilar y usar los nutrientes a fin de mantener y reparar los tejidos y producir energía.	Clase 1: Ingestión: Introducción a través de la boca de alimentos y nutrientes en el cuerpo
	Clase 2: Digestión: Actividades físicas y químicas que convierten los alimentos en sustancias apropiadas para su absorción y asimilación
	Clase 3: Absorción: Acto de captar los nutrientes a través de los tejidos corporales
	Clase 4: Metabolismo: Procesos físicos y químicos que se producen en los organismos y células vivas para el desarrollo y uso de protoplasma, la producción de productos de desecho y energía, y la liberación de energía para todos los procesos vitales
	Clase 5: Hidratación: Captación y absorción de líquidos y electrolitos
Dominio 3 Eliminación: Secreción y excreción de los productos corporales de desecho.	Clase 1: Sistema urinario: Procesos de excreción y secreción de orina
	Clase 2: Sistema gastrointestinal: Expulsión y excreción de productos de desecho del intestino
	Clase 3: Sistema tegumentario: Proceso de secreción y excreción a través de la piel
	Clase 4: Sistema pulmonar: Eliminación de los derivados de los productos metabólicos, secreciones y material extraño de los pulmones y bronquios
Dominio 4 Actividad/reposo: Producción, conservación, gasto o equilibrio de los recursos energéticos.	Clase 1: Reposo: Sueño, descanso, tranquilidad o inactividad.
	Clase 2: Actividad: Ejercicio movimiento de partes del cuerpo (movilidad), hacer un trabajo o llevar a cabo acciones frecuentemente (pero no siempre) contra resistencia
	Clase 3: Equilibrio de la energía estado de armonía dinámica entre el aporte y el gasto de recursos
	Clase 4: Respuestas cardiovasculares/respiratorias: Mecanismos cardiovasculares que apoyan la actividad/reposo



Dominio 5 Percepción/cognición: Sistema de procesamiento de la información humana incluyendo la atención, orientación, sensación, percepción, cognición y comunicación.	Clase 1: Atención disponibilidad mental para percatarse de algo u observar
	Clase 2: Orientación: Conciencia del tiempo, el espacio y las personas
	Clase 3: Sensación/percepción: Recepción de información visual, auditiva, gustativa, olfatoria, táctil y cinestésica a través de los sentidos, así como la comprensión de tales datos que conduce a la identificación, asociación y patrón de reconocimiento
	Clase 4: Cognición: Uso de la memoria, el aprendizaje, pensamiento, solución de problemas, abstracción, juicio, introspección, capacidad intelectual, cálculo y lenguaje
	Clase 5: Comunicación: Enviar y recibir información verbal y no verbal
Dominio 6 Autopercepción: Conciencia del propio ser.	Clase 1: Autoconcepto: Percepción o percepciones sobre la totalidad del propio ser
	Clase 2: Autoestima: Valoración de la propia valía personal, significación, capacidad y éxito
	Clase 3: Imagen corporal: Imagen mental del propio cuerpo
Dominio 7 Rol/relaciones: Conexiones y asociaciones negativas y positivas entre personas o grupos de personas y los medios por los que se demuestran tales conexiones.	Clase 1 Roles de cuidador: Patrones de conducta socialmente esperados de las personas que brindan cuidados sin ser profesionales de la salud
	Clase 2: Relaciones familiares: Asociaciones de personas relacionadas biológicamente o por elección propia
	Clase 3: Desempeño del rol: Calidad del funcionamiento de acuerdo con los patrones socialmente esperado
Dominio 8 Sexualidad: Identidad sexual, función sexual y reproducción.	Clase 1: Identidad sexual: Forma de ser una persona específica respecto a la sexualidad o el género
	Clase 2: Función sexual: Capacidad o habilidad para participar en las actividades sexuales
	Clase 3: Reproducción: Cualquier proceso por el que se producen nuevos individuos (personas)
Dominio 9 Afrontamiento/tolerancia al estrés: Forma de hacer frente a los acontecimientos/procesos vitales.	Clase 1: Respuesta postraumática Reacciones tras un trauma físico o psicológico
	Clase 2: Respuestas de afrontamiento: Procesos para manejar el estrés ambiental
	Clase 3: Estrés neuro comportamental: Respuestas conductuales que reflejan la función nerviosa y cerebral
Dominio 10 Principios vitales: Principios que subyacen en las	Clase 1: Valores: Identificación y jerarquización de los objetivos finales o modos de conducta preferidos





reacciones, pensamiento y conductas sobre los actos, costumbres o instituciones contemplados como verdaderos o poseedores de un valor intrínseco.	Clase 2: Creencias: Opiniones, expectativas o juicios sobre actos, conductas o instituciones consideradas verdaderas o poseedores de un valor intrínseco
	Clase 3: Congruencia de las acciones con los valores/creencias: Congruencia o equilibrio entre los valores, las creencias y las acciones
Dominio 11 Seguridad/protección: Ausencia de peligro, lesión física o trastorno del sistema inmunitario, evitación de las pérdidas y preservación de la protección y seguridad.	Clase 1: Infección: Respuestas de huésped a la infección por gérmenes patógenos
	Clase 2: Lesión física Lesión o daño corporal
	Clase 3: Violencia: Empleo de una fuerza o poder excesivos de modo que provoque lesión o abuso
	Clase 4: Peligros ambientales: Fuentes de peligro en el entorno
	Clase 5: Procesos defensivos: Procesos mediante los que la persona se auto protege de lo que no es ella misma
	Clase 6: Termorregulación: Procesos fisiológicos de regulación del calor y la energía corporales con el objetivo de proteger el organismo
Dominio 12 Confort: Sensación de bienestar o comodidad física, mental o social.	Clase 1: Confort físico: Sensación de bienestar o comodidad
	Clase 2: Confort ambiental Sensación de bienestar o comodidad en el propio entorno
	Clase 3: Confort social: Sensación de bienestar o comodidad en las situaciones sociales
Dominio 13 Crecimiento/desarrollo: Aumento o mejora de las dimensiones físicas, sistemas corporales y logro de las tareas de desarrollo acordes con la edad.	Clase 1: Crecimiento: Aumento o mejora de las dimensiones físicas o madurez de los sistemas corporales
	Clase 2: Desarrollo: Logro, falta de logro o pérdida de las tareas de desarrollo.

## 2.4 PLANIFICACIÓN

La etapa de planeación se trata de establecer objetivos, que conduzcan a la persona, familia o comunidad a prevenir, reducir o eliminar los problemas detectados, aquí nos apoyamos en los proyectos del NIC (Nursing, Interventions Classification) y NOC (Nursing Outcomes Classification).

La planeación incluye las siguientes etapas:



- Establecimiento de prioridades entre los diagnósticos de enfermería cuando un paciente tiene varios problemas.
- Determinación de objetivos o metas esperadas. Es el resultado que se espera de la atención de enfermería; lo que se desea lograr con el paciente.

Las metas se derivan de la primera parte del diagnóstico de enfermería o problema, deben estar centrados en el comportamiento del paciente atendido, ser claros, concisos, observables y medibles. Abarcan múltiples aspectos de la respuesta humana (como el aspecto físico y funcional del cuerpo), síntomas, conocimientos, habilidades psicomotrices y los estados emocionales.

La planeación de las intervenciones de enfermería está destinada a ayudar al paciente a lograr las metas del cuidado. Se enfocan a la parte etiológica del problema o segunda parte del diagnóstico de enfermería. Por tanto, van dirigidas a eliminar los factores que contribuyen al problema. Las intervenciones de enfermería reciben nombres diversos, acciones, estrategias, planes de tratamiento y ordenes de enfermería.

En este caso, el objetivo que se plantea, se refiere a aquellos instrumentos de medición del plan de cuidados que permiten realizar la evaluación. Responden a dos interrogantes: ¿Qué se desea conseguir?, ¿Cuándo se espera conseguirlo? Estos objetivos permiten dirigir las intervenciones.

A continuación, se presentan los componentes de los objetivos:

- Sujeto: persona que se espera que alcance el objetivo/resultado.
- Verbo: qué acciones debe llevar a cabo esa persona para lograr el objetivo/resultado.
- Condición: bajo qué circunstancias esa persona llevará a cabo las acciones.
- Criterio de realización: grado o estándar de consecución.
- Momento: tiempo en el cual se cumplirá el objetivo.

La clasificación de los resultados de enfermería NOC (Nursing Outcomes Classification), pretende “definir el receptor de los cuidados; pormenorizar que describen los resultados; en qué niveles de abstracción se deben desarrollar y cómo deben plantearse; describir resultados que procedan de acciones de cuidados enfermeros y sean



el resultado de los diagnósticos enfermeros identificados y finalmente cómo y cuándo se realizará la medición de los resultados” (6).

La taxonomía NOC tiene 5 niveles:

1. Dominio.
2. Clase.
3. Resultado.
4. Indicadores.
5. Medidas.

Actualmente (2009-2011) NOC tiene: 7 dominios, 31 clases y 385 resultados.

DOMINIOS NOC:

Dominio I.	Salud funcional: Resultados que describen la capacidad y realización de las tareas básicas de la vida.
Dominio II.	Salud fisiológica: Resultados que describen el funcionamiento orgánico.
Dominio III.	Salud psicosocial: Resultados que describen el funcionamiento psicológico y social.
Dominio IV.	Conocimiento y conducta en salud: Resultados que describen actitudes, comprensión y acciones con respecto a la salud y a la enfermedad.
Dominio V.	Salud percibida: Resultados que describen impresiones sobre la salud individual.
Dominio VI.	Salud familiar: Resultados que describen el estado de salud, conducta o el funcionamiento en salud de la familia en conjunto o de un individuo como miembro de la familia.
Dominio VII.	Salud comunitaria: Resultados que describen la salud, el bienestar y el funcionamiento de una comunidad o población.

El planteamiento de las actividades a realizar, se puede proponer a través de las intervenciones de enfermería NIC (Nursing Interventions Classification), siendo esta la relación ordenada de las actuaciones que las enfermeras llevan a cabo en el desempeño de su papel cuidador o, como señalan McCloskey y Bulechek, “la Clasificación de Intervenciones Enfermeras es una clasificación normalizada completa de las intervenciones que realizan los profesionales de enfermería” (7).

La taxonomía NIC tiene 3 niveles:

- Campos.



- Clases.
- Intervenciones.

Actualmente (2009-2011) NIC tiene: 7 campos, 30 clases, 542 intervenciones y más de 12.000 actividades.

CAMPOS NIC:

## 2.5 EJECUCIÓN

Es la realización o puesta en práctica de los cuidados programados. En este caso, las actuaciones de enfermería, son aquellas intervenciones específicas que van dirigidas a ayudar al paciente al logro de los resultados esperados. Para ello se elaborarán acciones focalizadas hacia las causas de los problemas; es decir, las actividades de ayuda deben ir encaminadas a eliminar los factores que contribuyen al problema. La enfermera participa ampliamente en la ejecución del plan de cuidados y plan terapéutico, requiere un razonamiento enfermero previo. Su aplicación puede englobar medidas preventivas, terapéuticas, de vigilancia y control o de promoción del bienestar; favorece el establecimiento de una relación terapéutica y facilita el proceso de aprendizaje del paciente, todo ello para contribuir al mantenimiento/restablecimiento de la salud del paciente.

Para ello se elaborarán acciones focalizadas hacia las causas de los problemas, es decir, las actividades de ayuda deben ir encaminadas a eliminar los factores que contribuyen al problema. El tipo de actividades de enfermería se clasifican según las necesidades de los pacientes como:

- **DEPENDIENTES:** Son las actividades relacionadas con la puesta en práctica de las actuaciones médicas. Señalan la manera en que se ha de llevar a cabo una prescripción médica.
- **INTERDEPENDIENTES:** Son aquellas actividades que la enfermería lleva a cabo junto a otros miembros del equipo de salud. Estas actuaciones pueden implicar la colaboración de asistentes sociales, nutricionistas, fisioterapeutas médicos, etc.
- **INDEPENDIENTES:** Son aquellas actividades de la enfermería, dirigidas hacia las respuestas humanas que está legalmente autorizada a atender, gracias a su



formación y experiencia práctica, son actividades que no requieren la prescripción previa del médico.

Las características de dichas actividades de enfermería deben ser coherentes con el plan de cuidados, es decir, no estarán en desacuerdo con otros planes terapéuticos de otros miembros del equipo. Además, deben basarse en principios científicos. Serán individualizadas para cada situación en concreto.

Los cuidados de un paciente difieren de los de otro, aunque tengan diagnósticos de enfermería y diagnósticos médicos iguales o similares, van acompañadas de un componente de enseñanza y aprendizaje y comprenderán la utilización de los recursos apropiados.

Desde un punto de vista funcional, la enfermería planifica actuaciones en las diferentes áreas de la salud, la enfermedad y el desarrollo humano, la promoción de la salud, la prevención de las enfermedades, el restablecimiento de la salud, la rehabilitación y el acompañamiento en los estados terminales.

## **2.6 EVALUACIÓN**

Evaluar, es emitir un juicio sobre un objeto, acción, trabajo, situación o persona, comparándolo con uno o varios criterios. Los dos criterios más importantes que valora la enfermería, en este sentido, son: la eficacia y la efectividad de las actuaciones. La evaluación actúa como mecanismo de retroalimentación y de control para todo el proceso, posibilita el movimiento en el ciclo completo del proceso y da idea de globalidad. La etapa de evaluación aquí valoramos los resultados obtenidos de nuestras actividades en relación a los objetivos fijados para la satisfacción de las necesidades detectadas. Es entonces la garantía de calidad del proceso de enfermería, si se ha logrado los resultados esperados (2).

En la práctica de enfermería, la evaluación de salud debe ser desarrollada partiendo de un lenguaje estandarizado que refleje la complejidad y la diversidad de la actuación del personal de enfermería, como planes estandarizados y con base en una de las clasificaciones diagnósticas más utilizadas como la taxonomía de North American



Nursing Diagnosis Association ( NANDA NOC, NIC) Que consiste en catálogos sistematizado de fenómenos de enfermería relacionados en grupos o catálogos sistematizados de fenómenos de enfermería relacionados en grupos o categorías basados en características que tales fenómenos tienen en común.

Las actividades de esta fase determinan el progreso del paciente hacia los objetivos, es la comparación planificada y sistematizada entre el estado de salud del paciente y los resultados esperados. Una característica a tener en cuenta en la evaluación es, que ésta es continua, así permite detectar como va evolucionando el paciente para realizar ajustes o introducir modificaciones buscando que la atención resulte más efectiva.



### III. PROCEDIMIENTOS METODOLÓGICOS

El tipo de investigación es de análisis descriptivo.

#### 3.1 Búsqueda de Documentos

Se desarrolló en etapas consecutivas. En una primera etapa, se realizó la revisión bibliográfica de artículos de investigación relacionados con el tema a investigar y provenientes de las bases de datos académicos de Lilacs, Redalyc, Science Direct, Scielo, Medline, Fuente Académica, Helth Business, Academicse, Medline, Psycinfo, Cinahl, HealthSTAR y Embase. Para la recolección de datos se utilizó el análisis documental para identificar los conocimientos sobre el manejo de Registros de Enfermería NANDA, así como la incorporación de intervenciones y resultados NIC – NOC. La búsqueda bibliográfica se realizó a través de la biblioteca de la UNA - PUNO, páginas de artículos de investigación, así como libros de investigación en enfermería tanto nacional como internacional.

#### 3.2 Selección de Documentos

Se seleccionaron aquellas publicaciones que correspondían a revisiones sistemáticas, revisiones no sistemáticas de la literatura, que contuvieran definiciones, medidas, características relacionados a los registros de Enfermería, así como también trabajos de investigación. Se consideraron artículos en español, desde el año de publicación 2016. Dado que la literatura disponible sobre registros de Enfermería se encuentra en distintos tipos de publicaciones, era poco probable encontrar estudios con una metodología definida, que compartan metodologías similares en su desarrollo o que muestren en su totalidad medidas de resultado similares. Esta variabilidad restringió la posibilidad de considerar criterios de calidad homogéneos aplicables a todas las publicaciones. Tras finalizar la selección, los textos incluidos fueron revisados utilizando un protocolo establecido, que permitió extraer la información relevante para la revisión sistemática. Este protocolo se construyó para identificar los avances de los estudios y revisiones sobre el registro de Enfermería.

El protocolo incluye año de publicación, país, título de investigación, el tipo de estudio y resultados en caso de trabajos de investigación, y en caso de revisiones sistemáticas, y artículos la definición o definiciones del registro de Enfermería utilizadas, y conceptos relacionados.



La técnica de análisis estuvo conformada por la elaboración de una tabla (Anexo 1) resumen con los datos principales de cada uno de los artículos seleccionados para el trabajo monográfico. La información recopilada en los protocolos fue sometida a un análisis cualitativo de contenido en el cual se sintetizaron los datos recolectados de la revisión. El análisis de contenido es un procedimiento de análisis textual, cuya principal característica es el uso de categorías derivadas de modelos teóricos que permiten reducir el material proporcionado por las fuentes textuales y produce un esquema uniforme de categorías. El procedimiento utilizado consistió en resumir la información presentada por los estudios seleccionados.

### **3.8 ELABORACIÓN DE SÍNTESIS**

La elaboración de la síntesis se estructuró en base a las categorías construidas a partir del análisis. Las dimensiones, características o elementos conceptuales extraídos de los textos y que fueron registrados en el protocolo de revisión, se consolidaron en una tabla de acuerdo a su aparición nominal en los textos y se ordenaron de acuerdo a la frecuencia en que eran mencionados.





#### IV. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

Vemos con preocupación, una reiterada problemática que se presenta en los registros de enfermería que tiene deficiente calidad, cuando no existen registros de enfermería claros y concisos. Otro de los aspectos observados con gran preocupación es la evidente falta de capacidad de redacción y las anotaciones incorrectas ortográfica u gramaticalmente, el uso de abreviaturas, que en ocasiones dan lugar a interpretaciones erróneas por parte del resto de los integrantes del equipo de salud. Con el fin de alcanzar una valoración integral, se abordó la situación a través de un estudio analítico, tomando como referencia el Servicio de Emergencias del Centro de Salud de Salvación.

Durante el periodo de labor en el Centro de Salud Salvación, del departamento de Madre de Dios, se observó que no se realiza de manera correcta, el registro de Enfermería, su llenado fue incompleto y deficiente, puesto que no se cuenta con un registro estandarizado para el servicio de Emergencias, y ello probablemente se deba a las limitaciones de tiempo, que dificultan el contraste de los datos obtenidos en la valoración, y por lo tanto la continuación de los siguientes pasos del proceso de atención de enfermería, que constituye la base para brindar cuidados con calidad a pacientes. Los registros clínicos de enfermería o anotaciones incompletas o confusas dificultan la continuidad de los cuidados y la comunicación entre profesionales ya que es difícil averiguar los cambios significativos en el estado de salud del paciente y las causas a las que se han debido, sin una fuente documental precisa. (6) La enfermera en su ejercicio profesional realiza funciones en el rol técnico, administrativo, educativo e investigativo; roles cada vez más amplios y complejos, lo que nos obliga asumir una preparación y capacitación constante, con una base científica mucha más sólida capaz de evidenciarse en el cuidado y el uso adecuado de sus registros. Es por ello que considero que su uso generalizado sería el reflejo de una enfermería profesional, capaz de proporcionar.

Es relevante mencionar que numerosos estudios han mostrado que la implementación de los diagnósticos de enfermería y las intervenciones correlacionadas mejoran la calidad de la documentación, así como la obtención de resultados favorables en los procesos de salud-enfermedad (13). Al comparar nuestro estudio con el de Torrecilla Cisneros (2018), se observa similitud, resultados demostraron que el nivel de



cumplimiento de los registros de enfermería en el servicio de emergencia del hospital Vitarte nivel II-1 del MINSA, el cumplimiento del registro de las notas de enfermería se da en un nivel regular de 72.2%, en cuanto al cumplimiento del Kardex de enfermería se da en un nivel regular con 94.2% (227), finalmente el registro del balance hídrico se da en un nivel también regular con 81.7%, frente a estos resultados se concluye que es necesario e importante realizar auditorías internas, estudios correlaciones sobre el cumplimiento de registros de enfermería y elaborar un plan de mejora continua.

No obstante, al disponer de un modelo estructurado y sistematizado propio de la profesión, las instituciones prestadoras de servicios de salud, tendrían la capacidad de fortalecer la calidad de la atención de enfermería, puesto que los cuidados están direccionados a la satisfacción de las necesidades identificadas en los pacientes, basándose en sustentos teórico – metodológicos que respalden la atención, teniendo como prioridad la individualización de la persona y su familia. En estas situaciones, la SEEUE (Sociedad Española de Enfermería en Urgencias y Emergencias) propone que se cuenten con datos razonables a la hora de enunciar este tipo de juicios, si no como reales, al menos con indicios o sospechas suficientes para ser planteados como potenciales de cara a la continuidad asistencial con otros niveles. Concretamente opina que en esta terminología existen algunos términos planteados como factores relacionados, etiquetas diagnósticas, criterios de resultado o intervenciones de enfermería que tienen muy difícil su aplicación en el medio de unidad de emergencias.

Cuando Ruiz Hontangas dice que “la documentación acerca de la práctica de la enfermera es necesaria para evaluar y mejorar su eficacia y productividad y la mejor forma de evidenciar lo que hacen los enfermeros por sus pacientes en lo intelectual, emocional social y físico”. Igualmente, considera el registro como “el documento básico en todas las etapas del proceso de atención de enfermería, el cual debe ser concebido como una forma de desarrollo de la profesión” y Benavent reafirma su importancia para la profesión cuando expresa “el registro favorece el desarrollo de la disciplina enfermera, pero además posibilita el intercambio de información sobre cuidados mejorando la calidad de la atención que se presta y permite diferenciar la actuación propia de la del resto del equipo” (14) (15)



Según la investigación realizada en el presente trabajo monográfico, la herramienta propuesta para la enfermera del servicio de Emergencia, es un formato en el cual se puede evidenciar los cuidados de la enfermera de manera sistemática, así como también resultara de gran ayuda en cuanto el factor tiempo, para su registro. Este formato a su vez estará firmado de enterado por los profesionistas que han intervenido en el procedimiento. Con respecto a los objetivos propuestos considero que los mismos se lograron cumplir satisfactoriamente, ya que se logró evidenciar el formato de Registro de Enfermería para el servicio de Emergencia, a partir de la revisión bibliográfica se obtuvo la información necesaria para conocer las normas básicas para la elaboración de los registros de Enfermería, basadas en Bravo Peña (Perú 2019). De las mismas establecimos el Registro de Enfermería para el Servicio de Emergencia, buscando el beneficio para los hospitales y también el profesional de enfermería al disminuir el riesgo para el paciente y evitar problemas de índole legal latente en la práctica profesional, y de esta manera encontrar estrategias conjuntas a fin de mejorar y elevar la calidad de los registros y cuidados de enfermería en esta institución de salud.

En la propuesta del instrumento se podrán registrar en los apartados designados observaciones, y notificaciones de eventos adversos. Cabe resaltar que los registros de Enfermería completos, detallados y acordes a las normas favorecen al resto del equipo sanitario ya que proporcionan mayores herramientas a la hora de tomar decisiones y brindar asistencia integral. El registro en la historia clínica forma parte del accionar diario de todo el personal de Enfermería, es una tarea inherente a la profesión ya que gracias a ella se planifican las actividades, se plasman las intervenciones realizadas y se evalúa la condición del usuario a partir de los cuidados brindados, permitiendo de esta manera evidenciar el proceso de salud - enfermedad del mismo. Los registros realizados de manera correcta, acorde a normas preestablecidas facilita el accionar diario de los profesionales de la salud que se ven involucrados en la atención del usuario.

El momento de aplicación del instrumento a considerar, será durante la estancia hospitalaria del paciente en el servicio de Emergencia, puesto que este permanece en el servicio unas 2 horas el tiempo que el llenado de dicho instrumento son unos 15 min aproximadamente.



Para garantizar la utilización del formato, se realizará la entrega de manera formal al servicio de Enfermería, para el área de Emergencias, así también proporcionar su correspondiente instructivo de llenado. Los instrumentos se darán a conocer a los profesionales de enfermería pertenecientes a dicho centro de salud. Además, se les solicitará que emitan los comentarios necesarios para la mejora del formato, de ser necesario, de acuerdo con la línea del proceso de atención de enfermería puesto que se tal forma garantizar la calidad del cuidado de enfermería dirigida al paciente, contribuyendo así a su recuperación y rehabilitación.



## V. CONCLUSIONES

**PRIMERA:** Se estructura, un instrumento basado en el PAE, para la aplicación de un registro de Enfermería que permite evidenciar, los cuidados de manera sistemática, estructurada y técnica.

**SEGUNDA:** Se implementa las notas de Enfermería modelo SOAPIE que, evidencian los cuidados realizados en el paciente del servicio de emergencia.



## **VI. RECOMENDACIONES**

Se realiza las siguientes recomendaciones con el presente trabajo monográfico:

### **AL PERSONAL DE ENFERMERÍA QUE LABORA**

- Realizar talleres mensuales sobre registros de enfermería, para darle sostenibilidad al instrumento propuesto.
- Realizar cursos de capacitación periódicos.
- Proporcionar al personal de enfermería tiempo y recursos suficientes para elaborar sus registros, cumpliendo la normativa administrativa vigente.

### **A LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA**

- Proponer formatos por cada servicio asistencial y de consulta externa, teniendo en cuenta las intervenciones y actividades de Enfermería.



## VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Santos A, Hurtado C. Guías de Intervención de Enfermería. Hospital de Emergencia Casimiro Ulloa. 2011. <http://www.hejcu.gob.pe/PortalTransparencia/Archivos/Contenido/0107/12102011172555.pdf>.
2. A. A. Evolución de Enfermería en el Perú en las últimas cinco décadas del siglo XX. 2019. Disponible en <http://www.enfermeriaperu.com/eduenfer/evolenfer.htm>.
3. Villagomez Raz A, Jimenez Gonzales M. Implementación del registro clínico de Enfermería basado en el Modelo de Adaptación de Callista Roy Desarrollo Científico Enfer. 2011. pp. 183-188 Google Scholar.
4. Rivas Espinoza J, Martínez Salamanca D, Ibañez Chávez ea. Propuesta de Registros Clínicos de Enfermería con vinculación taxonómica para úlceras, traqueostomias y estomas. 2009. pp. 30-36 CONAMED.
5. Cachón J, Pérez C, Álvarez L, Palacios C. El significado del lenguaje estandarizado NANDA-NIC-NOC en las enfermeras de cuidados intensivos madrileña, abordaje fenomenológico. *Enfermería Intensiva*. 2012 Vol 23 Pag 68-79.
6. Duque P. Factores relacionados con la aplicabilidad del Proceso de Atención de Enfermería en una institución de Salud de alta complejidad en la ciudad de Medellín. 2014. Universidad Católica de Manizales. Colombia. Vol 16. pag. 93-104.
7. Auccasi M. Evolución de Enfermería en el Perú en las últimas cinco décadas del siglo XX. Disponible en: <http://www.enfermeriaperu.com/eduenfer/evolfer.htm>.
8. MINISTERIO DE SALUD. Norma Técnica de la Historia Clínica de los Establecimientos de Salud del Sector Público y Privado. Norma Técnica. Lima: MINSA, Auditoría en Historias Clínicas; 2004. Report No.: N.T.022-MINSA/DGSP-V.01.
9. Koziar B, Erd G, Blais K. Conceptos y técnicas en la práctica de enfermería. 2000. México: Ed. Interamericana McGraw-Hill; 139-59.
10. Carpenito LJ. Manual de Diagnóstico de Enfermería. 1993. Madrid: McGraw-Hill, Interamericana; XXV111.
11. Carrillo G, Rubiano Y. La investigación y valoración de diagnóstico de Enfermería. 2007. *Revista Cubana de Enfermería* 23(3). Colombia.
12. Ugalde M, Rigol A. Diagnósticos de Enfermería Taxonomía NANDA. 1995. 1º Ed. Barcelona. Editorial Masson 1995. Pg 6-8.
13. Bustos R, Piña AJPM, Benítez A, Vllora MP GPAD. Plan de cuidados estandarizado de Enfermería en artroplastia de cadera. 2012. *Enferm. glob.* 11(26): 324 - 343. <http://scielo.isciii/S1695-61412012000200021>.
14. Ruíz Hontangas A. Registro del Proceso de Enfermero en el área de Urgencias y Emergencias: una aplicación práctica a través de una herramienta viva. 2013. Disponible en: <http://www.saludycuidados/Nº/registro/registro2.htm.22>.
15. Benavent M, Leal Cercos M. Los registros de Enfermería consideraciones éticas. 2013. Disponible en: <http://www.bioeticaweb.com/content/view/222/43/>.
16. LeFevre A. Aplicación del Proceso Enfermero, fomentar el cuidado en colaboración. 2007. 5ª Edición. Barcelona. Editorial MASSON.



- 17 Modelos de Anotaciones de Enfermería. 2009. <http://celessoapie.blogst.pe>.
- 18 Sociedad Española de Enfermería en Urgencias y Emergencias. Emergencias y Urgencias en Enfermería. 2005. Disponible en:[http://enfemeriadeurgencias.com/ciber/PRIMERA\\_EPOCA/2005/diciembre/procesoenfermero.htm](http://enfemeriadeurgencias.com/ciber/PRIMERA_EPOCA/2005/diciembre/procesoenfermero.htm).
- 19 Bustos R, Piña AJ, Pastor M, Benitez AVMPGPAD. Plan de cuidados estandar de Enfermería en antroplastía de cadera. 2012. *Enferm.glob.* 11(26): 324-343. Disponible en: <http://scielo.isciii/S1695-6141201200020021>.
- 20 Iver P, BJ T, Bernocchi - Losey D. *Proceso y Diagnostico de Enfermería*. 1997. 3 ed. Mexico D-F: McGraw-Hill Interamericana S. A. 1997 p.35,36,37,38,42,81,82.
- 21 Roman LC. *Enfermería Ciencia y Arte del cuidado*. 201. *Rev. Cubana Enfermería*. [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S08643192006000400007](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S08643192006000400007).
- 22 Bello N. *Fundamentos de Enfermería Parte I*. 2006. La Habana. Editorial Ciencias Médicas. pag. 32.
- 23 Rojas J, Pastor P. *Aplicación del Proceso de Atención de Enfermería en cuidados intensivos*. 2010. *Invest. Educ. Enferm*, 28(39): 323-35. Colombia.
- 24 Sociedad Española de Enfermería en Urgencias y Emergencias. *Registro del Proceso Enfermero en el área de Urgencias y Emergencias*. 2006. Recomendación científica de la Sociedad Española de Enfermería de Urgencias y Emergencias.
- 25 Bello N. *Fundamentos de Enfermería*. 2010. Parte II. Ed. ECIMED. La Habana.
- 26 Carpenito LJ. *Manual de diagnostico de Enfermería*. 1998. 4° Ed. Madrid. Editorial Interamericana.
- 27 Aguilar Serrano L, López Valdez M, Bernal Becerril M, Ponce Gómez G, Rivas Espinosa JG. *Nivel de Conocimientos acerca del proceso enfermero y la percepción de autoeficacia para su aplicación*. 2008. *Rev. Enferm.IMSS*. 2008;16(1):3-6.
- 28 Cerquín Saldarriaga C. *Nivel de aplicación del proceso de Atención de Enfermería por los internos de Enfermería de UNMSM*. 2007. Lima.
- 29 Jatabe Castañeda MA. *Actualización de conocimientos de las enfermeras acerca del proceso de Atención de Enfermería e importancia que le conceden como metodología de trabajo*. 1987. Lima.
- 30 Fernández M, Martín M, J P, Cristóbal C, Dorado R, Rodriguez M. *Hoja de Registro de Urgencias Extrahospitalarias para la atención Primaria, Segunda época*. 2009. N° enero-febrero.
- 31 Alvarez A. *Aplicación del proceso enfermero en la hemodonación*. 2014. Universidad de Valladolid. Facultad de Enfermería. Disponible en:<http://uvadoc.uva.es/handle/10324/4793>.
- 32 Guillermo Rojas J. *Factores relacionados con la aplicación del proceso de atención de enfermería y las taxonomía en unidades de cuidado intensivo de Medellín*. 2007. Facultad de Enfermería. Universidad de Antioquia. Colombia; 2009. pg 26 -99.
- 33 Gutierrez J, Esquen O, Gomez E. *Nivel de Cumplimiento de los registros de Enfermería en el servicio de Gineco-Obstetricia de Hospital Nacional Madre Niño San Bartolome*.





2014. Rev. Cientif. Ciencias de la Salud. Disponible en:  
<http://www.revistascientificas.upeu.edu.pe>.

- 34 Sousa A. Evaluacion y mejora de registro de valoracion de enfermeria en un Hospital de  
. Brazil. 2017. disponible en  
<https://www.um.es/calidadsalud/trabajos%20finales/adriana%20catarina%20de%20souza/tfm%20defini%20adriana.pdf>.
- 35 Torres M, Zarate G, Matus R. Calidad de los Registros de Enfermería: Elaboración de un  
. instrumento para su evaluacion. 2011. Disponible en:  
[www.revistas.unam.mx/index.php/reu/article/view/25467](http://www.revistas.unam.mx/index.php/reu/article/view/25467).



# ANEXOS