

# **Sistema Automatizado del Registro de Enfermería SIARE**

---

*Un instrumento de información eficaz dirigido a los  
enfermeros de los hospitales del  
Callejón de Huaylas*

---

**Llermé Núñez Zarazú**  
**Bibiana María León Huerta**  
**Rolando Roberto Salazar Cáceres**  
**Helene Elizabeth Liñán Santoyo**  
**Frank Junior Nivín Aguedo**  
**Neli Rosario Regalado Olivares**  
**Mery Benigna Bravo Peña**

**Sistema Automatizado del Registro de  
Enfermería “SIARE”  
Un instrumento de información eficaz dirigido a  
los enfermeros de los hospitales del Callejón de  
Huaylas**

**AUTORES**

Llermé Núñez Zarazú  
Bibiana María León Huerta  
Rolando Roberto Salazar Cáceres  
Helene Elizabeth Liñán Santoyo  
Frank Junior Nivín Aguedo  
Neli Rosario Regalado Olivares  
Mery Benigna Bravo Peña

## **Sistema Automatizado del Registro de Enfermería “SIARE”. Un instrumento de información eficaz dirigido enfermeros de los hospitales del Callejón de Huaylas**

Reservados todos los derechos. Está prohibido, bajo las sanciones penales y el resarcimiento civil previstos en las leyes, reproducir, registrar o transmitir esta publicación, íntegra o parcialmente, por cualquier sistema de recuperación y por cualquier medio, sea mecánico, electrónico, magnético, electroóptico, por fotocopia o por cualquiera otro, sin la autorización previa por escrito al Centro de Investigación y Desarrollo Ecuador (CIDE).

### **DERECHOS RESERVADOS**

Copyright © 2021  
Centro de Investigación y Desarrollo Ecuador  
Guayaquil, Ecuador  
Tel.: + (593) 04 2037524  
<http://www.cidecuador.com>

ISBN: 978-9942-844-34-7-2  
Impreso y hecho en Ecuador

Dirección editorial: Lic. Max Olivares, Msc.  
Coordinación técnica: Lic. María J. Delgado  
Diseño gráfico: Lic. Danissa Colmenares  
Diagramación: Lic. Alba Gil  
Fecha de publicación: septiembre, 2021



**Guayaquil – Ecuador**

### **Catalogación en la fuente**

Sistema Automatizado del Registro de Enfermería “SIARE”. Un instrumento de información eficaz dirigido a los enfermeros de los hospitales del Callejón de Huaylas / Llermé Núñez Zarazú, Bibiana María León Huerta, Rolando Salazar Cáceres, Helene Elizabeth Liñan Santoyo, Frank Junior Nivín Aguedo, Neli Rosario Regalado Olivares, Mery Benigna Bravo Peña. -- Ecuador: Editorial CIDE, 2021

191 p.: 21 x 29, 7 cm.

ISBN: 978-9942-844-34-7-2

1. Enfermería 2 Automatización

## SEMBLANZA DE LOS AUTORES

### **Dra. Llermé Núñez Zarazú**

Docente principal en la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional Santiago Antúnez de Mayolo-Perú. Doctora en Enfermería, maestra en Salud pública y maestra en Educación. Investigadora RENACYT- CONCYTEC. Orcid 0000-0002-8011-5072

### **Dra. Bibiana María León Huerta**

Docente principal de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional Santiago Antúnez de Mayolo, con 28 años en docencia universitaria. Actualmente decana de la Facultad de Ciencias Médicas, post directora de escuela. Asesora de tesis de pre y post grado. Orcid 0000-0003-0849-3834

### **Dr. Rolando Roberto Salazar Cáceres**

Nacionalidad peruana, Huaraz-Áncash. Egresado de la Universidad Nacional de Trujillo (1984). Experiencia profesional en Entel-Perú (1985-1986). Experiencia docente universitario universidad nacional Santiago Antúnez de Mayolo periodo 1986-2021. Autor del libro “Investigación de operaciones i, aplicaciones de software.” Asesor de tesis de pre grado de la escuela de Ingeniería de sistemas e informática. Orcid 0000-0002-8884-8553

### **Ing. Frank Junior Nivin Aguedo**

Ingeniero de Sistemas e Informática, egresado de la Maestría en Gobierno de ti, cuenta con experiencia en elaboración y desarrollo de proyectos informáticos, planificación y ejecución de procesos de admisión, desarrollo de software, administración de base de datos, analista programador, capacitaciones y/o ponencias. <https://orcid.org/0000-0003-0751-711x>

### **Mg. Neli Rosario Regalado Olivares**

Enfermera con experiencia en las áreas de docencia, asistencial, administrativa y en la atención primaria de salud. Actualmente laborando en un centro de salud en la ciudad de Huaraz-Áncash, donde tiene la responsabilidad de la organización de los servicios de salud y gestión de calidad, con mayor habilidad en el área de planificación y ejecución de planes de mejora. Orcid 0000-0001-7758-4241

**Dra. Mery Benigna Bravo Pena**

Hospital Lima Norte Callao “Luis Negreiros Veja”.

Doctora en Educación Superior. Magíster en Salud Pública con mención en Epidemiología. Especialista en “Proceso de atención de enfermería”. Autora de libros, actualmente 4ta edición “Guía metodológica del PAE”. Presidenta de la Asociación Científica del Proceso de Atención de Enfermería. Miembro de la NANDA Internacional. Orcid :2625585987860000

## **AGRADECIMIENTO**

A los enfermeros del Callejón de Huaylas que participaron en el estudio.

A la Universidad Nacional Santiago Antúnez de Mayolo que financió la investigación con regalías del Cannon y Sobrecannon.

## **DEDICATORIA**

A los enfermeros que desean visibilizar la profesión científica basada en evidencia.

## CONTENIDO

Semblanza de los autores.....	5
Agradecimiento.....	7
Dedicatoria .....	8
Prólogo.....	11
Siglas y acrónimos.....	14
Introducción.....	15
<b>Capítulo 1</b>	
Explorando los sistemas automatizados de registros en el área de enfermería.....	20
<b>Capítulo 2</b>	
Diagnóstico de la situación de salud en el Callejón de Huaylas.....	28
<b>Capítulo 3</b>	
Desarrollo del Sistema Automatizado del Registro de Enfermería SIARE.....	32
Descripción técnica y tecnológica del Sistema Automatizado del Registro de Enfermería SIARE.....	33
<b>Capítulo 4</b>	
Calidad de los registros de enfermería tradicionales vs automatizados.....	39
Métodos, técnicas y herramientas utilizadas.....	39
Los criterios de selección.....	40
Procedimiento para la aplicación del instrumento de calidad.....	42
Resultados estadísticos de la calidad de los registros de enfermería tradicionales vs automatizados a través de SIARE.....	42
Estructura del registro de enfermería.....	43
Descripción de la calidad de los Registros de Enfermería.....	45
<b>Capítulo 5</b>	
Actitud de los usuarios ante los registros de enfermería tradicionales vs automatizados.....	51
Información operativa de esta etapa.....	52
Metodología utilizada.....	53
Resultados estadísticos del estudio.....	56

## **Capítulo 6**

Análisis y discusión de los resultados.....	60
Con respecto al SIARE.....	60
Con respecto a la calidad de los registros de enfermería tradicionales vs automatizados.....	60
Con respecto a las actitudes de los enfermeros hacia los registros de enfermería tradicionales vs automatizados.....	63
Conclusiones.....	64
Recomendaciones.....	65
Referencias.....	66

## **Anexos**

Diagnósticos NANDA/NIC/NOC: hospitalización medicina.....	72
Glosario de Términos.....	158
Manual de Usuario SIARE.....	166

## Prólogo

En las agendas más importantes del mundo está contemplado el sector salud como una de las máximas prioridades de una nación, para el abordaje de este tema se han realizado innumerables cumbres y congresos internacionales en aras de solucionar los problemas más álgidos relacionados a dicha área, con el fin de alcanzar el bienestar de todos los habitantes del planeta.

En la Agenda 2030 de los objetivos de Desarrollo Sostenible, está comprendida la salud y bienestar el cual se expresa de manera taxativa, como "Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades".

Es importante precisar que el sector salud es el conjunto de valores, normas, instituciones y actores que desarrollan actividades de producción, distribución y consumo de bienes y servicios, cuyos objetivos principales o exclusivos son promover la salud de individuos o grupos de población. Es por ello que las actividades que estas instituciones y actores desarrollan, están orientadas a prevenir y controlar la enfermedad, atender a los enfermos e investigar y capacitar en salud.

La importancia de la calidad en el sector salud radica en la satisfacción del paciente, cuyo parámetro se basa en su juicio frente a la calidad del servicio que presta un proveedor de servicios de salud al paciente-usuario. Cabe mencionar que hoy en día, los pacientes conocen sus derechos en términos de servicios de atención médica y la calidad que se les brindan, es por ello que son cada vez más exigentes con el personal relacionado a la salud.

Por otra parte, existen varias herramientas o indicadores que se establecen para medir la calidad de los servicios en el área de salud pública, en el cual el Estado tiene un especial interés en conocer, sea para poder atender las deficiencias que se puedan suscitar con respecto a la atención a la ciudadanía, también como insumo para la formulación de políticas públicas o como medio de comparabilidad nacional e internacional abordando intereses en común.

Lo cierto es que cada vez la exigencia de una buena gestión se acrecienta para los profesionales del sector salud y la incorporación de un programa informático se ha vuelto la solución más expedita para la mejora de procesos y procedimientos en las instituciones hospitalarias.

Los registros de enfermería de las historias clínicas juegan un papel crucial a la hora de poder atender a un paciente y lograr su recuperación. Diversas evidencias en trabajos de investigación han corroborado que la automatización de registros de enfermería es una alternativa de mejora de la calidad de los mismos, facilita la información a todos los profesionales y técnicos involucrados, mejoran el desarrollo de vías de comunicación tanto entre el personal de enfermería como de forma interdisciplinar, facilitando la difusión de las actuaciones de los enfermeros y con ello el cuidado integral de los pacientes. Asimismo, reúne las características necesarias de eficiencia y eficacia para la modernización y potenciación a las actividades propias de enfermería para la toma de decisiones, mejora de la atención integral, la detección temprana de alertas de gestión de enfermería, evolución clínica de sus usuarios y sobre todo, manteniendo la integridad e identidad del que hacer enfermero en el uso de las mismas como elemento esencial de influencia positiva en la práctica de enfermería.

Este trabajo de investigación muestra paso a paso la transformación de los registros de enfermería de las historias clínicas de los hospitales de las provincias de Yungay, Caraz y Huaraz del Callejón Huaylas del año 2017, en donde se refleja una realidad que incita a la mejora de los procesos para que los profesionales de la salud puedan brindar su experticia a los pacientes de una manera más expedita, con calidad y transparencia, a fines de obtener la máxima satisfacción del paciente.

La propuesta de SIARE es considerada una herramienta excelente para los profesionales de enfermería que laboran en los hospitales del Callejón Huaylas, ya que los resultados lo demuestran; es por ello que hoy en día puedo decir sin temor a equivocarme, que tanto el registro automatizado SAIRE como el trabajo

investigativo realizado, serán un precursor excelente para los nuevos trabajos de investigación en la región del Callejón Huaylas y hasta puede ser replicables en todos los hospitales de las provincias de Perú que tengan condiciones similares.

Investigadora Johandry López  
Caracas, Venezuela

## SIGLAS Y ACRÓNIMOS

Clasificación Internacional de Enfermedades	CIE
Consejo Nacional de Ciencia, Tecnología e Innovación Tecnológica	CONCYTEC
Content Validity Ratio	CVR
Institución(es) Prestadora(s) de Servicios de Salud	IPRESS
Ministerio de Salud del Perú	MINSA
North American Nursing Diagnosis Association	NANDA
Nursing Interventions Classification	NIC
Nursing Outcomes Classification	NOC
Organización Panamericana de Salud	OPS
Proceso de Atención de Enfermería	PAE
Registros de Enfermería	RE
Registro Nacional de Historias Clínicas Electrónicas	RENHICE
Sistemas de Historias Clínicas Electrónicas	SHICE
S-Datos Subjetivos, O-Datos objetivos, A-análisis de los datos, P -Plan de atención, I-intervención o ejecución, y E-Evaluación de los resultados esperados	S.O.A.P.I. E.
Universidad Nacional Santiago Antúnez de Mayolo	UNASAM

## INTRODUCCIÓN

La Dirección Ejecutiva de Calidad de Salud del Ministerio de Salud del Perú, en la Norma Técnica de Estándares de Calidad para Hospitales e Institutos Especializados, considera como propósito primordial, garantizar al usuario que acude a los hospitales e institutos especializados, el derecho a recibir una atención de calidad en términos de seguridad con los menores riesgos, obtención de los mayores beneficios para su salud y la satisfacción de sus expectativas en torno a la prestación del servicio en pro a la salud.

Así mismo, la OPS considera como una función esencial de la Salud Pública, la garantía y mejoramientos de la calidad de los servicios de salud individuales y colectivos. Actualmente, estas acciones establecidas internacionalmente no se cumplen totalmente en la atención del paciente hospitalizado y, por otra parte, ningún ente responsable de las instituciones públicas del país ha realizado estas actividades de control de calidad que son tan necesarias en el área médica. Esta situación trae como consecuencia que no se dispone de la información del escenario real de la atención que brinda el profesional de enfermería para ser considerado como un punto de partida para el control de gestión.

Por otro lado la Norma Técnica Salud N°139-MINSA/2018/DGAIN (MINSA, 2018) considera a la Historia Clínica como el documento médico legal, en el que se registran los datos de identificación y los procesos relacionados con la atención del paciente en forma ordenada, integrada, secuencial e inmediata a la atención que el médico u otros profesionales de la salud brindan al paciente o usuario de salud y que son refrendados con la firma manuscrita o digital de los mismos.

Las historias clínicas son administradas por IPRESS, en tal sentido los registros de enfermería son documentos de alto valor médico, gerencial, legal y académico, que de acuerdo a su correcta administración y gestión, contribuyen de manera directa a mejorar la calidad de atención de los pacientes, así como también a optimizar la gestión de los establecimientos de salud; proteger los intereses legales tanto del paciente como del personal de salud y el

establecimiento que lo asiste. Y para finalizar, proporciona información de interés con fines de investigación y docencia.

A lo largo de la historia salubre en el mundo se ha podido determinar que las teorías y modelos de enfermería han contribuido en la organización del conocimiento, porque cada una de ellas ha dejado huellas en la atención de enfermería según sus experiencias vividas en diferentes tipos de problemas de salud de los pacientes. Los autores aseguran que, al brindar la atención de enfermería, el Proceso de Atención de Enfermería (PAE) evidencia el método científico, las teorías de enfermería y el método epistemológico. De tal manera, que sólo la unión de ambos garantiza el cuidado científico y humanizado. El ofrecer atención con metodología, parte de la valoración de las necesidades del paciente para diagnosticar y determinar qué resultados se han de alcanzar, así como también que intervenciones se deben llevar a cabo para conseguirlos. En este contexto, se utiliza el PAE y las taxonomías en los registros de enfermería con el método SOAPIE como un instrumento validado por el Ministerio de Salud peruano.

Los registros de enfermería constituyen el documento más voluminoso en la Historia Clínica (70%) porque se utilizan en tres turnos laborales en comparación a los otros manuscritos que son utilizados en la visita diaria de los demás profesionales de salud, generalmente en un turno. En este registro se plasman los cuidados proporcionados por el enfermero en cada turno laboral: mañana, tarde y guardia nocturna. Es importante destacar, que el enfermero es el profesional que más tiempo permanece en el servicio de salud en aras de brindar los cuidados directos al paciente, teniendo la mayor capacidad para dar a conocer a cada hora la evolución del usuario.

Así mismo Dugas (2000) afirma, que el registro de enfermería es la constancia escrita que se deja de los hechos esenciales con el fin de tener un historial continuo de los acontecimientos ocurridos durante un periodo determinado. Por lo tanto, el personal de enfermería está en la obligación de realizar correctamente los registros, ya que es el único documento que certifica la calidad de la asistencia prestada al usuario, y a su vez es una guía que permite a

todo el personal sanitario que participa en los cuidados del paciente, mantener la misma información del estado de salud del mismo, y por otro lado garantiza la continuidad de los cuidados. La omisión de los registros podría acarrear incluso implicaciones legales.

En el Perú se exige cumplir con los indicadores hospitalarios de *Calidad del Servicio de Enfermería* de acuerdo con la información que brinda el *Control de Calidad de los Registros de Enfermería*; y cuyo pilar se centra en el SOAPIE y PAE con fundamento de orden legal establecidos en la “Ley de Trabajo de la Enfermera Peruana” (Ley N° 27669) y reconocido por el Ministerio de Salud del 2001. Por lo tanto, es necesario la innovación de los *Registros de Enfermería* a través de la incorporación de modelos automatizados que permitan el control de la calidad de las anotaciones y cuidados de enfermería y, a su vez, obtener indicadores confiables, pertinentes, eficaces y eficientes, tal y como es requerido en el Perú y en cualquier país.

Sin embargo, es lamentable que aún no se obtienen registros de auditoría en el sector salud, específicamente en los Hospitales de la región Áncash. Con lo último mencionado, aún se desconoce si la atención de enfermería está libre de riesgos, porque la auditoría de Historias Clínicas establece la revisión de los registros en todos los aspectos de la actividad del cuidado clínico de los pacientes y es realizada por un equipo de profesionales de los diversos grupos ocupacionales de salud, con la finalidad de mejorar la calidad de atención.

Por lo antes puntualizado es necesario disponer de registros de enfermería más completos y de calidad, teniendo presente en su implícito esta finalidad, para ayudar al enfermero a realizar valoraciones más objetivas guiadas por un diseño científico tecnológico, que le permita desarrollar los cuidados requeridos para la evolución adecuada de los pacientes y propiciar la percepción de atención de alta calidad, que es el anhelo de toda institución.

Con esta nueva propuesta de la automatización de los Registros de Enfermería se espera una mayor calidad de atención al paciente en menor tiempo, ya que la informática es una herramienta que puede ser utilizada para la

generación de un beneficio intrínseco al cuidado del usuario. Por lo general, los registros de enfermería sistematizados apoyan la gestión del profesional de enfermería obteniendo información sólida para atender al paciente con criterios de calidad, oportunidad, continuidad, seguridad e integridad a las demandas cada vez más exigentes de los pacientes y/o usuarios.

Por todo lo previamente expuesto, se plantea el desarrollo e implementación del Sistema Automatizado del Registro de Enfermería “SIARE” dirigido a los enfermeros de los hospitales del Callejón de Huaylas basados en el lenguaje enfermero NANDA/NIC/NOC (NANDA, 2018; Bulechek et al., 2018; Moorhead et al., 2018). Y, luego la evaluación de la calidad de los registros y de las actitudes de los enfermeros, usuarios de los registros tradicionales versus los registros automatizados utilizando el SIARE.

# Capítulo 1

*Explorando los sistemas automatizados de registros  
en el área de enfermería*



## **Capítulo 1**

### **Explorando los sistemas automatizados de registros en el área de enfermería**

En aras de compartir con el público lector las bases referenciales que permitieron orientar a los investigadores que llevaron a cabo la presente investigación, a fines de apegarse a la rigurosidad científica que caracteriza este tipo de estudios, se consideró oportuno esbozar los argumentos sólidos adquiridos de diversos estudios plasmados en las tesis, libros y artículos de investigación relacionados al ámbito de la salud, específicamente a todas aquellas que están vinculadas a los sistemas automatizados direccionados hacia la mejora de procesos en el área de salud.

Comencemos con Puga (1998) que logró implantar el Modelo de Planes de Cuidados con ayuda de un programa informático en dos unidades de enfermería: una de adultos y otra de pediatría; superada esta fase de prueba en estas unidades, se fue implantando progresivamente en todo el complejo hospitalario, concluyendo que el uso del programa informático facilita una atención de enfermería más completa y ahorra tiempo al estar programados los cuidados; permite un acceso claro y rápido a la información de todos los pacientes de la unidad y para todos los profesionales del servicio, se destaca el gran esfuerzo profesional realizado ya que no se limita a un cambio de habilidades que es lo más fácil, sino a un cambio en la práctica profesional.

Ruiz y Alegría (2002) crearon el Sistema de Información Clínica llamado Carevue (originalmente desarrollado por Hewlett-Packard y perteneciente a Philips) que se encargó de recoger y gestionar toda la información clínica de los pacientes ingresados en la unidad. En este particular, se llegó a la conclusión que el registro informático de los cuidados de enfermería con un sistema de información clínica es superior al realizado mediante gráfica convencional, así como también, que el número de datos de monitorización convencional aumenta significativamente con el registro informatizado.

Por otra parte, Gutiérrez (2004) tuvo como propósito explorar lo completo y preciso de la documentación de enfermería contenida en el expediente electrónico a los seis y doce meses posteriores a la implementación del expediente electrónico en enfermería, y las conclusiones a que arribaron es que a los seis y doce meses el 100% de los datos de identificación de los expedientes estaba documentado en forma completa. Respecto a la documentación de los datos del SOAPIE, a los seis meses se encontró que es completa únicamente respecto a los datos subjetivos, objetivos e intervenciones de enfermería, a los doce meses se encontró la documentación completa en cuanto a datos subjetivos, objetivos, identificación de problemas o diagnósticos de enfermería e intervenciones de enfermería.

De acuerdo a lo precisado en la documentación, se encontró que a los seis meses la mayor precisión correspondió a los datos objetivos y al plan de cuidados, mientras que, a los doce meses, la mayor precisión fue para los datos objetivos, plan de cuidados, intervenciones y resultados de las intervenciones de enfermería. En el mismo orden y sentido, al comparar lo completo y preciso en la documentación, a los seis meses y al año, se encontró que es más completa y precisa posterior al año de su inicio.

Así mismo González et al. (2004) plantearon como objetivo, conocer la opinión del personal de enfermería sobre el empleo informatizado respecto del previo, “bolígrafo y papel,” cuya conclusión es que la percepción de la unidad de enfermería tras puesta en marcha del sistema informatizado de los registros clínicos, fue una mejoría significativa frente al “bolígrafo y papel”. Vale mencionar que la apreciación del personal de enfermería con respecto a la automatización de registros, es mayor el tiempo destinado a complementar los mismos, el cual paradójicamente genera más tiempo para la asistencia del paciente, sin embargo, según ellos, a dicho instrumento automatizado lo califican como un buen sistema de trabajo.

Por su parte, Gómez et al. (2007) concluyeron que el informe de enfermería automatizado reúne las características necesarias de eficacia y eficiencia para la modernización y potenciación de las actividades propias de enfermería.

Según Delgado et al. (2009) el sistema informático ha pasado a construir una herramienta más de trabajo en el desarrollo de esta actividad profesional, concluyendo que la incorporación de los planes de cuidado en programas informáticos sanitarios, suponen el reconocimiento institucional del método científico. La generalización de la correcta utilización de los registros de enfermería se acompaña de una mejora en la continuidad de los cuidados; los planes de cuidados estandarizados facilitan el registro de las actuaciones. Se debe intentar salvar las barreras que nos impiden implantar aquellas actuaciones, utilizando todas las tecnologías a nuestro alcance que conlleven una mejora en el trabajo.

En la investigación de Valdez (2011) se implementó el sistema electrónico de registros clínicos (Virtual Hospital System by Salomon & Warner; cuarta generación) y se evidenció mejoría en el llenado de los expedientes usando el electrónico en los registros de fecha y hora, identificación del paciente, firmas de médicos y enfermeras, legibilidad de la redacción y el buen estado físico de los documentos. Concluyen que aunque en general hubo una mejora en la calidad de los registros clínicos con la herramienta electrónica, persiste el uso de abreviaturas, el llenado incompleto de los formatos y deficiente elaboración la historia clínica, fenómenos dependientes de las acciones de quienes elaboraron esos documentos.

En su indagación, Schachner et al. (2011) concluyen que la experiencia de informatización de ese sector fue muy buena, ya que se contó con el apoyo de la gran mayoría de los profesionales y creyendo que la capacitación previa y el consenso entre todos los actores, fue un punto a favor para poder llevar a cabo el gran cambio que implicó este nuevo registro electrónico para enfermería.

Carreño et al. (2012) afirman que el desarrollo de un sistema de registro de enfermería eficaz y profesional es posible dentro del ámbito de las normas de práctica existente. La eliminación de los registros repetidos y nativos en las notas de evaluación, pueden reducir el tiempo total invertido en registrar y producir una representación más exacta y útil de la práctica profesional y respuesta del paciente y familia. Se considera vital que la publicación de trabajos con respecto

a la creación de registros electrónicos en la valoración de las heridas, necesita mayor difusión e investigación con el fin de seguir contribuyendo a esta área de estudio, esto debido a que una limitación de la revisión fue la escasa investigación en el tema de los registros de la valoración de heridas y aun cuando estos son electrónicos.

En el mismo orden de ideas, Gurgel et al. (2012) señalaron que el aumento del tiempo en el registro electrónico ocurre solamente cuando el sistema requiere una información muy compleja y exhaustiva del paciente, mientras que se evidencia una disminución del tiempo de manera significativa para la actualización de la historia clínica, como consecuencia de la facilidad de acceso a la información del sistema.

En la publicación de Mello et al. (2012) se obtuvo como conclusión que el PAE proporciona información relevante para la planificación en salud y enfermería, sin embargo, el sistema utilizado es lento y se evidencian diferencias entre el flujo de atención modelado y el flujo de atención real.

Sanguino (2013) afirma que el abordaje estratégico para emprender una cultura de informatización en enfermería en América Latina y el Caribe comprende la dimensión educación, incorporando la informática, no la básica solamente (ofimática, internet, redes sociales, entre otros) sino la que está contextualizando a la Informática en Enfermería que dé prioridad al análisis para incorporarlos a los currículos de enseñanza, acompañado por estrategias prácticas para consolidar la evidencia en enfermería y sus competencias. Lograr consensuar una discusión proactiva para inferir el acto enfermero en sus diversas estructuras funcionales de la atención de salud, con la preparación y publicación de manuales dirigidos a la informática aplicada en salud que sean parte de la bibliografía de consulta de los desarrolladores de sistemas de salud informatizados.

También es esencial conocer un inventario de acceso a la historia clínica por cada país de la región Latinoamericana y del Caribe. Esta información debe proporcionar sus características asociados a la utilidad que presta el área de

enfermería y lograr su certificación; también afianzar la necesidad del uso recursos tecnológicos en el quehacer de enfermería con estrategias prácticas que aporten herramientas básicas de gestión de acceso colectivo para el reconocimiento educativo y asistencial basadas en el Proceso de Enfermería o Cuidados de Enfermería de Virginia Henderson y; además desarrollar instrumentos físicos impresos de transición bajo el enfoque de la usabilidad como proceso de transición por medio de plantillas antes de la implementación de sistemas informatizados que sea homólogo del mismo, facilitando herramientas para la área educativa e investigación.

Por otro lado, Sales y Heimar (2013) señalan que el prototipo de sistema de documentación que propusieron, fue desarrollado con éxito porque utilizaron registros de enfermería con lenguaje estandarizado. Así mismo para Ribeiro et al. (2014) resaltan que, a pesar de los desafíos de mantener la herramienta electrónica, la informatización de la PAE proporciona numerosos avances en la gestión de los cuidados de enfermería y otros procesos de salud.

Posteriormente, en su publicación Medieros y Ribeiro (2015) concluyen que el software proporciona la ejecución del proceso de enfermería con un registro completo, uniforme y rápido, y se constituye en una importante fuente de datos para la investigación.

Revisando otras investigaciones, observamos que el propósito del estudio de Gomes *et al.* (2019) fue analizar el punto de vista de las enfermeras sobre la implementación y uso del Registro de Cuidado Electrónico (ECR) en la atención de enfermería. Fue identificado que el ECR es una herramienta que puede contribuir a la mejora del funcionamiento de las unidades básicas de salud, así como a la titulación de cuidados de enfermería. La ECR colabora en los procesos de trabajo de las enfermeras asistiendo, administrar e investigar. Para asegurar el funcionamiento de la ECR en las unidades básicas de salud, es necesario implementar soporte y mantenimiento de la red lógica e internet; promover la formación para la salud profesionales que utilizan el tratamiento de datos, y también organizan la actividad de educación permanente.

Estudios más recientes como el de De Groot K et al. (2020) exploraron a través de una muestra representativa de 667 enfermeras tituladas y asistentes de enfermería tituladas holandesas que trabajan con historias clínicas electrónicas, respondieron un cuestionario basado en la web. Solo la mitad de los encuestados, utilizó terminologías estandarizadas en sus historias clínicas electrónicas. En general, el personal de enfermería se sintió más apoyado por el uso de historias clínicas electrónicas en sus actividades de enfermería durante la prestación de cuidados. El personal de enfermería a menudo no estaba seguro de si la información de enfermería en los registros de salud electrónicos era completa, relevante y precisa, y si los registros de salud electrónicos eran fáciles de usar. No se encontró asociación entre el grado en que el personal de enfermería se sintió respaldado por las historias clínicas electrónicas y el uso de terminologías estandarizadas específicas.

En este mismo orden de ideas, Seibert et al. (2020) utilizaron *focus group* para explorar las perspectivas y experiencias de las enfermeras. Se accedió a una muestra de participantes por conveniencia a través de 19.000 contactos por correo electrónico de directores de enfermería en centros de atención y hospitales de toda Alemania. Un total de 1.335 participantes participaron en la encuesta en línea, la mayoría de los cuales trabajaba en instituciones de atención ambulatoria y ocupaba cargos de gestión como director de enfermería. El 95% de los participantes de la encuesta en línea informaron tener experiencia en el uso de tecnologías digitales de enfermería (DNT), principalmente con tecnologías de la información y la comunicación (TIC).

En general, se consideró que el DNT facilitaba el trabajo y los participantes coincidieron en otros efectos positivos, como una mayor eficiencia o un ahorro de tiempo y una mejor calidad de la atención. Los efectos negativos o las preocupaciones se informaron con menos frecuencia. Las razones para la no adopción incluyeron cuestiones relacionadas con la tecnología (por ejemplo, usabilidad, funcionalidad) y no relacionadas con la tecnología (por ejemplo, competencias y factores de contexto), y los facilitadores para la adopción se discutieron en los *focus group*. Los aspectos clave de los escenarios de aplicación

fueron el apoyo tecnológico mejorado de las tareas de atención de enfermería directa para reducir la carga física y los estresores mentales.

Finalmente, Da Costa y Da Costa (2020) en su investigación tuvieron como objetivo implementar registros electrónicos relacionados con los diagnósticos de enfermería en un sistema informatizado de gestión de la salud. Esta herramienta orientó las actividades a realizar en los ejes: planificación, ejecución de actividades, evaluación y acción. Las actividades realizadas incluyeron: registro de los diagnósticos de enfermería y factores relacionados, así como la asociación de estos en la *Tasy software*, ejecución de pruebas y evaluación de aplicabilidad. Se incluyeron 229 diagnósticos de enfermería y estos se asociaron con 1.664 factores relacionados, también se creó un árbol de decisiones con 436 características definitorias construido, lo que permite al software sugerir diagnósticos de enfermería de acuerdo con los signos y síntomas relacionados.

## **Capítulo 2**

### ***Diagnóstico de la situación de salud en el Callejón de Huaylas***



## **Capítulo 2**

### **Diagnóstico de la situación de salud en el Callejón de Huaylas**

El Callejón de Huaylas es también denominado como el “Valle del Santa” por el famoso río Santa, el mismo que transcurre por estos territorios nutriendo sus tierras y contribuyendo al ciclo natural de su flora y su fauna. El Callejón de Huaylas está situado en el departamento de Áncash al norte de Lima, entre el océano Pacífico y el río Marañón.

Con una extensión de 40 627 km, el Callejón de Huaylas es un amplio valle andino abierto entre dos importantes cadenas de montañas: la Cordillera Blanca y la Cordillera Negra. Inicia en la Laguna Conococha a 4 100 metros sobre el nivel del mar y termina en el Cañón del Pato. Además, presenta una diversidad de microclimas debido a la altitud en que se encuentra y está conformado por las provincias de Recuay, Huaraz, Carhuaz, Yungay y Huaylas, ubicadas entre las Cordilleras Blanca y Negra y atravesada por el río Santa.

La población del Callejón de Huaylas es principalmente quechua y andinos de habla hispana, la mayoría de ellos agricultores de pequeña escala y de subsistencia que viven en pueblos de montaña, mezclados con mestizos de habla hispana en los pequeños pueblos y ciudades a lo largo del río Santa. Los mestizos más ricos dominan política y económicamente, pero la migración, la educación y el turismo han traído cambios en la población en las últimas décadas.

Si hablamos del ámbito de salud del Callejón de Huaylas, en él se dispone de hospitales o centros de salud que en su mayoría constan de edificaciones muy antiguas principalmente provenientes de donaciones realizadas después del terremoto acaecido en el año 1970 en la región. Sin embargo, no se puede dejar pasar por alto el esfuerzo que se realiza diariamente para prestar un servicio de calidad a todos los ciudadanos que lo requieran en aras de alcanzar la mayor felicidad en términos de salud pública.

Por otra parte, existe la Dirección Regional de Salud Áncash cuya misión es promover y garantizar la atención integral de calidad en los servicios de salud a la población, con personal competente, equipamiento e infraestructura adecuada, promoviendo la participación e integración de todos los actores sociales de la región.

Ahora bien, la *Gestión Hospitalaria* es la función básica del proceso administrativo hospitalario que permite optimizar la oferta hospitalaria a una demanda de necesidades de atención de salud, en la que una gestión objetiva y una adecuada planeación, posibilita la toma de decisiones y gestión administrativa de manera eficiente y oportuna.

Es por ello que las actividades de gestión de la calidad, su medición y mejora son una de las líneas estratégicas más importantes a desarrollar en los servicios de salud, para conocer el nivel de calidad alcanzado por los servicios que presta el sistema de salud y orientar así las acciones de mejora continua.

Una selección de indicadores con marcos conceptuales y metodológicos unificados con objetivos estandarizados, posibilitará la identificación de oportunidades de mejora en hospitales e institutos de salud, involucrando las áreas y procesos clínicos relevantes atendidos en los centros hospitalarios, en el que la participación y compromiso de todos los profesionales es indiscutible para la medición de la calidad.

En ese sentido, la Oficina General de Estadística e Informática-OGEI de la DIRESA tiene como meta el procesamiento y análisis de indicadores de salud, con la finalidad de que sirvan de herramientas metodológicas para una adecuada gestión de los recursos hospitalarios a partir de la óptima evaluación y valoración de los procesos administrativos asistenciales, el uso racional de los recursos y el cumplimiento de resultados, bajo criterios de eficiencia, equidad y calidad en los servicios de salud.

Es por ello que para cumplir con tales demandas de información es necesario la innovación de los *Registros de Enfermería* a través de la incorporación de

modelos automatizados que, de acuerdo con lo planteado en el capítulo anterior, permitirán el control de la calidad de las anotaciones y cuidados de enfermería y a su vez obtener indicadores confiables, pertinentes, eficaces y eficientes, tal y como es requerido en todo sistema de salud.

## **Capítulo 3**

### ***Desarrollo del Sistema Automatizado del Registro de Enfermería “SIARE”***



## Capítulo 3

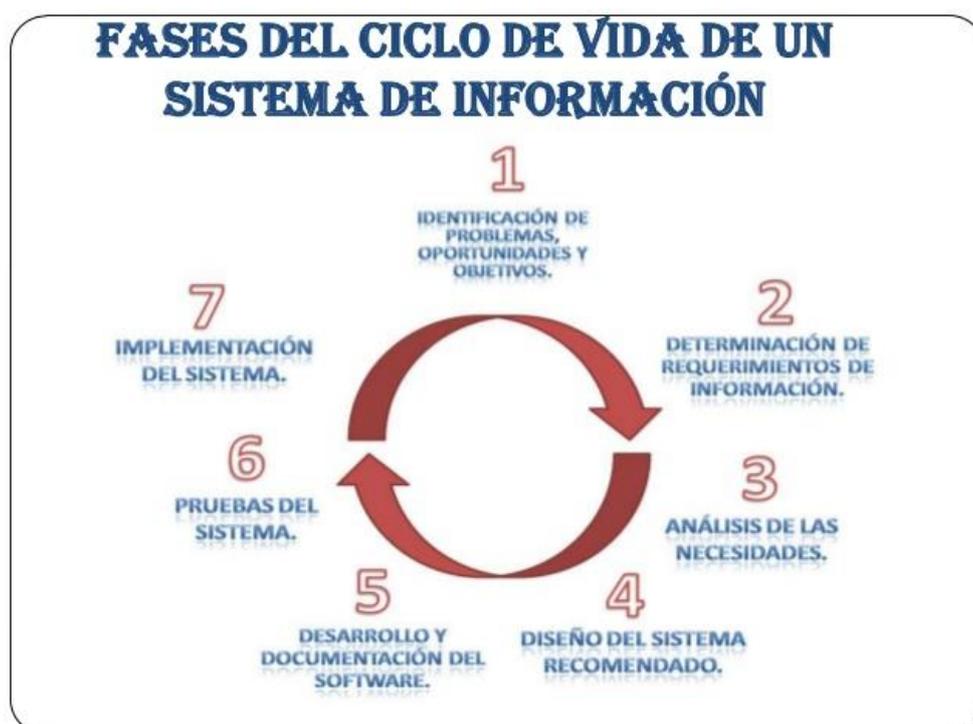
### Desarrollo del Sistema Automatizado del Registro de Enfermería “SIARE”

Tomando en consideración la necesidad de crear un sistema automatizado operacional, es decir, una herramienta facilitadora de procesos que ayude a llevar a cabo los detalles del trabajo cotidiano de una institución, que en este caso la misma es prestadora de servicios en el área de salud y aunado a los argumentos teóricos planteados con anterioridad, se hace imperativa la puesta en marcha del desarrollo del Sistema Automatizado del Registro de Enfermería SIARE, para lograr los objetivos del estudio.

Los principios esenciales para el desarrollo exitoso de SIARE radican en el cumplimiento del *Ciclo de Vida de Desarrollo de los Sistemas*, que no es más que un conjunto ordenado y sistemático de acciones cuyo fin es resolver los problemas de una institución, por medio del desarrollo y el soporte de los sistemas de información resultante.

**Figura 1**

*Fases del ciclo de vida de un sistema de información*



Vale mencionar que, en esta investigación, se contempló la ejecución de las primeras seis fases. Para una mayor descripción de la ejecución del SIARE se detallará a continuación las fases de su diseño:

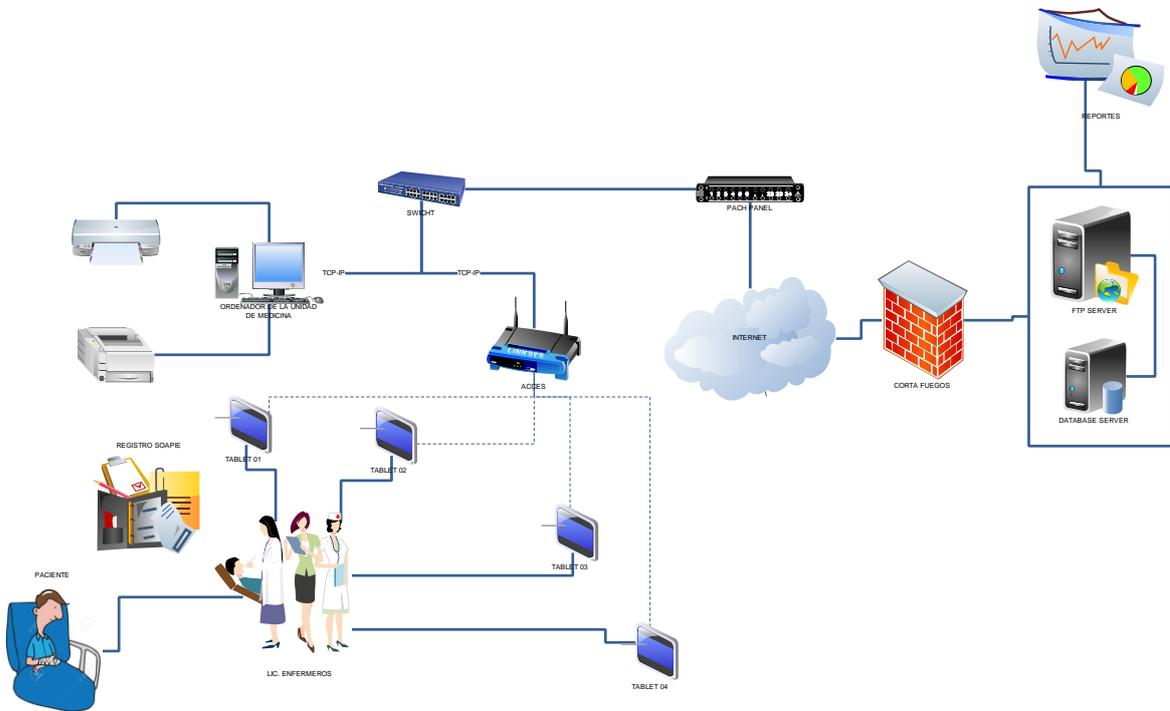
### **Descripción técnica y tecnológica del Sistema Automatizado del Registro de Enfermería SIARE**

El SIARE se elaboró con el patrón Modelo Vista Controlador (MVC) en el que se utilizó el *framework* Laravel, con el lenguaje PHP. Dicha solución tecnológica se desarrolló con un enfoque de ingeniería que permite cumplir con el ciclo de vida de software de una manera organizada y adecuada.

En la arquitectura tecnológica se especifica como los distintos componentes de la aplicación se unen para formar la arquitectura tecnológica del software SIARE. La solución tecnológica se desarrolló bajo la metodología RUP que consta de cuatro (04) fases:

La primera es la **Fase de Inicio**: el propósito de esta fue definir y acordar los alcances de solución tecnológica (software). Así mismo, realizar el análisis de la situación actual del proceso de registro de enfermería, el cual permitió obtener los requerimientos para desarrollar el software. Como resultado de la primera etapa, se diseñó la solución tecnológica (descrita en Figura 2).

**Figura 2**  
*Diseño de la solución tecnológica*



La segunda se denomina **Fase de Elaboración**: en ella se definieron las arquitecturas de construcción del software, también se realizaron pruebas de los casos de uso desarrollados (descripción de los pasos que se realizan para llevar a cabo algún proceso) que demuestran que la arquitectura documentada responde adecuadamente a requerimientos funcionales y no funcionales.

Se definió el *framework* Laravel para el desarrollo, el cual se tiene como lenguaje de programación PHP basado en componentes de alto rendimiento para desarrollar aplicaciones Web de gran escala. El mismo permite la máxima reutilización en la programación web y puede acelerar el proceso de desarrollo. Laravel es un *framework* totalmente basado en OOP (Programación Orientada a Objetos).

Laravel usa el patrón Modelo Vista Controlador (MVC) separa el modelo (abstracción de los módulos y procesos de la solución) y la vista (la presentación

visual del sistema al usuario) por lo que obtiene una arquitectura más simple de construir y mantener.

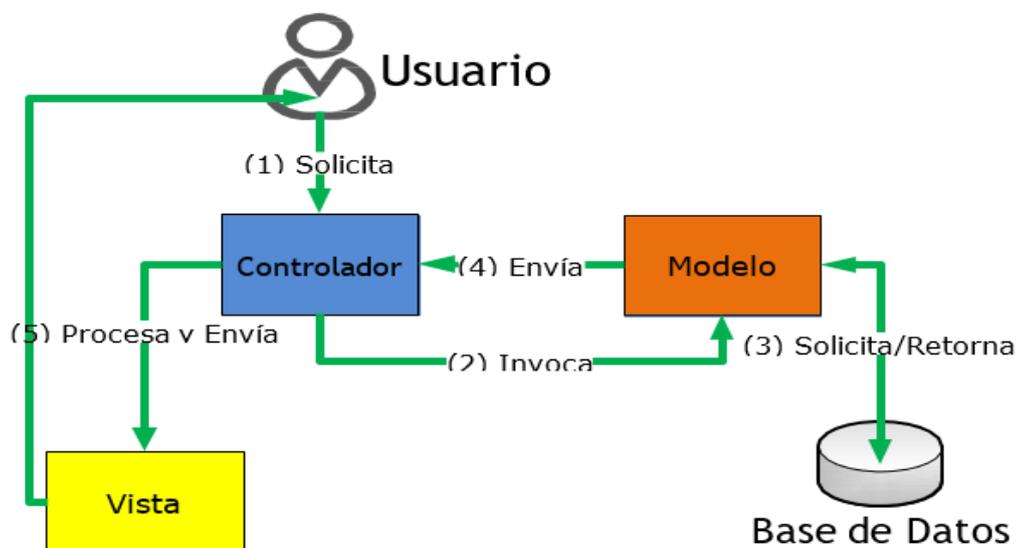
El controlador, corresponde a los componentes de software que separan al modelo y la vista de los detalles de los mecanismos internos utilizados (protocolo) para las peticiones de información (HTTP, consola de comandos, email, etc.).

El modelo se encarga de la abstracción de la lógica relacionada con los datos, haciendo que la vista y las acciones sean independientes, por ejemplo, el tipo de motor de bases de datos a utilizar.

También se definió el motor de base de datos MySQL versión 5.0.95, que posee 33 tablas (entidades) y 04 procedimientos almacenados. También se realizó el llenado de la base de datos con la información del NANDA, NIC y NOC, con sus respectivas escalas; los detalles estarán disponibles en el anexo denominado **Diagnósticos Nanda/Nic/Noc: Hospitalización Medicina**. Así mismo, se tomó en cuenta los perfiles de usuario que restringen el acceso a la información que no deben ingresar.

**Figura 3**

*Patrón Modelo Vista Controlador (MVC)*



La tercera se denomina **Fase de Construcción**: allí se desarrollaron los casos de uso de acuerdo a los requerimientos que se definieron en la primera fase, teniendo en cuenta que las vistas del software sean amigables y fáciles de entender, quedando como producto el código fuente del software.

La cuarta y última se denomina **Fase de Transición**: en la cual se realizaron pruebas finales con casos prácticos del SOAPIE, para validar el correcto funcionamiento del software desarrollado, por lo tanto fue necesario realizar lo siguiente:

- ✓ Configurar el dominio (www.siarenfermeria.com).
- ✓ Subir el código fuente al hosting que se adquirió.
- ✓ Configuración de Base de Datos.
- ✓ Creación de la Base de datos y subida de datos.
- ✓ Configurar del software, para configurar el entorno de ejecución del software fue necesario editar algunos campos del archivo.

Una vez que se configuró la conexión entre la aplicación y la base de datos, se realizaron las pruebas del correcto funcionamiento del software.

Para la implementación del sistema SIARE en los centros de salud, se usaron los siguientes equipos tecnológicos en cada servicio de medicina de los Hospitales del Callejón de Huaylas:

- ✓ 01 impresora hp laser jet
- ✓ 01 computadora de escritorio
- ✓ 01 *access point*
- ✓ 01 *router*
- ✓ 02 tabletas

También se solicitó un espacio adecuado y se procedió a instalar los equipos y conectar a internet para el uso del software a través de la dirección www.siarenfermeria.com. Así mismo, se realizaron capacitaciones utilizando “El

Manual de Usuario SIARE” los enfermeros y se procedió a crearles un Usuario y Clave de acuerdo a su respectiva sede.

La plataforma fue utilizada por los enfermeros haciendo uso de una tableta desde la unidad del paciente para luego, generar un impreso para la historia clínica, además de almacenarse en una base de datos.

## **Capítulo 4**

*Calidad de los registros de enfermería  
tradicionales vs automatizados*



## **Capítulo 4**

### **Calidad de los registros de enfermería tradicionales vs automatizados**

Para poder conocer la calidad de los registros de enfermería provenientes de los servicios de enfermería del Servicio de Medicina de los hospitales del Callejón de Huaylas, realizados de forma tradicional vs los de forma automatizada, se optó por hacer la demostración a modo comparativo y cuyos detalles se esbozan a continuación:

#### **Métodos, técnicas y herramientas utilizadas**

Esta fase corresponde a la descripción de todos los elementos que inciden en la recolección de la información necesaria para llevar a cabo las comparaciones del llenado de los registros de enfermería.

##### *Unidad de análisis de la investigación*

La conforman los registros de enfermería provenientes de las Historias Clínicas de los pacientes de los hospitales del Callejón de Huaylas en el año 2017.

##### *Población en estudio*

Estuvo conformada por los 32940 registros de enfermería realizados mensualmente en las historias clínicas de los servicios de enfermería de los hospitales del callejón de Huaylas en el año 2017, específicamente en los hospitales ubicados en las provincias de Huaraz, Yungay y Caraz del Departamento de Áncash–Perú.

##### *Muestreo empleado*

La muestra estuvo constituida por 816 registros de enfermería provenientes de las Historias Clínicas de los servicios de enfermería de hospitales del Callejón de Huaylas en el año 2017; y cuyo método de selección fue a través del muestro

probabilístico estratificado aleatorio. La muestra (Cuadro 1) de los registros de enfermería se obtuvo a través de la siguiente fórmula:

$$n = \frac{pqN}{e^2(N-1)+Z^2pq}$$

Dónde:

N : tamaño de la población.

e : error máximo.

p : Proporción de aceptación.

q : Proporción de negación.

### **Cuadro 1.**

*Distribución muestral de los Registros de Enfermería provenientes de los hospitales de tres provincias del Departamento de Áncash-Perú, año 2017*

<b>Estratos</b>	<b>Población</b>	<b>Muestra</b>
<b>Yungay</b>	3 324	100
<b>Caraz</b>	3 192	100
<b>Huaraz</b>	23 892	616
<b>Total</b>	32 940	816

### **Los criterios de selección**

Entre los *Criterios de inclusión* que se tomaron en esta etapa está:

- ✓ Registro de un turno completo del servicio de medicina.
- ✓ Registro tradicional o automatizado según la etapa de estudio

Entre los *Criterios de exclusión* se encuentra el Registro de un turno incompleto del servicio de medicina.

## *Método de Recolección Empleado*

La observación estructurada fue la técnica empleada en cada una de las etapas a analizar (el llenado de los registros de enfermería tradicionales vs automatizados) y cuyo instrumento utilizado fue una lista de cotejo denominado *Inventario de Calidad del Registro de Enfermería*.

Esta herramienta estuvo compuesta por 33 ítems en una lista de chequeo, elaborado ad hoc, que podía definir la presencia o ausencia de la información requerida en el registro de enfermería.

La estructura del instrumento estuvo basada en los estándares internacionales de contenido de los registros de Enfermería provenientes de las Historias Clínicas, por lo tanto, la confiabilidad del mismo es bastante alta.

A continuación, se presenta la lista de cotejo utilizada en la investigación cuyo nombre es *Calidad de los Registros de Enfermería*.

### **CALIDAD DE LOS REGISTROS DE ENFERMERÍA**

**INSTRUCCIONES:** Ubique la característica del registro de enfermería y coloque en casillero, si está: Presente (1) Ausente (0)

No	CARACTERÍSTICA	PRESENTE	AUSENTE
1	Cada página de los registros de enfermería tiene los datos de identificación del paciente.		
2	Registra la fecha de ingreso al servicio de medicina.		
3	Registra la fecha de atención en el registro de enfermería.		
4	Registra el número progresivo del día de estancia hospitalaria.		
5	Registra los signos vitales del paciente.		
6	Registra los signos vitales del paciente.		
7	Valora el dolor del paciente (frecuencia, ubicación, duración, intensidad).		
8	Valora las alergias que presenta el paciente.		
9	Registra los datos socioculturales del paciente (religión, idioma-dialecto, etc.).		
10	Registra los diagnósticos reales de enfermería.		
11	Registra los diagnósticos potenciales o de riesgo de enfermería.		
12	Registra las comunicaciones o interconsultas a otros profesionales de salud acerca de los problemas reales/ potenciales del paciente.		
13	Registra las intervenciones de enfermería realizadas.		
14	Registra la hora de las intervenciones de enfermería.		
15	Registra las características del sitio de inserción de medios invasivos.		
16	Registra la fecha de instalación de medios invasivos.		

17	Registra las características específicas de las heridas (UPP, post operatorias, etc.), en caso se presentaran en el paciente.		
18	Registra características específicas de los drenajes.		
19	Registra los medicamentos administrados indicando hora, dosis y vía.		
20	Utiliza unidades de medición universal e institucionalmente aceptada.		
21	Utiliza abreviaturas universales e institucionalmente aceptadas.		
22	Registra las medidas de seguridad aplicadas para evitar caídas del paciente.		
23	Registra las medidas de prevención de las úlceras por presión.		
24	Registra la educación en salud brindada al paciente y/o familiar.		
25	Registra la evaluación de las intervenciones de enfermería.		
26	Registra la evolución del dolor.		
27	Registra situaciones pendientes del paciente para el siguiente turno.		
28	Realiza los registros sin errores ortográficos.		
29	Realiza los registros con lenguaje técnico y terminología científica.		
30	La información se encuentra estructurada de forma coherente y fácil de entender.		
31	Realiza los registros con letra legible.		
32	Los registros se encuentran sin alteraciones (tachaduras, enmendaduras, uso de corrector).		
33	Los registros tienen sello y firma del enfermero responsable.		

## **Procedimiento para la aplicación del instrumento de calidad**

Como se mencionó anteriormente, la presente investigación fue ejecutada en dos fases, la primera constituye la aplicación del *Inventario de Calidad del Registro de Enfermería* a los 816 registros de enfermería provenientes de las Historias Clínicas de los servicios de enfermería de hospitales del Callejón de Huaylas, los cuales fueron llenados de manera tradicional por los profesionales de la salud correspondientes.

La segunda fase, consta aplicar el *Inventario de Calidad del Registro de Enfermería*, pero en esta oportunidad, a los registros impresos utilizando el SIARE. Luego fueron trasladados los inventarios aplicados a una base de datos y procesados con apoyo del programa SPSS versión 24.0 y analizados con métodos de estadística descriptiva e inferencial.

## **Resultados estadísticos de la calidad de los registros de enfermería tradicionales vs automatizados a través del SIARE**

En relación a la calidad de los registros tradicionales de enfermería del Servicio de Medicina de los hospitales del Callejón de Huaylas, se observó que el 16% de los mismos, presentó un nivel bajo, el 47% presentó un nivel promedio

bajo, el 26% presentó un nivel promedio alto, mientras que el restante 11% de los registros, presentó un nivel alto de calidad.

En cuanto a la calidad de los registros de enfermería automatizados del Servicio de Medicina de los hospitales del Callejón de Huaylas se observó que el 1% presentó un nivel promedio alto, mientras que el 99% restante, presentó un nivel alto de calidad.

Comparando la calidad entre los registros de enfermería tradicionales y los automatizados, los tradicionales presentaron un promedio o media de 16,8 con una desviación estándar de 2,5; mientras que los automatizados tienen un promedio de 24,0 y una desviación estándar de 1,5. (Ver tabla 1. *Calidad de los Registros de Enfermería (R.E.) tradicionales y automatizados del servicio de medicina de hospitales del Callejón de Huaylas, 2017*).

**Tabla 1**

*Calidad de los Registros de Enfermería (R.E.) tradicionales y automatizados del Servicio de Medicina de hospitales del Callejón de Huaylas, 2017*

Nivel de calidad	R.E. Tradicionales		R.E. Automatizados	
	Nº	%	Nº	%
Baja	65	16	0	0
Promedio baja	192	47	0	0
Promedio alto	107	26	5	1
Alta	44	11	403	99
<b>Media</b>	<b>16,8</b>		<b>24,0</b>	
<b>Desviación estándar</b>	<b>2,5</b>		<b>1,5</b>	

### **Estructura del registro de enfermería**

Al medir la calidad de la estructura de los registros de enfermería tradicionales del Servicio de Medicina de los hospitales de las tres provincias del Callejón de Huaylas, se observó que el 13% presentó un nivel bajo de calidad, el 34% presentó un nivel promedio bajo, el 37% presentó un nivel promedio alto y el restante 16% de los registros, presentó un nivel alto.

Por otra parte, en los registros de enfermería automatizados, el 9% de los registros presentó un nivel promedio alto de calidad y el restante 91% de los registros, presentó un nivel alto de calidad.

### **Continuidad del cuidado**

Por otra parte, en cuanto a este punto, en el Servicio de Medicina de los hospitales del Callejón de Huaylas, en los registros de enfermería tradicionales el 18% presentó un nivel bajo de calidad en la continuidad del cuidado del paciente, el 58% presentó un nivel promedio bajo, el 0% presentó un nivel promedio alto y el restante 24% de los registros presentó un nivel alto de calidad en la continuidad del cuidado.

En los registros de enfermería automatizados, el 1% de los mismos presentó un nivel promedio alto de calidad en la continuidad del cuidado y el restante 99% de los registros, presentó un nivel alto de calidad en la continuidad del cuidado.

### **Seguridad del paciente**

Finalmente, en relación a calidad en la seguridad del paciente en los registros de enfermería tradicionales del Servicio de Medicina de los hospitales del Callejón de Huaylas, el 21% de los registros presentó un nivel bajo, el 38% presentó un nivel promedio bajo, el 31% presentó un nivel promedio alto y el restante 10% de los registros, presentó un nivel alto de calidad en la seguridad del paciente.

Mientras que, en los registros de enfermería automatizados, el 3% de los registros presentó un nivel promedio bajo de calidad en la seguridad del paciente, el 23% presentó un nivel promedio alto y el 73% de los registros presentó un nivel alto de calidad en la seguridad del paciente. (Ver tabla 2. *Nivel de calidad de la estructura, continuidad y seguridad de los Registros de Enfermería tradicionales y automatizados del Servicio de Medicina de los hospitales del Callejón de Huaylas, 2017*).

**Tabla 2**

*Nivel de calidad de la estructura, continuidad y seguridad de los Registros de Enfermería tradicionales y automatizados del Servicio de Medicina de los hospitales del Callejón de Huaylas, 2017*

Nivel de calidad	Registros de Enfermería			
	Tradicionales		Automatizados	
	Nº	%	Nº	%
<b><i>Estructura</i></b>				
Baja	51	13	0	0
Promedio baja	139	34	0	0
Promedio alta	151	37	35	9
Alta	67	16	373	91
<b><i>Continuidad</i></b>				
Baja	74	18	0	0
Promedio baja	238	58	0	0
Promedio alta	0	0	5	1
Alta	96	24	403	99
<b><i>Seguridad</i></b>				
Baja	86	21	0	0
Promedio baja	154	38	14	3
Promedio alta	128	31	95	23
Alta	40	10	299	73

### **Descripción de la calidad de los registros de enfermería**

En la tabla 3 (*Prueba de igualdad de calificaciones de los ítems de calidad de los Registros de Enfermería tradicionales y automatizados del Servicio de Medicina de los hospitales del Callejón de Huaylas, 2017*) donde se aplicó la prueba de igualdad de calificaciones de Wilcoxon de los rangos con signo; se evidencia que hubo una variación positiva en la transición entre los registros de enfermería tradicionales con relación a los automatizados, es decir, que después de aplicado el experimento, existieron ítems en la lista de cotejo de calidad en las cuales mejoraron sus puntuaciones o en su cumplimiento posterior a la utilización del SIARE, entre los mencionados están:

- 1: Cada página de los registros de enfermería tienen los datos de identificación del paciente.
- 2: Registra la fecha de ingreso al servicio de medicina.

- 4: Registra el número progresivo del día de estancia hospitalaria.
- 5: Registra los signos vitales del paciente.
- 7: Valora el dolor del paciente (frecuencia, ubicación, duración, intensidad).
- 8: Valora las alergias que presenta el paciente.
- 10: Registra los diagnósticos reales de enfermería.
- 11: Registra los diagnósticos potenciales o de riesgo de enfermería.
- 14: Registra la hora de las intervenciones de enfermería.
- 16: Registra la fecha de instalación de medios invasivos.
- 18: Registra características específicas de los drenajes.
- 19: Registra los medicamentos administrados indicando hora, dosis y vía.
- 22: Registra las medidas de seguridad aplicadas para evitar caídas del paciente.
- 25: Registra la evaluación de las intervenciones de enfermería.
- 26: Registra la evolución del dolor.
- 27: Registra situaciones pendientes del paciente para el siguiente turno.
- 28: Realiza los registros sin errores ortográficos.
- 29: Realiza los registros con lenguaje técnico y terminología científica.
- 30: La información se encuentra estructurada de forma coherente y fácil de entender.
- 31: Realiza los registros con letra legible.
- 32: Los registros se encuentran sin alteraciones (tachaduras, enmendaduras, uso de corrector).
- 33: Los registros tienen sello y firma del enfermero responsable.

Por otra parte, los ítems que no mejoraron en su cumplimiento fueron los siguientes:

- 3: Registra la fecha de atención en el registro de enfermería.
- 9: Registra los datos socioculturales del paciente (religión, idioma-dialecto, etc.).
- 12: Registra las comunicaciones o interconsultas a otros profesionales de salud acerca de los problemas reales/ potenciales del paciente.
- 13: Registra las intervenciones de enfermería realizadas.
- 15: Registra las características del sitio de inserción de medios invasivos.
- 17: Registra las características específicas de las heridas (UPP, post operatorias, etc.), en caso se presentaran en el paciente.

- 20: Utiliza unidades de medición universal e institucionalmente aceptada.  
 21: Utiliza abreviaturas universales e institucionalmente aceptadas.  
 23: Registra las medidas de prevención de las úlceras por presión.  
 24: Registra la educación en salud brindada al paciente y/o familiar.

A continuación, se presenta la siguiente tabla de lo anteriormente descrito.

**Tabla 3**

*Prueba de igualdad de calificaciones de los ítems de calidad de los Registros de Enfermería tradicionales y automatizados del Servicio de Medicina de los hospitales del Callejón de Huaylas, 2017*

Ítem	R.E. Tradicionales				R.E. Automatizados				Prueba de Wilcoxon de los rangos con signo	
	Presente n	Ausente %	Presente n	Ausente %	Presente n	Ausente %	Presente n	Ausente %	Z	Sig.
1	399	98	9	2	408	100	0	0	2,226	0,026
2	206	50	202	50	408	100	0	0	3,304	0,001
3	404	99	4	1	408	100	0	0	1,604	0,109
4	281	69	127	31	373	91	35	9	3,586	0,000
5	399	98	9	2	408	100	0	0	2,214	0,027
6	400	98	8	2	408	100	0	0	2,226	0,026
7	253	62	155	38	374	92	34	8	4,199	0,000
8	1	0	407	100	346	85	62	15	4,208	0,000
9	0	0	408	100	2	0	406	100	1,342	0,180
10	0	0	408	100	398	98	10	2	4,375	0,000
11	0	0	408	100	181	44	227	56	4,200	0,000
12	10	2	398	98	10	2	398	98	,268	0,788
13	397	97	11	3	399	98	9	2	,823	0,411
14	335	82	73	18	338	83	70	17	1,494	0,135
15	4	1	404	99	4	1	404	99	,736	0,461
16	194	48	214	52	402	99	6	1	3,742	0,000
17	6	1	402	99	6	1	402	99	,898	0,369
18	63	15	345	85	13	3	395	97	2,931	0,003
19	310	76	98	24	408	100	0	0	3,190	0,001
20	408	100	0	0	408	100	0	0	,000	1,000
21	403	99	5	1	408	100	0	0	1,826	,068

Ítem	R.E. Tradicionales				R.E. Automatizados				Prueba de Wilcoxon de los rangos con signo	
	Presente		Ausente		Presente		Ausente		Z	Sig.
	n	%	n	%	n	%	n	%		
22	54	13	354	87	31	8	377	92	1,537	0,124
23	10	2	398	98	4	1	404	99	1,550	0,121
24	68	17	340	83	76	19	332	81	1,511	0,131
25	6	1	402	99	393	96	15	4	4,290	0,000
26	85	21	323	79	337	83	71	17	4,114	0,000
27	103	25	305	75	408	100	0	0	4,203	0,000
28	340	83	68	17	408	100	0	0	3,871	0,000
29	377	92	31	8	408	100	0	0	3,305	0,001
30	302	74	106	26	408	100	0	0	3,923	0,000
31	256	63	152	37	408	100	0	0	2,000	0,046
32	391	96	17	4	408	100	0	0	3,089	0,002
33	391	9	17	4	408	100	0	0	2,859	0,004

Analizando según las dimensiones de calidad de los registros de enfermería, en relación a la estructura de los registros de enfermería, se observó que, en promedio, en el registro de enfermería tradicional, presentó un cumplimiento de aproximadamente 9 ítems, mientras que en el resultado del registro de enfermería automatizado presentó un cumplimiento de aproximadamente 11 ítems.

En cuanto a la continuidad de los cuidados, se observó que, en promedio en el registro de enfermería tradicional, presentó un cumplimiento de aproximadamente 4 ítems, mientras que en el registro automatizado presentó un cumplimiento de aproximadamente 7 ítems.

Para la calidad en la seguridad del paciente, se observó que en promedio el registro de enfermería tradicional presentó un cumplimiento de aproximadamente 4 ítems, mientras que en el automatizado presentó un cumplimiento de aproximadamente 6 ítems.

Para determinar la diferencia de calidad de los registros de enfermería tradicionales y automatizados, luego de comprobar la normalidad de la muestra, se aplicó la prueba t de *Student* para muestras relacionadas pareadas, hallándose una media de 7,284, una DS de 1,172, un valor  $t= 29,815$ , con g.l. 22 y un valor  $p = 0,000$ ; lo cual indica, que sí existen diferencias significativas entre los puntajes de calidad de los registros tradicionales y automatizados de enfermería del Servicio de Medicina de los hospitales del Callejón de Huaylas.

## **Capítulo 5**

*Actitud de los usuarios ante los registros de enfermería  
tradicionales vs los automatizados*



## **Capítulo 5**

### **Actitud de los usuarios ante los registros de enfermería tradicionales vs automatizados**

El factor crítico de éxito en la implementación de un sistema en una organización son los usuarios finales, que en este particular son los enfermeros laborantes de los hospitales de Callejón de Huaylas. Sin su colaboración el proyecto de implementación no hubiera sido posible, ya que precisamente ellos son el personal de la institución que utilizó los registros de enfermería automatizados como su herramienta diaria durante el periodo de experimentación.

Otro punto importante en la comparación de los registros de enfermería tradicionales vs los automatizados en los que es requerida la colaboración de los enfermeros, es la etapa de pruebas, porque aunque se desee hacer una propuesta de mejora sistematizada que sea muy atractiva para lograr una mejor gestión en los procesos de la organización, es indispensable contar con la aprobación de los profesionales de la salud respecto a la funcionalidad del mismo, a fin de que esté orientado a los resultados que realmente se necesitan.

Cuando en la implementación de un sistema no se involucra al usuario final, se corre el gran riesgo de obtener una herramienta automatizada poco funcional, sin dar los resultados para lo que fue creado y destinada a fracasar.

Y un último punto que es crucial en donde los usuarios inciden en el resultado final del proyecto de implementación de un sistema, es la capacitación, si bien todo ser humano tiene cierta resistencia al cambio es muy importante que se pueda contar con un personal que pueda capacitar y guiar al enfermero durante los primeros días de uso para garantizar que puedan conocerlo bien y obtener el máximo provecho del mismo en sus actividades rutinarias.

## **Información operativa de esta etapa**

La población informante de enfermeros estuvo compuesta por los 23 que laboran en los Servicios de Medicina de los hospitales de las tres provincias del Callejón de Huaylas, en los que se destaca: Huaraz con 11 profesionales; Yungay con 7 profesionales y Caraz con 5 profesionales. Vale acotar que la muestra fue censal.

En esta etapa del estudio, la unidad de análisis estuvo representada por la unidad informante que son los enfermeros de los hospitales de Huaraz, Yungay y Caraz del Callejón de Huaylas.

Los criterios de selección estuvieron dispuestos de la siguiente manera:

### *Criterios de inclusión:*

- ✓ Enfermero que actualmente está laborando en el hospital de estudio.
- ✓ Enfermero que realizó registro tradicional y automatizado según la etapa de estudio.

### *Criterios de exclusión:*

- ✓ Enfermero que ya no trabaja en el hospital de estudio.
- ✓ Enfermero que tiene registros de un turno incompleto del servicio de medicina.

En cuanto a los detalles del *Cuestionario de Actitudes de los enfermeros frente a los registros de enfermería*, estuvo conformado por una escala de 10 ítems, tipo Likert de seis puntos (de 0 a 6), con resultados de actitudes positivas, neutras y negativas al registro de enfermería. Este inventario fue sometido a juicio de expertos y a estudios de confiabilidad estadística a través de una prueba piloto.

Se obtuvo una confiabilidad de 0,838 y una validez de constructo por análisis factorial de 74,912% con una adecuación de Kaiser Meyer Olkin (KMO) de 0,719. La validez de contenido arrojó un valor de Lawshe de 1.

Vale mencionar, que los datos fueron recolectados en dos momentos: antes y después del uso del SIARE, previamente de seguir los procedimientos administrativos de autorización de las instituciones en donde se realizó el estudio, para luego ser vaciados en una base de datos y procesados con apoyo del programa SPSS versión 24.0 y analizados con métodos de estadística descriptiva e inferencial.

### **Metodología utilizada**

Para obtener toda la información necesaria por parte del personal de enfermería sobre su apreciación y preferencia con respecto a la funcionalidad de los registros de enfermería tradicionales vs los automatizados, se optó por la aplicación de la técnica de la encuesta a través de un cuestionario auto administrado, donde fue llenado por el encuestado sin intervención del entrevistador.

Al comenzar esta etapa, se tomaron en consideración los principios éticos establecidos por la Asociación de Psicología Americana (2010); y los principios de integridad científica, como conducta responsable, de acuerdo a lo requerido por el Consejo Nacional de Ciencia, Tecnología e Innovación Tecnológica del Perú (CONCYTEC, 2018) y el Código de Ética de Investigación de la UNASAM (2017). Se aplicaron fichas de consentimiento informado para cada unidad muestral de enfermero en el estudio.

## CONSENTIMIENTO INFORMADO

Lo estamos invitando a Ud. a participar en un estudio llamado: Automatización de los Registros de Enfermería, Calidad y Actitudes de los Enfermeros del Servicio de Medicina de los Hospitales del Callejón de Haylas 2017. Este es un estudio desarrollado por la investigadora Llermé Núñez Zarazú.

En la actualidad, el servicio de Medicina hospitalización no cuenta con un registro de enfermería automatizado que refleje la valoración y cuidados brindados al paciente; que pueda disminuir el tiempo y dedicación por parte del profesional de enfermería para el registro de cada paciente y como consecuencia se aumenta la calidad del cuidado de enfermería.

### **Procedimientos:**

Si usted acepta participar en este estudio se llevarán a cabo los siguientes puntos:

1. Se tomarán los datos personales: edad y sexo.
2. Se le realizará dos encuestas, uno al iniciar y otro al finalizar la investigación en el cual usted deberá marcar una sola respuesta. El tipo de pregunta es cerrada y el tiempo para desarrollar el cuestionario será aprox. 15 minutos.

**Beneficios:** existe beneficio directo para usted por participar de este estudio porque se pretende mejorar la calidad del cuidado de enfermería a los pacientes hospitalizados. Su participación en este estudio no tendrá ningún costo para usted.

**Confidencialidad:** siendo el cuestionario anónimo, no tiene que llenar su nombre, ni número de colegiatura, ni DNI, no se mostrará ninguna información que permita la identificación de las personas que participan en este estudio. Sus archivos no serán mostrados a ninguna persona ajena al estudio sin su consentimiento.

**Derechos del participante:** si usted decide participar en el estudio, puede retirarse de este en cualquier momento, o no participar en una parte del estudio sin perjuicio alguno. Si tiene alguna duda adicional, por favor pregunte al personal del estudio.

### **Consentimiento:**

Acepto voluntariamente participar en este estudio, comprendo qué cosas me van a pasar si participo en el proyecto, también entiendo que puedo decidir no participar y que puedo retirarme del estudio en cualquier momento.

Participante

Nombre:.....

DNI:.....

Firma:.....

A continuación, se presenta el instrumento descrito.

### **ACTITUDES HACIA LOS REGISTROS DE ENFERMERIA**

**INSTRUCCIONES:** Lea cuidadosamente cada enunciado y luego seleccione una de las cinco respuestas. Elija la opción que corresponda a su primera reacción, no omita ningún reactivo. Marque con una X solamente una respuesta para cada enunciado.

	Totalmente en Desacuerdo	Desacuerdo	Incierto	Acuerdo	Totalmente de Acuerdo
1. Los registros de enfermería facilitan el trabajo del enfermero.					
2. Los registros de enfermería contienen demasiados datos personales que exponen la intimidad del paciente.					
3. Los enfermeros requieren de capacitación permanente para el uso adecuado de los registros de enfermería.					
4. Los registros de enfermería ofrecen un cuidado continuo del paciente.					
5. Los registros de enfermería ayudan a brindar un cuidado integral al paciente.					
6. Los registros de enfermería permiten al enfermero permanecer mayor tiempo junto al paciente.					
7. Los registros de enfermería ayudan al enfermero brindar un cuidado personalizado.					
8. Los registros de enfermería permiten manejar una información completa del cuidado del paciente.					
9. Los registros de enfermería ayudan a disminuir riesgos de complicaciones en el paciente.					
10. Los registros de enfermería incluyen todas las partes de Proceso de Atención de Enfermería (PAE).					

## **Resultados estadísticos del estudio**

Las características sociodemográficas de los encuestados informan que la muestra censal de los 23 enfermeros estuvo conformada en su totalidad por mujeres, con edades entre 30 y 60 años, distribuidas el 47,8% en el hospital de Huaraz, el 30,4% en el hospital de Yungay y el 17,9% en el hospital de Caraz. El 50% tenía como estudios mayores, una especialidad y la otra mitad de la población, tenía la licenciatura de enfermería.

En la Tabla 4 (*Actitud de los enfermeros hacia los Registros de Enfermería (R.E.) tradicionales y automatizados del Servicio de Medicina de los hospitales del Callejón de Huaylas, 2017*) se observó que el 17% de los profesionales en enfermería, presentó una actitud negativa hacia los registros de enfermería tradicionales, el 39% presentó una actitud neutral, mientras que el restante 43% de los profesionales en enfermería presentó una actitud positiva en los Servicios de Medicina de los hospitales del Callejón de Huaylas.

Así mismo, el 13% de los profesionales en enfermería presentó una actitud negativa hacia los registros de enfermería automatizados, el 30% presentó una actitud neutral, mientras que el restante 57% de los profesionales en enfermería presentó una actitud positiva en los Servicios de Medicina de los hospitales del Callejón de Huaylas.

Realizado el análisis, se encontró que en promedio la actitud de los enfermeros frente a los registros de enfermería tradicionales presentó un puntaje de 38,2 puntos (DS 6,9) mientras que la actitud de los enfermeros frente registros de enfermería automatizados presentó un puntaje de 39,7 puntos (DS 8,3).

**Tabla 4**

*Actitud de los enfermeros hacia los Registros de Enfermería (R.E.) tradicionales y automatizados del Servicio de Medicina de los hospitales del Callejón de Huaylas, 2017*

Actitud de los enfermeros	R.E. Tradicionales		R.E. Automatizados	
	Nº	%	Nº	%
Negativa	4	17	3	13
Neutral	9	39	7	30
Positiva	10	43	13	57

Continuando con la comparación de las actitudes de los enfermeros hacia los registros de enfermería en las dimensiones gestión y cuidado, se observó en la Tabla 5 (Actitud de los enfermeros según dimensiones hacia los registros de enfermería tradicionales y automatizados del servicio de medicina de los hospitales del Callejón de Huaylas, 2017); que el 17% de los profesionales de enfermería presentó una actitud negativa en la *dimensión gestión* hacia los registros de enfermería tradicionales, el 70% presentan una actitud neutral, mientras que el restante 13% de los profesionales en enfermería presentan una actitud positiva en la dimensión gestión en el servicio de medicina de los hospitales del Callejón de Huaylas.

Así mismo, el 13% de los profesionales en enfermería presentó una actitud negativa en la *dimensión cuidado* hacia los registros de enfermería tradicionales, el 26% presentó una actitud neutral, mientras que el restante 61% de los profesionales en enfermería presentó una actitud positiva en el servicio de medicina de los hospitales del Callejón de Huaylas.

Realizado el análisis estadístico en cuanto al promedio de actitud de los enfermeros frente a los registros de enfermería tradicionales en la *dimensión gestión*, registraron un puntaje de 10,7 puntos, (DS 1,7); mientras que la actitud de los enfermeros frente a los registros de enfermería automatizados presentó un puntaje de 11,0 puntos (DS 1,8) en el servicio de medicina de los hospitales del Callejón de Huaylas.

**Tabla 5**

*Actitud de los enfermeros según dimensiones hacia los Registros de Enfermería tradicionales y automatizados del servicio de medicina de los hospitales del Callejón de Huaylas, 2017*

Actitud de los enfermeros	Registros de Enfermería			
	Tradicionales		Automatizados	
	Nº	%	Nº	%
<b>Gestión</b>				
Negativa	4	17	4	17
Neutral	16	70	16	70
Positiva	3	13	3	13
<b>Cuidado</b>				
Negativa	4	17	3	13
Neutral	9	39	6	26
Positiva	10	43	14	61

Finalmente, en relación al promedio de la actitud de los enfermeros frente a los registros de enfermería tradicionales en la dimensión de cuidados, presentaron un puntaje de actitud de 27,5 puntos (DS 5,6) y la actitud de los enfermeros frente Registros de Enfermería automatizados presentaron un puntaje de 28,7 puntos (DS 7,4) en el Servicio de Medicina de los hospitales del callejón de Huaylas.

Luego de comprobar la normalidad de la muestra de enfermeros con la prueba de Shapiro-Wilk; se realizó la prueba de Wilcoxon para determinar la diferencia significativa de las actitudes de los enfermeros hacia los registros de enfermería tradicionales y automatizados, encontrándose un valor de  $p = 0,456$ , por lo que se observó que la diferencia no fue significativa.

# Capítulo 6

*Análisis y discusión de los resultados*



## **Capítulo 6**

### **Análisis y discusión de los resultados**

#### **Con respecto al SIARE**

El funcionamiento de SIARE se llevó a cabo de manera satisfactoria, porque permitió mejorar todo el proceso de registro, consulta y expedición de reportes por paciente del PAE que el usuario requirió.

Los procesos para registrar el proceso de atención de enfermería, se pudieron administrar de una manera eficiente y rápida, ya que el sistema permite procesar información en tiempo real, siendo de gran utilidad para los enfermeros que laboran en el Servicio de Medicina para el desarrollo satisfactorio de sus funciones.

#### **Con respecto a la calidad de los registros de enfermería tradicionales vs automatizados**

En virtud de estudiar detalladamente los resultados obtenidos, se pudo determinar que la situación de la calidad de los registros de enfermería tradicionales de los hospitales del Callejón de Huaylas son verdaderamente preocupantes, ya que la mayoría de ellos obtuvieron un promedio bajo en su calificación, trayendo como consecuencia disminución en la calidad de atención al paciente basado en el contenido de las mismas. Solamente un tercio de los registros de enfermería tradicionales obtuvieron un promedio alto de nivel de calidad.

Si hacemos una comparación entre ambos métodos (registros de enfermería tradicionales vs los automatizados) se evidencia que los automatizados recogen más información relevante de los profesionales de enfermería, el cual se traduce que el total de los registros de enfermería automatizados contienen la información requerida por los profesionales de la salud. Estos hallazgos son corroborados por Simian y Martínez-Jalilie (2019), Heui (2018), Medeiros

(2015), Mello et al. (2012), Carreño et al. (2012), Delgado et al. (2009) y Gómez et al. (2007).

Cabe señalar, que el registro de enfermería es una herramienta que se sustenta en el método científico y evidencia el cuidado integral que brinda el profesional de enfermería. Por ello es importante que sean de calidad ya que ellos brindan vital información que permiten dar continuidad al cuidado del paciente hospitalizado.

La experiencia laboral del profesional de enfermería en la actualidad en los hospitales de la Región de Ancash, es que aún utilizan registros de enfermería tradicionales, en los cuales se reportan datos incompletos del paciente, redactados manualmente y con la firma del enfermero poco legible.

En cuanto a la calidad de la estructura de los Registros de enfermería llenados de manera tradicional, se evidencia que la mitad obtuvo un nivel promedio alto, garantizando que la información necesaria para el cuidado del paciente está contenida en ellos. Sin embargo, la otra mitad de los registros obtuvieron un promedio bajo, es decir, una baja calidad de la estructura del registro de enfermería. Por otra parte, los datos reflejan que los registros de enfermería automatizados, 9 de 10 fueron de alta calidad, por lo tanto, fueron mayor ventaja en la calidad de la estructura que los llenados de forma tradicional que apenas fueron de alta calidad 1 de 10.

Al analizar la calidad de continuidad de atención al paciente, se evidencia que las tres cuartas partes de los registros de enfermería tradicionales no lograron el cometido propuesto porque muestran deficiencias en la información que deberían suministrar a los profesionales del área de salud. También no se puede obviar el hecho de que por lo menos un cuarto de dichos registros contiene la información esperada de atención al paciente.

Haciendo la comparación la calidad de la continuidad de los registros de enfermería de atención al paciente entre los dos métodos, se demuestra la

superación que brindan los registros de enfermería automatizados con respecto a los tradicionales, esto debido a que casi el total de los mismos presentan un nivel alto de calidad en la continuidad del cuidado, así como también ayudan a la comunicación con resto del equipo de salud; datos semejantes a los de Gonzáles et al. (2004) y Sanguino (2013).

Con respecto a la dimensión de la calidad de la seguridad del paciente, se aprecia que la mayoría de los registros de enfermería tradicionales obtuvieron un promedio bajo de calidad, lo que se traduce en que ellos no recogen la suficiente información que refleje la atención que los enfermeros o enfermeras le brindaron al paciente en un momento dado. Dicha información es de sumo valor, ya que es útil para minimizar el riesgo de seguridad en la atención de pacientes hospitalizados.

Por otra parte, un tercio de los registros de enfermería tradicionales del Servicio de Medicina de los hospitales del Callejón de Huaylas sí recogen la información necesaria que garantizan la calidad de la seguridad del paciente.

También se puede visualizar en los datos obtenidos en el estudio que, al comparar ambos métodos, los registros de enfermería automatizados obtuvieron muy buenos resultados en cuanto a la calidad de la seguridad del paciente, contrastando de esta manera con los registros llevados de forma tradicional.

Resultados similares fueron encontrados por Akhu-Zaheya et. al. (2017) y Valdez (2011); todo ello hace inferir que es necesario hacer mejoras que apunten al perfeccionamiento de los registros automatizados y capacitar al personal para evitar que persistan en el uso de abreviaturas y el llenado incompleto de los registros de enfermería.

Aunque en líneas generales los registros electrónicos fueron una herramienta de gran ayuda para los profesionales de enfermería con respecto a las dimensiones de la calidad; sin embargo, el número de registros de enfermería que fueron calificados con alta calidad en continuidad es mayor que en estructura y en seguridad, en ese orden.

## **Con respecto a las actitudes de los enfermeros hacia los registros de enfermería tradicionales vs automatizados**

En relación a las actitudes de los enfermeros hacia los registros de enfermería tradicionales y automatizados se presentaron en dos dimensiones: actitudes hacia la gestión y actitudes hacia el cuidado. En la dimensión gestión no existió ninguna variación antes y después de la implementación de los registros automatizados. En la que se observa una variación aproximada del 20% de incremento en las actitudes positivas hacia los registros automatizados fue en la dimensión cuidado, pero no llegando a ser significativa estadísticamente.

Estos resultados difieren en los pocos estudios hallados con respecto a las actitudes hacia los registros electrónicos de enfermería. Así, en Colombia Burguete, Martínez y Cebrián (2004) el personal de enfermería presentó una actitud positiva hacia el uso de los ordenadores, especialmente los profesionales con respecto a los auxiliares de enfermería. En cambio Smith, Morris y Janke (2011) encontraron una disminución de las actitudes positivas hacia la informatización de los registros electrónicos de la documentación de enfermería de los pacientes de un centro médico terciario, después de la implementación de los mismos en comparación a la encuesta de pre implementación de dichos registros.

Solamente los enfermeros con más conocimiento de computación, los más jóvenes y quienes tienen menos experiencia en la profesión, muestran actitudes más positivas hacia la automatización de los registros de enfermería; mientras que el resto del personal de enfermería, siente tener cierta resistencia a la automatización, por considerarla deshumanizante (Borrecci, 2015).

## CONCLUSIONES

1. Los registros de enfermería automatizados, fueron desarrollados bajo software libre, denominado SIARE, basado en la dinámica de las actividades de los enfermeros en el servicio de medicina de hospitalización y enmarcados en el lenguaje enfermero NANDA\_NIC\_NOC para la sostenibilidad de la aplicación como recurso de apoyo a los enfermeros.

Dicho sistema es perfectamente flexible en el caso de requerir una ampliación o mejoras de los elementos que sean importantes para una mejor gestión de procesos del personal de enfermería que gestiona la salud en los centros hospitalarios del Callejón de Huaylas.

2. De acuerdo a los resultados esbozados con anterioridad sobre la calidad de los registros automatizados de enfermería provenientes de las historias clínicas de los hospitales del Callejón de Huaylas, se evidencia que aportan más datos del paciente y con información más precisa de calidad que los registros tradicionales de enfermería, que a su vez genera una mejor gestión por parte de los profesionales de la salud a la hora de atender a un paciente.
3. En cuanto a las actitudes de los enfermeros frente a los registros tradicionales y hacia los automatizados de enfermería en el Servicio de Medicina de los hospitales del Callejón de Huaylas, se puede decir que en líneas generales son ligeramente más positivas hacia los registros automatizados. Los enfermeros mantienen una buena disposición al cambio o a la mejora de los procesos por vía manual.

## **RECOMENDACIONES**

- ✓ Continuar con el uso del software SIARE en otros ámbitos hospitalarios de los Servicios de Medicina, por tiempos mayores a un año y evaluar su uso entre sus usuarios internos y externos.
- ✓ Mejorar el software SIARE y crear otras versiones más dinámicas en base a las evaluaciones realizadas por los usuarios.
- ✓ Capacitar permanentemente en nuevas tecnologías informáticas al personal de enfermería de todo el Perú.
- ✓ Crear nuevos software de historias de enfermería y registros de enfermería para los distintos servicios de hospitalización, así como también de servicios externos en los diferentes niveles de atención de salud.

## REFERENCIAS

- Akhu-Zaheya, L. y Al-Maaitah, R. (2017). Quality of nursing documentation : Paper-based health records versus electronic-based health records. *Wiley Journal Clinical Nursingclinical Nursing*, 27, 578–589. <https://doi.org/10.1111/jocn.14097>
- Borreci, R. (2015). Percepciones y actitudes del personal de enfermería hacia la automatización de registros de una unidad coronaria. *Revista Argentina de Cardiología*, 83(3).
- Bulechek, G. M., Butcher, H. K., Dochterman, J. M., & Wagner, C. M. (2018). *Clasificación de Intervenciones de Enfermería ( NIC )*.
- Burguete, D., Martínez, J. y Cebrián, J. (2004). “Del BIC al BIT. Actitudes de los profesionales de enfermería ante los ordenadores”. *Investigación Educativa en Enfermería*, 22(2) 86-101.
- Carpenito, L. (1994). *Planes de cuidado y documentación en enfermería*. 1ª ed.
- Carreño, A. et al. (2012). Registro electrónico de enfermería en la valoración de las heridas. *Enfermería Global*, 28. 386,392.
- Compte, M. y Fullá, I. (2011). Un paso más en el mundo de la enfermería: Los registros informatizados. Revisión bibliográfica. *Ágora de Enfermería*, 15(3)119-124.
- Da Costa, C., Da Costa, G. (2020). Implementation of electronic records related to nursing diagnoses. *International Journal of Nursing Knowledge*, 31(1): 50-51. <<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/2047-3095.12219> [Consultado 12-11-2020].
- Delgado, H. et al. (2009). Registros informáticos enfermeros en seguimiento de pacientes con sonda vesical en atención primaria. *Asociación Española de Enfermería en Urología*, 112. Servicio de Urología Hospital 12 de Octubre. Área XI. 19,21.
- De Groot, K. et al. (2020). Use of electronic health records in relation to standardized terminologies: a nationwide survey of nursing staff experiences. *Nursing Studies*, 104(104). [doi.org/10.1016](https://doi.org/10.1016)
- Dugas, B. (2000). *Tratado de enfermería práctica*. 4ª ed. McGraw-Hill Interamericana.
- Fernández, S., Ruydiaz, K. y Del Toro, M. (2016). Notas de enfermería: una mirada a su calidad. *Salud Uninorte*, 32(2). ISSN. <http://www.scielo.org.co/pdf/sun/v32n2/v32n2a15.pdf> [Consulta 03-06-2018].

- Fretel, V. (2004). *Evaluación de las anotaciones de enfermería durante los años 2000-2002 en el servicio de Neurología del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen*. [Tesis de Licenciatura, Universidad Nacional Mayor de San Marcos] <  
<http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/1314>> [Consulta: 05-06-2018]
- García S. et al. (2007). Normas básicas para la elaboración de los registros de enfermería. *Nurse Investigación*, 28. Hospital Universitario Gregorio Marañón.  
 <<http://www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/download/335/326>> [Consulta: 03-06-2018]
- Gomes PA, Farah BF, Rocha RS, et al. (2019). Prontuário Eletrônico do Cidadão: Instrumento Para o Cuidado de Enfermagem. *Rev Fund Care Online. out./dez.*; 11(5):1226-1235. DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2019.v11i5.1226-1235>
- Gómez, M. et al. (2007). Informatización de enfermería del informe en la sala de hemodinámica. *Enfermería en Cardiología*, 1. Hospital Universitario La Princesa Madrid. 42-43.
- González, J. et al. (2004). Registros de enfermería: convencional frente a informatizado. *Artículo Original 15*. Hospital Clínico San Carlos. Madrid. 9-10.
- Gurgel, V. et al. (2012). Medición del tiempo de los registros manual y electrónico de la sistematización de la asistencia de enfermería en unidad de terapia intensiva. *Journal of Health Informatics*. Universidad de Sao Paulo.38-42.
- Gutiérrez, J. (2004). *Documentación de enfermería en el expediente electrónico*. Universidad Autónoma de Nuevo León.
- Grimaldo, R. (1995). *Información contenido en las notas de enfermería*. Memorias del VII Encuentro de Investigación de Enfermería. Monterrey.
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2014). *Metodología de la investigación*. 6ª ed. Mc Graw Hill.
- Heui S., S. Y. (2018). Changes in nursing professions 'scope of practice : A pilot study using electronic nursing records. *Health Policy and Technology*, 7(1), 15–22. <https://doi.org/10.1016/j.hlpt.2017.12.003>
- Kozier, B., Erb, G., Blais, K. y Wilkinson, J. (1999). *Enfermería fundamental, concepto, proceso y práctica*. 5ª ed. Graw-Hill- Interamericana.
- Kozier, B. Erb, G. y Olivieri, R. (1993). *Enfermería fundamentos, conceptos, procesos*. 4ª ed. Graw- Hill- Interamericana.
- López, M. (2008). *Reflexiones sobre la historia clínica electrónica desde una perspectiva enfermera*. 1er Foro de Historia Clínica Electrónica en el Sistema Nacional de salud. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar

- Social,  
<[https://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/LOPEZ\\_ROMERO.pdf](https://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/LOPEZ_ROMERO.pdf)> [Consulta: 04-06-2018]
- Medeiros, L. y Ribeiro, S. (2015). Prototipo de un software para registro de enfermería en unidad de terapia intensiva neonatal. *Aquichan* 15 (1) 34-41.
- Mello, J. et al. (2012). El uso del prontuario electrónico por enfermeros en unidades básicas de salud brasileñas. *Journal Of Health Informatics*5, (8). Universidad Federal de Panama.
- MINSA. (2018). *Norma Técnica N°139-MINSA/2018/DGAIN: Norma técnica de salud para la gestión de la historia clínica*. Minsa. <[ftp://ftp2.minsa.gob.pe/normaslegales/2018/R.M\\_214-2018-MINSA2.pdf](ftp://ftp2.minsa.gob.pe/normaslegales/2018/R.M_214-2018-MINSA2.pdf)> [Consulta: 16-05-2018]
- Morales, S. (2012). *Calidad de las notas de enfermería en la unidad de cuidados intensivos – Hospital Regional de Moquegua*. [Tesis de Especialidad, Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann].
- Murphy, J. y Burke, L. (1991). *Anotar las excepciones. Una forma más eficaz de hacer los registros*. Doyma.
- Moorhead S., Johnson M., Maas, S. E. & Swason E. (2018). *Clasificación de resultados de enfermería (NOC) medición de resultados en salud*.
- Nightingale, F. (1990). *Notas sobre enfermería: qué es y qué no es*. 1ª ed. Masson.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (1948) *¿Cómo define la OMS la salud?* OMS [cited 2017 Marzo 8. Available from: <http://www.who.int/suggestions/faq/es/>
- Organización Panamericana de la Salud (2021). *Enfermería-OPS/OMS*. <https://www.paho.org/es/temas/enfermeria>
- Osatzen. (2016). ¿Qué aportan los registros informáticos de enfermería? A propósito de Osanaia. *Blog El Salabardo – MBE*. <<http://www.osatzen.com/blog/2016/que-aportan-los-registros-informaticos-de-enfermeria-a-proposito-de-osanaia/>> [Consulta: 03-06-2018]
- Puga, J. (1998). Planes de cuidados con ayuda de un programa informático. *Sociedad Española de Enfermería Nefrológica*, 13(4). Servicio de Nefrología. Juan Canalejo. 7-9.
- Quispe, C. (2013). *Nivel de aplicación del proceso de atención de enfermería y la calidad de las notas de enfermería en centros de salud Microred Metropolitana Tacna*. [Tesis de Licenciatura, Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann] <<http://repositorio.unjbg.edu.pe/bitstream/handle/UNJBG/440/TGo30o.pdf?sequence=1&isAllowed=y>> [Consulta: 05-06-2018]

- Revoredo, J. y Cavalcanti, J. (2014). Una experiencia de implementación del registro médico electrónico en Perú. *Revista Panamericana Salud Pública*, 35 (5/6) 365-370.
- Ribeiro, G., Backes, A. y Marques, C. (2014). Informatización de la sistematización de la asistencia de enfermería: avances en la gestión del cuidado. *Journal of Health Informatics*, 1. Universidad Regional de Blumenau. 77-79.
- Ruiz, F. Alegría, A. (2002). Sistema de información clínica en unidad de cuidados intensivos. *Enfermería Global*, 1. Hospital Virgen Arrixaca. 6-7.
- Sales, R. y Heimar, F. (2013). Prototipo de sistema de documentación en enfermería en el puerperio. *Acta Paul Enfermagem*. Universidad Federal de Alagoas, Maceió. 108-110.
- Sanguino, J. (2013). Registro de enfermería informatizado: desarrollo y conflicto de intereses. *Informática 15 Ediciones Pensando al Futuro. Asociación Venezolana de Informática en Salud* 1(10).
- Schachner, B. et al. (2011). *Implementación de un registro electrónico para enfermería en una unidad de cuidados intensivos del adulto*. Hospital Italiano de Buenos Aires. 1- 4.
- Seibert, K., Domhoff, D., Huter, K., Krick, T., Rothgang, H., Wolf-Ostermann, K. (2020). Application of digital technologies in nursing practice: Results of a mixed methods study on nurses' experiences, needs and perspectives. *Z. Evid. Fortbild. Qual. Gesundh. Wesen (ZEFQ)* 94–106.
- Simian, D. y Martínez-Jalilie, M. (2019). Investigación clínica experience in the development of research health registries. *Rev. Med. Clin. Condes*, 30(1).76–82.
- Smith, D., Morris, A. y Janke, J. (2011). Nursing satisfaction and attitudes with computerized software implementation: a quasi-experimental study. *Comp Inform Nurs*, 2(4).245-250.
- Suárez, M. (2013). Registros de enfermería como evidencia del cuidado. *Ciencia e Innovación en Salud*, 1(2), ISSN. < <http://revistas.unisimon.edu.co/index.php/innovacionsalud/article/download/59/45/>> [Consulta: 04-06-2018]
- Torres, M., Zárate, R. y Matus, R. (2011). Calidad de los registros clínicos de enfermería: Elaboración de un instrumento para su evaluación. *Enfermería Universitaria* 8, (1) < <http://www.revistas.unam.mx/index.php/reu/article/view/25467/24016> > [Consulta: 04-06-2018]
- Valdez, D. (2011). Herramienta de seguridad para el paciente. *Cirujano General*, 3(33). Hospital San Ángel Inn Chapultepec. 147-150.

Vargas, C. y Ruiz, M. (2006). Aspectos legales de las notas de enfermería. *Enfermería en Costa Rica*, 25 (1). ISSN. [www.binasss.sa.cr/revistas/enfermeria/v25n2/3.pdf](http://www.binasss.sa.cr/revistas/enfermeria/v25n2/3.pdf) [Consulta: 04-06-2018]

# **Anexos**



## DIAGNÓSTICOS NANDA/NIC/NOC: HOSPITALIZACIÓN MEDICINA

DIAGNÓSTICO NANDA	NOC	NIC
<p><b>00099) Mantenimiento ineficaz de la salud R/C alteración de la función cognitiva evidenciado por incumplimiento de las orientaciones recibidas</b></p>	<p><b><i>Cognición (0900):</i></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Atiende (090003)</li> <li>• Está orientado (090005)</li> <li>• Procesa la información (090009)</li> <li>• Toma decisiones apropiadas (090011)</li> </ul> <p><b><i>Orientación sobre la salud (1705):</i></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Percibe que la conducta sobre la salud es importante para sí mismo (170508)</li> <li>• Espera que el individuo sea responsable de elegir (170507)</li> </ul>	<p><b><i>Reestructuración cognitiva (4700):</i></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Señalar los estilos de pensamiento disfuncional (pensamiento polarizado, generalización exagerada, magnificación y personalización)</li> <li>• Ayudar al paciente a reconocer la irracionalidad de ciertas creencias comparándolas con la verdadera realidad.</li> </ul> <p><b><i>Potenciación de la disposición de aprendizaje (5540):</i></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Evitar el uso de medicamentos que puedan alterar la percepción del paciente.</li> <li>• Comprobar el nivel de orientación / confusión del paciente.</li> <li>• Establecer un ambiente de aprendizaje lo antes posible en contacto con el paciente.</li> </ul>

DIAGNÓSTICO NANDA	NOC	NIC
<p><b>(00099) Mantenimiento ineficaz de la salud R/C conocimientos insuficientes de salud</b></p>	<p><b><i>Satisfacción del paciente/ usuario: enseñanza (3012):</i></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Consideración del conocimiento antes de la enseñanza (301210)</li> <li>• Explicaciones proporcionadas en términos comprensibles (301219)</li> <li>• Explicación de los cuidados de enfermería (301223)</li> <li>• Explicación de los efectos de las medicaciones terapéuticas (301205)</li> <li>• Discusión de estrategias para mejorar la salud (301215)</li> </ul> <p><b><i>Conducta de cumplimiento (1601):</i></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Acepta el diagnóstico (160104)</li> <li>• Busca información acreditada sobre el tratamiento (160115)</li> <li>• Realiza el régimen terapéutico según lo prescrito (160103)</li> </ul>	<p><b><i>Enseñanza: dieta prescrita (5614):</i></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Evaluar el nivel actual del paciente de los conocimientos acerca de la dieta prescrita.</li> <li>• Indicar al paciente el nombre propio de la dieta prescrita.</li> <li>• Explicar el propósito del seguimiento de la dieta para la salud general.</li> <li>• Informe al paciente sobre los alimentos permitidos y prohibidos.</li> </ul> <p><b><i>Enseñanza: medicamentos prescritos (5616):</i></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Informar al paciente acerca del propósito y acción de cada medicamento.</li> <li>• Instruir al paciente acerca de la posología, vía y duración de los efectos de cada medicamento.</li> <li>• Informar al paciente sobre los signos y síntomas de sobredosificación e infradosificación.</li> </ul> <p><b><i>Facilitar la autorresponsabilidad (4480):</i></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Considerar responsable al paciente de su propia conducta.</li> <li>• Comentar con el paciente el grado de responsabilidad del estado de salud actual.</li> <li>• Observar el nivel de responsabilidad que asume el paciente.</li> <li>• Animar al paciente a que asuma tanta responsabilidad de sus propios autocuidados como sea posible.</li> <li>• Proporcionar una retroalimentación positiva a la aceptación de una responsabilidad adicional y/o un cambio de conducta.</li> </ul>

DIAGNÓSTICO NANDA	NOC	NIC
<p><b>(00099) Mantenimiento ineficaz de la salud R/C desconocimiento sobre la importancia del tratamiento evidenciado por incumplimiento de la medicación</b></p>	<p><b><i>Conducta de cumplimiento (1601):</i></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Acepta el diagnóstico (160104)</li> <li>• Busca información acreditada sobre el tratamiento (160115)</li> <li>• Realiza el régimen terapéutico según lo prescrito (160103)</li> </ul>	<p><b><i>Facilitar la autorresponsabilidad (4480):</i></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Considerar responsable al paciente de su propia conducta.</li> <li>• Comentar con el paciente el grado de responsabilidad del estado de salud actual.</li> <li>• Observar el nivel de responsabilidad que asume el paciente.</li> <li>• Animar al paciente a que asuma tanta responsabilidad de sus propios autocuidados como sea posible.</li> <li>• Proporcionar una retroalimentación positiva a la aceptación de una responsabilidad adicional y/o un cambio de conducta.</li> </ul>

DIAGNÓSTICO NANDA	NOC	NIC
<b>(00027) Déficit de volumen de líquidos R/C diarrea evidenciado por piel y mucosas orales secas</b>	<p><b><i>Hidratación (0602):</i></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Turgencia cutánea (060201)</li> <li>• Membrana mucosas húmedas (060202)</li> <li>• Ingesta de líquidos (060215)</li> <li>• Diuresis (060211)</li> <li>• Globos oculares hundidos (060208)</li> <li>• Disminución de la presión arterial (060212)</li> <li>• Diarrea (060226)</li> </ul> <p><b><i>Eliminación intestinal (0501):</i></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Patrón de eliminación (050101)</li> <li>• Color de las heces (050103)</li> <li>• Heces blandas y formadas (050105)</li> <li>• Diarrea (050111)</li> <li>• Ruidos abdominales (050129)</li> </ul>	<p><b><i>Manejo de líquidos (4120):</i></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pesar a diario y controlar la evolución.</li> <li>• Realizar un registro preciso de entradas y salidas.</li> <li>• Vigilar el estado de hidratación (mucosas húmedas, pulso adecuado y presión arterial ortostática), según sea el caso.</li> <li>• Monitorizar los signos vitales, según corresponda.</li> <li>• Observar si hay indicios de sobrecarga/retención de líquidos (crepitantes, elevación de la PVC o de la presión enclavamiento capilar pulmonar, edema, distensión de venas del cuello y ascitis), según corresponda.</li> <li>• Administrar terapia endovenosa, según prescripción.</li> <li>• Administrar líquidos, según corresponda.</li> <li>• Monitorizar el estado nutricional.</li> <li>• Favorecer la ingesta oral, según corresponda.</li> <li>• Administrar hemoderivados según corresponda.</li> </ul> <p><b><i>Manejo de la diarrea (0460):</i></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Solicitar al paciente/familiares que registren el color, volumen, frecuencia y consistencia de las deposiciones.</li> <li>• Fomentar la realización de comidas en pequeñas cantidades, frecuentes y añadir fibra de forma gradual.</li> <li>• Identificar los factores que puedan contribuir a la existencia de la diarrea.</li> <li>• Observar la turgencia de la piel con regularidad.</li> <li>• Pesar regularmente al paciente.</li> </ul>

DIAGNÓSTICO NANDA	NOC	NIC
<p><b>(00002) Desequilibrio nutricional: inferior a las necesidades corporales R/C deterioro de la deglución secundario a nivel de conciencia evidenciado por bajo peso</b></p>	<p><b><i>Estado de deglución (1010):</i></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mantiene la comida en la boca (101001)</li> <li>• Controla las secreciones orales (101002)</li> <li>• Distribución del bolo alimentario a la hipofaringe en concordancia con el reflejo de deglución (101005)</li> <li>• Acepta la comida (101016)</li> <li>• Incomodidad con la deglución (101017)</li> <li>• Atragantamiento, tos o náuseas (101011)</li> </ul> <p><b><i>Estado nutricional (1004):</i></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ingesta de alimentos. (100402)</li> <li>• Ingesta de líquidos (100408)</li> <li>• Relación peso/talla. (100405)</li> </ul> <p><b><i>Estado nutricional: ingestión alimentaria y de líquidos (1008):</i></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ingestión alimentaria por sonda (100802)</li> <li>• Administración de líquidos con nutrición parenteral total (100805)</li> </ul>	<p><b><i>Terapia de deglución (1860):</i></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Determinar la capacidad del paciente para centrar su atención en el aprendizaje/realización de las tareas de ingesta y deglución.</li> <li>• Ayudar al paciente a sentarse en una posición erguida para la alimentación /ejercicio.</li> <li>• Enseñar al paciente que abra y cierre la boca en preparación para la manipulación de la comida.</li> <li>• Enseñar al paciente a no hablar mientras come.</li> <li>• Observar si hay signos y síntomas de aspiración.</li> <li>• Comprobar la boca para ver si hay restos de comida después de comer.</li> </ul> <p><b><i>Manejo de la nutrición (1100):</i></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Determinar el estado nutricional y su capacidad para satisfacer las necesidades nutricionales.</li> <li>• Identificar las alergias o intolerancias alimentarias del paciente.</li> <li>• Asegurarse de que el paciente utiliza bien las dentaduras postizas.</li> <li>• Monitorizar las tendencias de pérdida e incremento de peso.</li> </ul> <p><b><i>Monitorización nutricional (1160):</i></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitorizar la ingesta calórica y dietética.</li> <li>• Evaluar la deglución.</li> <li>• Identificar anomalías en la cavidad oral.</li> <li>• Evaluar el estado mental.</li> <li>• Identificar las anomalías del sistema musculoesquelético.</li> <li>• Observar la presencia de náuseas y vómitos.</li> </ul> <p><b><i>Alimentación enteral por sonda (1056):</i></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Explicar el procedimiento al paciente.</li> <li>• Insertar una sonda nasogástrica.</li> <li>• Utilizar una técnica higiénica en la administración de este tipo de alimentación.</li> </ul>

DIAGNÓSTICO NANDA	NOC	NIC
<p><b>(00002) Desequilibrio nutricional: inferir a las necesidades corporales R/C nivel de conciencia disminuido secundario a enfermedad evidenciado por peso bajo</b></p>	<p><b><i>Estado nutricional: ingestión alimentaria y de líquidos (1008):</i></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ingestión alimentaria por sonda (100802)</li> <li>• Administración de líquidos con nutrición parenteral total (100805)</li> </ul>	<p><b><i>Alimentación enteral por sonda (1056):</i></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Explicar el procedimiento al paciente.</li> <li>• Insertar una sonda nasogástrica.</li> <li>• Utilizar una técnica higiénica en la administración de este tipo de alimentación.</li> <li>• Antes de cada alimentación intermitente comprobar si hay residuos</li> <li>• Observar si hay presencia de sonidos intestinales cada 4-8 horas.</li> <li>• Consultar con otros miembros del equipo de cuidados acerca de la selección del tipo y concentración de la alimentación enteral.</li> <li>• Al finalizar la alimentación, esperar 30-60 minutos antes de colocar al paciente con la cabeza en posición declive.</li> <li>• Irrigar la sonda cada 4-6 horas durante la alimentación continuada y después de cada alimentación intermitente.</li> <li>• Comprobar la existencia de residuos cada 4-6 horas durante las primeras 24 horas y después de cada 8 horas durante la alimentación continuada.</li> </ul> <p><b><i>Manejo de la nutrición (1100):</i></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Determinar el estado nutricional y su capacidad para satisfacer las necesidades nutricionales.</li> <li>• Identificar las alergias o intolerancias alimentarias del paciente.</li> <li>• Asegurarse de que el paciente utiliza bien las dentaduras postizas.</li> <li>• Monitorizar las tendencias de pérdida e incremento de peso.</li> </ul>

DIAGNÓSTICO NANDA	NOC	NIC
<p><b>(00002) Desequilibrio nutricional: inferir a las necesidades corporales R/C nivel de conciencia disminuido secundario a enfermedad evidenciado por peso bajo</b></p>	<p><b><i>Estado nutricional (1004):</i></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ingesta de alimentos. (100402)</li> <li>• Ingesta de líquidos (100408)</li> <li>• Relación peso/talla. (100405)</li> <li>• Hidratación (100411)</li> </ul> <p><b><i>Estado neurológico (0909):</i></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Conciencia (090901)</li> <li>• Orientación cognitiva (090923)</li> <li>• Capacidad cognitiva (0909024)</li> <li>• Comunicación apropiada a la situación (090907)</li> <li>• Tamaño pupilar (090908)</li> </ul>	<p><b><i>Monitorización nutricional (1160):</i></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitorizar la ingesta calórica y dietética.</li> <li>• Evaluar la deglución.</li> <li>• Identificar anomalías en la cavidad oral.</li> <li>• Evaluar el estado mental.</li> <li>• Identificar las anomalías de la defecación.</li> </ul> <p><b><i>Monitorización neurológica (2620):</i></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Comprobar el tamaño, forma, simetría y capacidad de reacción de las pupilas.</li> <li>• Vigilar el estado de consciencia.</li> <li>• Comprobar el nivel de orientación.</li> <li>• Vigilar las tendencias de la escala de Coma de Glasgow.</li> <li>• Monitorizar los signos vitales: temperatura, presión arterial, pulso y respiraciones.</li> <li>• Explorar el tono muscular, el movimiento motor, la marcha.</li> <li>• Vigilar las características del habla: fluencia, presencia de afasias o dificultad para encontrar palabras.</li> <li>• Notificar al médico los cambios en el estado del paciente.</li> </ul>

DIAGNÓSTICO NANDA	NOC	NIC
<b>(00193) Descuido personal R/C alteración de la función cognitiva evidenciado por desgano y falta de interés en higiene personal</b>	<p><b>Cognición (0900):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Atiende (090003)</li> <li>• Está orientado (090005)</li> <li>• Procesa la información (090009)</li> <li>• Toma decisiones apropiadas (090011)</li> </ul> <p><b>Imagen corporal (1200):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Imagen interna de sí mismo.</li> <li>• Congruencia entre la realidad corporal, ideal corporal e imagen corporal.</li> <li>• Actitud hacia la utilización de estrategias para mejorar el aspecto.</li> <li>• Satisfacción con la función corporal.</li> </ul> <p><b>Nivel de autocuidado (0313):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se baña (031301)</li> <li>• Se viste (031302)</li> <li>• Se alimenta (031304)</li> <li>• Mantiene higiene personal (031305)</li> </ul>	<p><b>Reestructuración cognitiva (4700):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Señalar los estilos de pensamiento disfuncional (pensamiento polarizado, generalización exagerada, magnificación y personalización)</li> <li>• Ayudar al paciente a reconocer la irracionalidad de ciertas creencias comparándolas con la verdadera realidad.</li> </ul> <p><b>Mejora de la imagen corporal (5220):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Determinar las expectativas corporales del paciente, en función del estadio del desarrollo.</li> <li>• Determinar si se ha producido un cambio físico reciente en la imagen corporal del paciente.</li> <li>• Ayudar al paciente a comentar los factores estresantes que afectan a la imagen corporal debidos a estados congénitos, lesiones, enfermedades o cirugías.</li> <li>• Ayudar la paciente a identificar acciones que mejoren su aspecto.</li> </ul> <p><b>Ayuda con el autocuidado (1800):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Comprobar la capacidad del paciente para ejercer un autocuidado independiente.</li> <li>• Proporcionar los objetos personales deseados (desodorante, cepillo de dientes y jabón de baño)</li> <li>• Proporcionar ayuda hasta que el paciente sea totalmente capaz de asumir el autocuidado.</li> </ul>

DIAGNÓSTICO NANDA	NOC	NIC
<b>(00193) Descuido personal R/C deterioro funcional secundario a daño neurológico evidenciado por mal estado de higiene</b>	<p><b><i>Nivel de autocuidado (0313):</i></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se baña (031301)</li> <li>• Se viste (031302)</li> <li>• Se alimenta (031304)</li> <li>• Mantiene higiene personal (031305)</li> </ul> <p><b><i>Estado neurológico (0909):</i></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Conciencia (090901)</li> <li>• Orientación cognitiva (090923)</li> <li>• Capacidad cognitiva (0909024)</li> <li>• Comunicación apropiada a la situación (090907)</li> <li>• Tamaño pupilar (090908)</li> </ul> <p><b><i>Imagen corporal (1200):</i></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Imagen interna de sí mismo.</li> <li>• Congruencia entre la realidad corporal, ideal corporal e imagen corporal.</li> <li>• Actitud hacia la utilización de estrategias para mejorar el aspecto.</li> <li>• Satisfacción con la función corporal.</li> </ul>	<p><b><i>Ayuda con el autocuidado (1800):</i></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Comprobar la capacidad del paciente para ejercer un autocuidado independiente.</li> <li>• Proporcionar los objetos personales deseados (desodorante, cepillo de dientes y jabón de baño)</li> <li>• Proporcionar ayuda hasta que el paciente sea totalmente capaz de asumir el autocuidado.</li> </ul> <p><b><i>Monitorización neurológica (2620):</i></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Comprobar el tamaño, forma, simetría y capacidad de reacción de las pupilas.</li> <li>• Vigilar el estado de consciencia.</li> <li>• Comprobar el nivel de orientación.</li> <li>• Vigilar las tendencias de la escala de Coma de Glasgow.</li> <li>• Monitorizar los signos vitales: temperatura, presión arterial, pulso y respiraciones.</li> <li>• Explorar el tono muscular, el movimiento motor, la marcha.</li> <li>• Vigilar las características del habla: fluencia, presencia de afasias o dificultad para encontrar palabras.</li> <li>• Notificar al médico los cambios en el estado del paciente.</li> </ul> <p><b><i>Mejora de la imagen corporal (5220):</i></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Determinar las expectativas corporales del paciente, en función del estadio del desarrollo.</li> <li>• Determinar si se ha producido un cambio físico reciente en la imagen corporal del paciente.</li> <li>• Ayudar al paciente a comentar los factores estresantes que afectan a la imagen corporal debidos a estados congénitos, lesiones, enfermedades o cirugías.</li> <li>• Ayudar la paciente a identificar acciones que mejoren su aspecto.</li> </ul>

DIAGNÓSTICO NANDA	NOC	NIC
<b>(00146) Ansiedad R/C cambio en el estado de salud y estancia hospitalaria evidenciado por manifestación verbal</b>	<p><b><i>Nivel de ansiedad (1211):</i></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Impaciencia (121102)</li> <li>• Tensión muscular (121106)</li> <li>• Irritabilidad (121108)</li> <li>• Ansiedad verbalizada (121117)</li> <li>• Preocupación exagerada por procesos vitales (122218)</li> <li>• Trastorno del sueño (121129)</li> </ul> <p><b><i>Autocontrol de la ansiedad (1402):</i></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Disminuye los estímulos ambientales cuando está ansioso (140203)</li> <li>• Busca información para reducir la ansiedad (140204)</li> <li>• Mantiene la concentración (140212)</li> <li>• Controla la respuesta de ansiedad (140217)</li> </ul> <p><b><i>Aceptación: estado de salud (1300):</i></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Reconoce la realidad de la situación de salud (130008)</li> <li>• Expresa autoestima positiva (130020)</li> <li>• Se adapta al cambio en el estado de salud (130017)</li> <li>• Afrontamiento de la situación de salud (130010)</li> </ul>	<p><b><i>Disminución de la ansiedad (5820):</i></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Utilizar un enfoque sereno que dé seguridad.</li> <li>• Explicar todos los procedimientos, incluidas las posibles sensaciones que se han de experimentar durante el procedimiento.</li> <li>• Animar a la familia a permanecer con su paciente.</li> <li>• Administrar masajes en la espalda /cuello.</li> <li>• Animar la manifestación de sentimientos, percepciones y miedos.</li> <li>• Identificar los cambios en el nivel de ansiedad.</li> <li>• Ayudar la paciente a identificar las situaciones que precipitan la ansiedad.</li> <li>• Instruir al paciente sobre el uso de técnicas de relajación.</li> <li>• Administrar medicamentos que reduzcan la ansiedad, según corresponda.</li> </ul> <p><b><i>Apoyo emocional (5270):</i></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Explorar con el paciente qué ha desencadenado las emociones.</li> <li>• Escuchar las expresiones de sentimientos y creencias.</li> <li>• Facilitar la identificación por parte del paciente del patrón habitual de afrontamiento de los temores.</li> <li>• Permanecer con el paciente y proporcionar sentimientos de seguridad durante los periodos de más ansiedad.</li> </ul> <p><b><i>Mejorar el afrontamiento (5230):</i></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ayudar al paciente a resolver los problemas de forma constructiva.</li> <li>• Valorar la comprensión del paciente del proceso de enfermedad.</li> <li>• Proporcionar información objetiva respecto del diagnóstico, tratamiento y pronóstico.</li> </ul>

DIAGNÓSTICO NANDA	NOC	NIC
<b>(00146) Ansiedad R/C abuso de sustancias e ideas de fuga evidenciado por síntomas de abstinencia, deseos de marcharse</b>	<p><b>Nivel de ansiedad (1211):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Impaciencia (121102)</li> <li>• Tensión muscular (121106)</li> <li>• Irritabilidad (121108)</li> <li>• Ansiedad verbalizada (121117)</li> <li>• Preocupación exagerada por procesos vitales (122218)</li> <li>• Trastorno del sueño (121129)</li> </ul> <p><b>Riesgo de tendencia a las fugas (1920):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Deambula (vaga) (192001)</li> <li>• Parece agitado (192002)</li> <li>• Parece asustado (192010)</li> <li>• Amenaza con marcharse (192014)</li> </ul> <p><b>Severidad de la retirada de sustancias (2108):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ansia compulsiva de sustancias (210802)</li> <li>• Arrebatos emocionales (210805)</li> <li>• Dificultad para dormir (210831)</li> <li>• Irritabilidad (210803)</li> <li>• Alucinaciones (210832)</li> </ul>	<p><b>Disminución de la ansiedad (5820):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Utilizar un enfoque sereno que dé seguridad.</li> <li>• Explicar todos los procedimientos, incluidas las posibles sensaciones que se han de experimentar durante el procedimiento.</li> <li>• Animar a la familia a permanecer con su paciente.</li> <li>• Animar la manifestación de sentimientos, percepciones y miedos.</li> <li>• Identificar los cambios en el nivel de ansiedad.</li> <li>• Ayudar la paciente a identificar las situaciones que precipitan la ansiedad.</li> <li>• Instruir al paciente sobre el uso de técnicas de relajación.</li> <li>• Administrar medicamentos que reduzcan la ansiedad, según corresponda.</li> </ul> <p><b>Precauciones contra fugas (6470):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Observar al paciente por si hubiera indicios de fuga potencial.</li> <li>• Comunicar el riesgo a los demás cuidadores.</li> <li>• Familiarizar al paciente con el ambiente y la rutina para disminuir la ansiedad.</li> </ul> <p><b>Tratamiento por el consumo de sustancias nocivas: retirada de alcohol (4512):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitorizar los signos vitales durante el proceso de desintoxicación.</li> <li>• Monitorizar la aparición de delirium tremens.</li> <li>• Administrar anticomiciales o sedantes, según corresponda.</li> <li>• Mediar para aliviar las molestias físicas, si es necesario.</li> <li>• Enfocar la conducta abusiva del paciente de una forma neutral.</li> <li>• Proporcionar tranquilidad verbal, según corresponda.</li> <li>• Proporcionar orientación sobre la calidad, cuando se precise.</li> <li>• Tranquilizar al paciente alegando que es común que la depresión y la fatiga se produzcan durante la retirada del alcohol.</li> </ul>

DIAGNÓSTICO NANDA	NOC	NIC
<b>(00206) Riesgo de sangrado</b> <b>R/C alteración en la</b> <b>coagulación (perfil</b> <b>hematológico anormal)</b>	<b><i>Coagulación sanguínea (0409):</i></b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hemoglobina (040913)</li> <li>• Concentración de plaquetas (040908)</li> <li>• Sangrado (040902)</li> <li>• Hematomas (040903)</li> <li>• Equimosis (040916)</li> <li>• Hematuria (040918)</li> <li>• Melenas (040919)</li> <li>• Hematemesis (040921)</li> </ul>	<b><i>Prevención de hemorragias (4010):</i></b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vigilar de cerca al paciente por si se producen hemorragias.</li> <li>• Anotar los niveles de hemoglobina antes y después de la pérdida de sangre.</li> <li>• Controlar los signos vitales.</li> <li>• Mantener reposo en cama durante la hemorragia activa.</li> <li>• Administrar hemoderivados.</li> <li>• Evitar inyecciones i.v, i.m o subcutánea.</li> <li>• Evitar procedimientos invasivos; si fueran necesarios, vigilar de cerca por si se produce una hemorragia.</li> <li>• Coordinar la sincronización de los procedimientos invasivos con las transfusiones de plaquetas o plasma fresco congelado, según corresponda.</li> </ul>

DIAGNÓSTICO NANDA	NOC	NIC
<b>(00206) Riesgo de sangrado R/C afección gastrointestinal</b>	<b><i>Función gastrointestinal (1015):</i></b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Color de las deposiciones (101504)</li> <li>• Hematocrito (101528)</li> <li>• Sangre en heces (101520)</li> <li>• Hematemesis (101534)</li> <li>• Pérdida de peso (101537)</li> <li>• Hemorragia digestiva (101538)</li> </ul>	<b><i>Disminución de la hemorragias: digestiva (4022):</i></b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mantener la vía aérea permeable, si es necesario.</li> <li>• Monitorizar los factores determinantes del aporte tisular de oxígeno (niveles de PaO<sub>2</sub>, SaO<sub>2</sub>, hemoglobina y gasto cardiaco), si se dispusiera de ellos.</li> <li>• Monitorizar si hay signos y síntomas de hemorragia persistente (comprobar todas las secreciones para si hay sangre franca u oculta).</li> <li>• Vigilar los signos de shock hipovolémico (descenso de la presión arterial, pulso rápido y filiforme, frecuencia respiratoria aumentada, diaforesis, inquietud, piel fría y sudorosa).</li> <li>• Medir el perímetro abdominal, según corresponda.</li> <li>• Registrar el color, cantidad y características de las heces.</li> <li>• Monitorizar los estudios de coagulación y el hemograma completo con recuento leucocitario y fórmula.</li> <li>• Insertar una sonda nasogástrica para aspirar y monitorizar las secreciones, si fuera necesario.</li> <li>• Instruir al paciente y/o familia sobre la necesidad de transfusión de sangre, si es necesario.</li> </ul>

DIAGNÓSTICO NANDA	NOC	NIC
<p><b>(00043) Protección ineficaz R/C trastorno inmunitario evidenciado por fiebre</b></p>	<p><b><i>Control de riesgo: proceso infeccioso (1924):</i></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Identifica los factores de riesgo de infección (192425)</li> <li>• Identifica signos y síntomas de infección (192405)</li> <li>• Utiliza precauciones universales (192414)</li> </ul>	<p><b><i>Control de infecciones (6540):</i></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cambiar el equipo de cuidados del paciente según el protocolo del centro.</li> <li>• Aislar a las personas expuestas a enfermedades transmisibles.</li> <li>• Aplicar las precauciones de aislamiento designadas que sean apropiadas.</li> <li>• Limitar el número de visitas.</li> <li>• Instruir al paciente acerca de las técnicas correctas de lavado de manos.</li> <li>• Ordenar a las visitas que se laven las manos al entrar y salir de la habitación del paciente.</li> <li>• Poner en práctica precauciones universales.</li> <li>• Garantizar una manipulación aséptica de todas las vías i.v</li> <li>• Cambiar los sitios de las vías i.v periférica y central y los vendajes.</li> <li>• Utilizar un sondaje intermitente para reducir la incidencia de infección urinaria.</li> <li>• Enseñar al paciente y a la familia a evitar infecciones.</li> </ul>

DIAGNÓSTICO NANDA	NOC	NIC
<b>(00004) Riesgo de infección R/C efectos colaterales en procedimientos invasivos</b>	<p><b><i>Control de riesgo: proceso infeccioso (1924):</i></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Identifica los factores de riesgo de infección (192425)</li> <li>• Identifica signos y síntomas de infección (192405)</li> <li>• Utiliza precauciones universales (192414)</li> <li>• Mantiene un entorno limpio (192411)</li> </ul>	<p><b><i>Control de infecciones (6540):</i></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Instruir al paciente acerca de las técnicas correctas de lavado de manos.</li> <li>• Cambiar el equipo de cuidados del paciente según protocolo del centro.</li> <li>• Ordenar a las visitas que se laven las manos al entrar y salir de la habitación del paciente.</li> <li>• Poner en práctica precauciones universales.</li> <li>• Usar guantes estériles, según corresponda.</li> <li>• Cambiar los sitios de las vías iv periférica y central de acuerdo con las directrices actuales de los CDC.</li> <li>• Utilizar un sondaje intermitente para reducir la incidencia de infección de la vejiga.</li> <li>• Garantizar una manipulación aséptica de todas la vías i.v</li> <li>• Fomentar una ingesta nutricional adecuada.</li> <li>• Enseñar al paciente y a la familia a evitar infecciones.</li> </ul>

DIAGNÓSTICO NANDA	NOC	NIC
<p><b>(00004) Riesgo de infección R/C alteración de la integridad de la piel secundario factores inmunológicos</b></p>	<p><b><i>Control de riesgo: proceso infeccioso (1924):</i></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Identifica los factores de riesgo de infección (192425)</li> <li>• Identifica signos y síntomas de infección (192405)</li> <li>• Utiliza precauciones universales (192414)</li> </ul> <p><b><i>Integridad tisular: piel y mucosas (1101):</i></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Temperatura de la piel (110101)</li> <li>• Hidratación (110104)</li> <li>• Integridad de la piel (110113)</li> <li>• Lesiones cutáneas (110115)</li> <li>• Eritema (110121)</li> <li>• Necrosis (110123)</li> </ul>	<p><b><i>Control de infecciones (6540):</i></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cambiar el equipo de cuidados del paciente según el protocolo del centro.</li> <li>• Aislar a las personas expuestas a enfermedades transmisibles.</li> <li>• Aplicar las precauciones de aislamiento designadas que sean apropiadas.</li> <li>• Limitar el número de visitas.</li> <li>• Instruir al paciente acerca de las técnicas correctas de lavado de manos.</li> <li>• Ordenar a las visitas que se laven las manos al entrar y salir de la habitación del paciente.</li> <li>• Poner en práctica precauciones universales.</li> <li>• Limpiar la piel del paciente con un agente antibacteriano apropiado.</li> <li>• Fomentar una ingesta nutricional adecuada.</li> <li>• Asegurar una técnica de cuidados de heridas.</li> <li>• Enseñar al paciente y a la familia a evitar infecciones.</li> </ul> <p><b><i>Cuidados de las heridas (3660):</i></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitorizar las características de la herida, incluyendo drenaje, color, tamaño y olor.</li> <li>• Limpiar con solución salina fisiológica o un limpiador no tóxico.</li> <li>• Cambiar el apósito según la cantidad de exudado y drenaje.</li> <li>• Cambiar de posición al paciente como mínimo cada 2 horas.</li> <li>• Colocar mecanismos de alivio de presión.</li> </ul>

DIAGNÓSTICO NANDA	NOC	NIC
<b>(00016) Deterioro de la eliminación urinaria R/C alteración de la función renal secundario a obstrucción anatómica evidenciado por oliguria</b>	<b><i>Eliminación urinaria (0503):</i></b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Patrón de eliminación (050301)</li> <li>• Cantidad de orina (050303)</li> <li>• Ingesta de líquidos (050307)</li> <li>• Dolor al orinar (050309)</li> <li>• Retención urinaria (050332)</li> <li>• Nicturia (050333)</li> <li>• Incontinencia urinaria (050312)</li> </ul>	<b><i>Manejo de la eliminación urinaria (0590):</i></b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitorizar la eliminación urinaria: frecuencia, consistencia, olor, volumen y color.</li> <li>• Observar si hay signos de retención urinaria.</li> <li>• Anotar la hora de la última eliminación urinaria.</li> <li>• Enseñar al paciente a responder inmediatamente a la urgencia de orinar.</li> <li>• Identificar los factores que contribuyan a episodios de incontinencia.</li> </ul>

DIAGNÓSTICO NANDA	NOC	NIC
<b>(00016) Deterioro de la eliminación urinaria R/C proceso infeccioso en el tracto urinario</b>	<p><b><i>Eliminación urinaria (0503):</i></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Patrón de eliminación (050301)</li> <li>• Cantidad de orina (050303)</li> <li>• Ingesta de líquidos (050307)</li> <li>• Dolor al orinar (050309)</li> <li>• Retención urinaria 8050332)</li> <li>• Nicturia (050333)</li> </ul>	<p><b><i>Manejo de la eliminación urinaria (0590):</i></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitorizar la eliminación urinaria: frecuencia, consistencia, olor, volumen y color.</li> <li>• Observar si hay signos de retención urinaria.</li> <li>• Anotar la hora de la última eliminación urinaria.</li> <li>• Enseñar al paciente a responder inmediatamente a la urgencia de orinar.</li> </ul>
	<p><b><i>Severidad de la infección (0703):</i></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fiebre (070307)</li> <li>• Dolor (070333)</li> <li>• Linfadenopatías (070310)</li> <li>• Supuración fétida (070303)</li> <li>• Aumento de leucocitos (070326)</li> <li>• Piuria (070306)</li> <li>• Colonización del urocultivo (070324)</li> </ul>	<p><b><i>Control de infecciones (6540):</i></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cambiar el equipo de cuidados del paciente según el protocolo del centro.</li> <li>• Instruir al paciente acerca de las técnicas correctas de lavado de manos.</li> <li>• Ordenar a las visitas que se laven las manos al entrar y salir de la habitación del paciente.</li> <li>• Poner en práctica precauciones universales.</li> <li>• Utilizar un sondaje intermitente para reducir la incidencia de infección de la vejiga.</li> <li>• Enseñar al paciente y a la familia a evitar infecciones.</li> </ul>

DIAGNÓSTICO NANDA	NOC	NIC
<b>(00249) Riesgo de úlcera por presión R/C inmovilidad prolongada y alteración en la nutrición</b>	<p><b><i>Integridad tisular: piel y membranas mucosas (1101):</i></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Temperatura de la piel (110101)</li> <li>• Hidratación (110104)</li> <li>• Perfusión tisular (110111)</li> <li>• Integridad de la piel (110113)</li> <li>• Lesiones cutáneas (110115)</li> <li>• Eritema (110121)</li> <li>• Necrosis (110123)</li> </ul> <p><b><i>Estado nutricional (1004):</i></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ingesta de alimentos. (100402)</li> <li>• Ingesta de líquidos (100408)</li> <li>• Relación peso/talla. (100405)</li> </ul>	<p><b><i>Prevención de úlceras por presión (3540):</i></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Utilizar una herramienta de valoración de riesgo establecida para valorar los factores de riesgo del individuo (escala de Braden).</li> <li>• Documentar cualquier episodio anterior de formación de úlceras por presión.</li> <li>• Registrar el estado de la piel durante el ingreso y luego a diario.</li> <li>• Vigilar estrechamente cualquier zona enrojecida.</li> <li>• Aplicar barreras de protección como cremas o compresas absorbentes.</li> <li>• Hacer cambios posturales cada 1 – 2 horas.</li> <li>• Inspeccionar la piel de las prominencias óseas y demás puntos de presión al cambiar de posición al menos una vez al día.</li> <li>• Aplicar protectores para los codos y los talones.</li> <li>• Humedecerla piel seca intacta.</li> </ul> <p><b><i>Manejo de la nutrición (1100):</i></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Determinar el estado nutricional y su capacidad para satisfacer las necesidades nutricionales.</li> <li>• Identificar las alergias o intolerancias alimentarias del paciente.</li> <li>• Asegurarse de que el paciente utiliza bien las dentaduras postizas.</li> <li>• Monitorizar las tendencias de pérdida e incremento de peso.</li> </ul>

DIAGNÓSTICO NANDA	NOC	NIC
<p><b>(00249) Riesgo de úlcera por presión R/C alteración de la irrigación cutánea secundario a inmovilización</b></p>	<p><b><i>Integridad tisular: piel y membranas mucosas (1101):</i></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Temperatura de la piel (110101)</li> <li>• Hidratación (110104)</li> <li>• Perfusión tisular (110111)</li> <li>• Integridad de la piel (110113)</li> <li>• Lesiones cutáneas (110115)</li> <li>• Eritema (110121)</li> </ul> <p><b><i>Estado neurológico (0909):</i></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Conciencia (090901)</li> <li>• Capacidad cognitiva (0909024)</li> <li>• Comunicación apropiada a la situación (090907)</li> </ul>	<p><b><i>Prevención de úlceras por presión (3540):</i></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Utilizar una herramienta de valoración de riesgo establecida para valorar los factores de riesgo del individuo (escala de Braden).</li> <li>• Documentar cualquier episodio anterior de formación de úlceras por presión.</li> <li>• Documentar el peso y los cambios de peso.</li> <li>• Registrar el estado de la piel durante el ingreso y luego a diario.</li> <li>• Vigilar estrechamente cualquier zona enrojecida.</li> <li>• Aplicar barreras de protección como cremas o compresas absorbentes.</li> <li>• Hacer cambios posturales cada 1 – 2 horas.</li> <li>• Inspeccionar la piel de las prominencias óseas y demás puntos de presión al cambiar de posición al menos una vez al día.</li> <li>• Aplicar protectores para los codos y los talones.</li> <li>• Humedecerla piel seca intacta.</li> <li>• Asegurar una nutrición adecuada, especialmente proteínas, vitaminas B y C, hierro y calorías por medio de suplementos.</li> </ul> <p><b><i>Monitorización neurológica (2620):</i></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vigilar el estado de consciencia.</li> <li>• Comprobar el nivel de orientación.</li> <li>• Explorar el tono muscular, el movimiento motor, la marcha.</li> </ul>

DIAGNÓSTICO NANDA	NOC	NIC
<p><b>(0046) Deterioro de la integridad cutánea R/C inmovilidad prolongada evidenciado por escaras en zona sacra</b></p>	<p><b><i>Integridad tisular: piel y membranas mucosas (1101):</i></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Temperatura de la piel (110101)</li> <li>• Hidratación (110104)</li> <li>• Perfusión tisular (110111)</li> <li>• Integridad de la piel (110113)</li> <li>• Lesiones cutáneas (110115)</li> <li>• Eritema (110121)</li> </ul>	<p><b><i>Cuidados de las heridas (3660):</i></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitorizar las características de la herida, incluyendo drenaje, color, tamaño y olor.</li> <li>• Limpiar con solución salina fisiológica.</li> <li>• Administrar cuidados del sitio de incisión.</li> <li>• Administrar cuidados de la úlcera cutánea.</li> <li>• Aplicar una crema adecuada en la piel/lesión.</li> <li>• Cambiar el apósito según la cantidad de exudado y drenaje.</li> <li>• Inspeccionar la herida cada vez que se realice el cambio de vendaje.</li> <li>• Cambiar de posición al paciente como mínimo cada 2 horas.</li> </ul>

DIAGNÓSTICO NANDA	NOC	NIC
<p><b>(0046) Deterioro de la integridad cutánea R/C alteración de la sensibilidad evidenciado por pigmentación anormal</b></p>	<p><b><i>Integridad tisular: piel y membranas mucosas (1101):</i></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Temperatura de la piel (110101)</li> <li>• Sensibilidad (110102)</li> <li>• Hidratación (110104)</li> <li>• Perfusión tisular (110111)</li> <li>• Integridad de la piel (110113)</li> <li>• Lesiones cutáneas (110115)</li> <li>• Eritema (110121)</li> <li>• Pigmentación anormal (110105)</li> </ul>	<p><b><i>Cuidados de las heridas (3660):</i></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitorizar las características de la herida, incluyendo drenaje, color, tamaño y olor.</li> <li>• Limpiar con solución salina fisiológica.</li> <li>• Administrar cuidados del sitio de incisión.</li> <li>• Administrar cuidados de la úlcera cutánea.</li> <li>• Aplicar una crema adecuada en la piel/lesión.</li> <li>• Cambiar el apósito según la cantidad de exudado y drenaje.</li> <li>• Inspeccionar la herida cada vez que se realice el cambio de vendaje.</li> <li>• Cambiar de posición al paciente como mínimo cada 2 horas.</li> </ul> <p><b><i>Vigilancia de la piel (3590):</i></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Observar si hay enrojecimiento, calor extremo, edema o drenaje en la piel y mucosas.</li> <li>• Vigilar el color y la temperatura de la piel.</li> <li>• Observar si hay zonas de decoloración, hematomas y pérdida de la integridad en la piel y mucosas.</li> </ul>

DIAGNÓSTICO NANDA	NOC	NIC
<p><b>(00179) Riesgo de nivel de glucemia inestable R/C alteración metabólica secundario a diabetes</b></p>	<p><b><i>Nivel de glucemia (2300):</i></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Concentración sanguínea de glucosa (230001)</li> <li>• Hemoglobina glucosilada (230004)</li> </ul> <p><b><i>Autocontrol: diabetes (1619):</i></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Realiza el régimen según lo prescrito (161909)</li> <li>• Controla la glucemia (161911)</li> <li>• Informa de síntomas de complicaciones (161915)</li> <li>• Sigue la dieta recomendada (161920)</li> <li>• Mantiene el peso óptimo (161924).</li> </ul>	<p><b><i>Manejo de la hiperglucemia (2120):</i></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vigilar la glucemia.</li> <li>• Observar si hay signos y síntomas de hiperglucemia: poliuria, polidipsia. Polifagia, debilidad, malestar, letargo, visión borrosa o cefalea.</li> <li>• Administrar insulina según prescripción.</li> <li>• Administrar líquidos i.v., si es preciso.</li> </ul> <p><b><i>Manejo de la hipoglicemia (2130):</i></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitorizar la presencia de signos y síntomas de hipoglucemia (temblores, diaforesis, nerviosismo, ansiedad, irritabilidad, impaciencia, taquicardia, palpitaciones, escalofríos, aturdimiento, palidez, hambre, náuseas, cefalea, fatiga, somnolencia, debilidad, calor, mareo, visión borrosa, confusión, habla dificultosa, crisis comiciales.</li> <li>• Administrar glucosa i.v, si está indicado.</li> </ul> <p><b><i>Enseñanza: dieta prescrita (5614):</i></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Evaluar el nivel actual del paciente de los conocimientos acerca de la dieta prescrita.</li> <li>• Explicar el propósito del seguimiento de la dieta para la salud general.</li> <li>• Informe al paciente sobre los alimentos permitidos y prohibidos.</li> </ul> <p><b><i>Manejo de la medicación (2380):</i></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Comprobar la capacidad del paciente para automedicarse, según corresponda.</li> <li>• Controlar el cumplimiento del régimen de medicación.</li> <li>• Determinar el conocimiento del paciente sobre la medicación.</li> </ul>

DIAGNÓSTICO NANDA	NOC	NIC
<b>(00179) Riesgo de nivel de glucemia inestable R/C incumplimiento de dieta y medicación</b>	<p><b>Nivel de glucemia (2300):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Concentración sanguínea de glucosa (230001)</li> <li>• Hemoglobina glucosilada (230004)</li> </ul> <p><b>Autocontrol: diabetes (1619):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Realiza el régimen según lo prescrito (161909)</li> <li>• Controla la glucemia (161911)</li> <li>• Informa de síntomas de complicaciones (161915)</li> <li>• Sigue la dieta recomendada (161920)</li> <li>• Mantiene el peso óptimo (161924).</li> </ul>	<p><b>Manejo de la hiperglucemia (2120):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vigilar la glucemia.</li> <li>• Observar si hay signos y síntomas de hiperglucemia: poliuria, polidipsia. Polifagia, debilidad, malestar, letargo, visión borrosa o cefalea.</li> <li>• Administrar insulina según prescripción.</li> <li>• Administrar líquidos i.v., si es preciso.</li> </ul> <p><b>Manejo de la hipoglucemia (2130):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitorizar la presencia de signos y síntomas de hipoglucemia (temblores, diaforesis, nerviosismo, ansiedad, irritabilidad, impaciencia, taquicardia, palpitaciones, escalofríos, aturdimiento, palidez, hambre, náuseas, cefalea, fatiga, somnolencia, debilidad, calor, mareo, visión borrosa, confusión, habla dificultosa, crisis comiciales.</li> <li>• Administrar glucosa i.v, si está indicado.</li> </ul> <p><b>Enseñanza: dieta prescrita (5614):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Evaluar el nivel actual del paciente de los conocimientos acerca de la dieta prescrita.</li> <li>• Explicar el propósito del seguimiento de la dieta para la salud general.</li> <li>• Informe al paciente sobre los alimentos permitidos y prohibidos.</li> </ul> <p><b>Manejo de la medicación (2380):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Comprobar la capacidad del paciente para automedicarse, según corresponda.</li> <li>• Controlar el cumplimiento del régimen de medicación.</li> <li>• Determinar el conocimiento del paciente sobre la medicación.</li> </ul>

DIAGNÓSTICO NANDA	NOC	NIC
<p><b>(00179) Riesgo de nivel de glucemia inestable R/C alteración metabólica</b></p>	<p><b><i>Nivel de glucemia (2300):</i></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Concentración sanguínea de glucosa (230001)</li> <li>• Hemoglobina glucosilada (230004)</li> </ul> <p><b><i>Autocontrol: diabetes (1619):</i></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Realiza el régimen según lo prescrito (161909)</li> <li>• Controla la glucemia (161911)</li> <li>• Informa de síntomas de complicaciones (161915)</li> <li>• Sigue la dieta recomendada (161920)</li> <li>• Mantiene el peso óptimo (161924).</li> </ul>	<p><b><i>Manejo de la hiperglucemia (2120):</i></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vigilar la glucemia.</li> <li>• Observar si hay signos y síntomas de hiperglucemia: poliuria, polidipsia. Polifagia, debilidad, malestar, letargo, visión borrosa o cefalea.</li> <li>• Administrar insulina según prescripción.</li> <li>• Administrar líquidos i.v., si es preciso.</li> </ul> <p><b><i>Manejo de la hipoglicemia (2130):</i></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitorizar la presencia de signos y síntomas de hipoglucemia (temblores, diaforesis, nerviosismo, ansiedad, irritabilidad, impaciencia, taquicardia, palpitaciones, escalofríos, aturdimiento, palidez, hambre, náuseas, cefalea, fatiga, somnolencia, debilidad, calor, mareo, visión borrosa, confusión, habla dificultosa, crisis comiciales.</li> <li>• Administrar glucosa i.v, si está indicado.</li> </ul> <p><b><i>Enseñanza: dieta prescrita (5614):</i></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Evaluar el nivel actual del paciente de los conocimientos acerca de la dieta prescrita.</li> <li>• Explicar el propósito del seguimiento de la dieta para la salud general.</li> <li>• Informe al paciente sobre los alimentos permitidos y prohibidos.</li> </ul> <p><b><i>Manejo de la medicación (2380):</i></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Comprobar la capacidad del paciente para automedicarse, según corresponda.</li> <li>• Controlar el cumplimiento del régimen de medicación.</li> <li>• Determinar el conocimiento del paciente sobre la medicación.</li> </ul>

DIAGNÓSTICO NANDA	NOC	NIC
<p><b>(00029) Disminución del gasto cardíaco R/C deterioro de la función cardiovascular secundario a insuficiencia coronaria evidenciado por arritmias , taquicardia y presión arterial de 190/ 110</b></p>	<p><b><i>Estado cardiopulmonar (0414):</i></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Presión arterial sistólica (041401)</li> <li>• Presión arterial diastólica (041402)</li> <li>• Ritmo cardíaco (041405)</li> <li>• Frecuencia respiratoria (041406)</li> <li>• Eliminación urinaria (041410)</li> <li>• Cianosis (041417)</li> <li>• Edema periférico (041422)</li> <li>• Fatiga (041426)</li> <li>• Diaforesis (041431)</li> </ul>	<p><b><i>Cuidados cardíacos (4040):</i></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitorizar los signos vitales con frecuencia.</li> <li>• Monitorizar el estado cardiovascular.</li> <li>• Observar los signos y síntomas de disminución del gasto cardíaco.</li> <li>• Monitorizar el estado respiratorio por si aparecen síntomas de insuficiencia cardíaca.</li> <li>• Monitorizar el equilibrio hídrico.</li> <li>• Evaluar las alteraciones de la presión arterial.</li> <li>• Monitorizar la aparición de disnea, fatiga, taquipnea y ortopnea.</li> <li>• Fomentar técnicas eficaces de reducción del estrés.</li> <li>• Instruir al paciente sobre la relevancia de notificar de inmediato cualquier molestia torácica.</li> </ul>

DIAGNÓSTICO NANDA	NOC	NIC
<b>(00029) Disminución del gasto cardíaco R/C alteración de la poscarga evidenciado por alteración de la presión arterial 180/100mmHg</b>	<b><i>Estado cardiopulmonar (0414):</i></b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Presión arterial sistólica (041401)</li> <li>• Presión arterial diastólica (041402)</li> <li>• Ritmo cardíaco (041405)</li> <li>• Frecuencia respiratoria (041406)</li> <li>• Eliminación urinaria (041410)</li> <li>• Cianosis (041417)</li> <li>• Edema periférico (041422)</li> <li>• Fatiga (041426)</li> <li>• Diaforesis (041431)</li> </ul>	<b><i>Cuidados cardíacos (4040):</i></b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitorizar los signos vitales con frecuencia.</li> <li>• Monitorizar el estado cardiovascular.</li> <li>• Observar los signos y síntomas de disminución del gasto cardíaco.</li> <li>• Monitorizar el estado respiratorio por si aparecen síntomas de insuficiencia cardíaca.</li> <li>• Monitorizar el equilibrio hídrico.</li> <li>• Evaluar las alteraciones de la presión arterial.</li> <li>• Monitorizar la aparición de disnea, fatiga, taquipnea y ortopnea.</li> <li>• Fomentar técnicas eficaces de reducción del estrés.</li> <li>• Instruir al paciente sobre la relevancia de notificar de inmediato cualquier molestia torácica.</li> </ul>

DIAGNÓSTICO NANDA	NOC	NIC
<b>(00029) Disminución del gasto cardíaco R/C alteración cardiovascular evidenciado por arritmia, palpitaciones</b>	<p><b><i>Estado cardiopulmonar (0414):</i></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Presión arterial sistólica (041401)</li> <li>• Presión arterial diastólica (041402)</li> <li>• Ritmo cardíaco (041405)</li> <li>• Frecuencia respiratoria (041406)</li> <li>• Eliminación urinaria (041410)</li> <li>• Cianosis (041417)</li> <li>• Edema periférico (041422)</li> <li>• Fatiga (041426)</li> <li>• Diaforesis (041431)</li> </ul>	<p><b><i>Cuidados cardíacos (4040):</i></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitorizar los signos vitales con frecuencia.</li> <li>• Monitorizar el estado cardiovascular.</li> <li>• Observar los signos y síntomas de disminución del gasto cardíaco.</li> <li>• Monitorizar el estado respiratorio por si aparecen síntomas de insuficiencia cardíaca.</li> <li>• Monitorizar el equilibrio hídrico.</li> <li>• Evaluar las alteraciones de la presión arterial.</li> <li>• Monitorizar la aparición de disnea, fatiga, taquipnea y ortopnea.</li> <li>• Fomentar técnicas eficaces de reducción del estrés.</li> <li>• Instruir al paciente sobre la relevancia de notificar de inmediato cualquier molestia torácica.</li> </ul>

DIAGNÓSTICO NANDA	NOC	NIC
<b>(00178) Riesgo de deterioro de la función hepática R/C abuso de sustancias alcohólicas</b>	<p><b>Control de riesgo (1902):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Identifica los factores de riesgo (190220)</li> <li>• Desarrolla estrategias de control del riesgo efectivas (190204)</li> <li>• Modifica el estilo de vida para reducir el riesgo (190208)</li> </ul> <p><b>Severidad de la retirada de sustancias (2108):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ansia compulsiva de sustancias (210802)</li> <li>• Arrebatos emocionales (210805)</li> <li>• Dificultad para dormir (210831)</li> <li>• Irritabilidad (210803)</li> <li>• Alucinaciones (210832)</li> </ul>	<p><b>Control de infecciones (6540):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aislar a las personas expuestas a enfermedades transmisibles.</li> <li>• Instruir al paciente acerca de las técnicas correctas de lavado de manos.</li> <li>• Poner en práctica precauciones universales.</li> <li>• Garantizar una manipulación aséptica de todas las vías i.v</li> <li>• Fomentar una ingesta nutricional adecuada.</li> <li>• Identificación de riesgos.</li> </ul> <p><b>Tratamiento por el consumo de sustancias nocivas: retirada del alcohol (4512):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitorizar los signos vitales durante el proceso de desintoxicación.</li> <li>• Mantener una ingesta nutritiva y de líquidos adecuada.</li> <li>• Monitorizar la aparición de delirium tremens.</li> </ul>

DIAGNÓSTICO NANDA	NOC	NIC
<b>(00178) Riesgo de deterioro de la función hepática R/C efectos colaterales de fármacos</b>	<p><b><i>Función hepática (0803):</i></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Apetito (0803)</li> <li>• Color de las heces (080302)</li> <li>• Tiempo de protrombina prolongado (080308)</li> <li>• Ictericia (080315)</li> <li>• Petequias (080318)</li> <li>• Ascitis (080322)</li> <li>• Dolor abdominal (080326)</li> </ul> <p><b><i>Respuesta de la medicación (2301):</i></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Reacción alérgica (230105)</li> <li>• Interacción medicamentosa (230107)</li> <li>• Intolerancia farmacológica (230108)</li> </ul>	<p><b><i>Manejo de la medicación (2380):</i></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitorizar la eficacia de la modalidad de administración de la medicación.</li> <li>• Observar los efectos terapéuticos de la medicación en el paciente.</li> <li>• Observar si hay signos y síntomas de toxicidad de la medicación.</li> <li>• Observar si se producen efectos adversos derivados de los fármacos.</li> <li>• Vigilar los niveles séricos (electrolíticos, protombina, medicamentos), si procede.</li> <li>• Controlar el cumplimiento del régimen de medicación.</li> <li>• Desarrollar estrategias para controlar los efectos secundarios de los fármacos.</li> </ul>

DIAGNÓSTICO NANDA	NOC	NIC
<b>(00148) Temor R/C entorno desconocido y desconocimiento de los procedimientos médicos durante su hospitalización</b>	<p><b>Nivel de miedo (1210):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Irritabilidad (121006)</li> <li>• Preocupación excesiva por sucesos vitales (121013)</li> <li>• Aumento de la presión sanguínea (121016)</li> <li>• Aumento de la frecuencia respiratoria (121018)</li> <li>• Pupilas dilatadas (121019)</li> <li>• Incapacidad para dormir (121026)</li> <li>• Temor verbalizado (120131)</li> </ul> <p><b>Satisfacción del paciente/usuario (3014):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ayuda para afrontar problemas emocionales (30141)</li> <li>• Acceso al personal de enfermería (30140)</li> <li>• Instrucción para mejorar el conocimiento de la enfermedad (30141)</li> <li>• Instrucción para mejorar la participación en los cuidados (30141)</li> </ul>	<p><b>Disminución de la ansiedad (5820):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Explicar todos los procedimientos, incluidas las posibles sensaciones que se han de experimentar durante el procedimiento.</li> <li>• Proporcionar objetos que simbolicen seguridad.</li> <li>• Escuchar con atención.</li> <li>• Crear un ambiente que facilite la confianza.</li> <li>• Instruir al paciente sobre el uso de técnicas de relajación.</li> <li>• Administrar medicamentos que reduzcan la ansiedad, según corresponda.</li> <li>• Observar si hay signos verbales y no verbales de ansiedad.</li> </ul> <p><b>Enseñanza procedimiento / tratamiento (5618):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Informar al paciente /allegados acerca de cuándo y dónde tendrá lugar el procedimiento/ tratamiento.</li> <li>• Informar al paciente/allegados sobre la persona que realizará el procedimiento/tratamiento.</li> <li>• Reforzar la confianza del paciente en el personal involucrado.</li> <li>• Explicar el propósito del procedimiento/ tratamiento.</li> <li>• Explicar la necesidad de ciertos equipos y sus funciones.</li> <li>• Enseñar al paciente a utilizar técnicas de afrontamiento dirigidas a controlar aspectos específicos de la experiencia.</li> </ul>

DIAGNÓSTICO NANDA	NOC	NIC
<b>(00148) Temor R/C barreras lingüísticas</b>	<p data-bbox="638 316 963 347"><b><i>Nivel de miedo (1210):</i></b></p> <ul data-bbox="660 379 1209 790" style="list-style-type: none"> <li data-bbox="660 379 963 411">• Irritabilidad (121006)</li> <li data-bbox="660 427 1209 507">• Preocupación excesiva por sucesos vitales (121013)</li> <li data-bbox="660 523 1209 555">• Aumento de la presión sanguínea (121016)</li> <li data-bbox="660 571 1153 651">• Aumento de la frecuencia respiratoria (121018)</li> <li data-bbox="660 667 1019 699">• Pupilas dilatadas (121019)</li> <li data-bbox="660 715 1108 746">• Incapacidad para dormir (121026)</li> <li data-bbox="660 762 1041 794">• Temor verbalizado (120131)</li> </ul> <p data-bbox="638 837 1064 869"><b><i>Autocontrol del miedo (1404):</i></b></p> <ul data-bbox="660 901 1220 1117" style="list-style-type: none"> <li data-bbox="660 901 1198 981">• Evita fuentes de miedo cuando es posible (140404)</li> <li data-bbox="660 997 1220 1077">• Utiliza técnicas de relajación para reducir el miedo (1400407)</li> <li data-bbox="660 1093 1176 1125">• Controla la respuesta de miedo (140417)</li> </ul>	<p data-bbox="1243 316 1758 347"><b><i>Disminución de la ansiedad (5820):</i></b></p> <ul data-bbox="1265 379 2027 837" style="list-style-type: none"> <li data-bbox="1265 379 1982 507">• Explicar todos los procedimientos, incluidas las posibles sensaciones que se han de experimentar durante el procedimiento.</li> <li data-bbox="1265 523 1870 555">• Proporcionar objetos que simbolicen seguridad.</li> <li data-bbox="1265 571 1579 603">• Escuchar con atención.</li> <li data-bbox="1265 619 1825 651">• Crear un ambiente que facilite la confianza.</li> <li data-bbox="1265 667 1982 699">• Instruir al paciente sobre el uso de técnicas de relajación.</li> <li data-bbox="1265 715 2027 794">• Administrar medicamentos que reduzcan la ansiedad, según corresponda.</li> <li data-bbox="1265 810 2004 842">• Observar si hay signos verbales y no verbales de ansiedad.</li> </ul> <p data-bbox="1243 885 1601 917"><b><i>Apoyo emocional (5270):</i></b></p> <ul data-bbox="1265 949 2027 1252" style="list-style-type: none"> <li data-bbox="1265 949 1915 1029">• Explorar con el paciente qué ha desencadenado las emociones.</li> <li data-bbox="1265 1045 1937 1077">• Escuchar las expresiones de sentimientos y creencias.</li> <li data-bbox="1265 1093 2004 1173">• Facilitar la identificación por parte del paciente del patrón habitual de afrontamiento de los temores.</li> <li data-bbox="1265 1189 2027 1252">• Permanecer con el paciente y proporcionar sentimientos de seguridad durante los periodos de más ansiedad.</li> </ul>

DIAGNÓSTICO NANDA	NOC	NIC
<b>(00085) Deterioro de la movilidad física R/C deterioro musculoesquelético</b>	<p><b>Ambular (0200):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Camina con marcha eficaz (022002)</li> <li>• Camina a paso lento (020003)</li> <li>• Camina a paso moderado (020004)</li> <li>• Camina a paso rápido (020005)</li> <li>• Anda por la habitación (020014)</li> <li>• Camina alrededor de obstáculos (020017)</li> </ul> <p><b>Función esquelética (0211):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Integridad ósea (021101)</li> <li>• Movimiento articular (021103)</li> <li>• Alienación esquelética (021105)</li> <li>• Estabilidad articular (021106)</li> </ul>	<p><b>Terapia de ejercicios: ambulación (0221):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ayudar al paciente a sentarse en un lado de la cama para facilitar los ajustes posturales.</li> <li>• Ayudar al paciente en el traslado.</li> <li>• Aplicar/proporcionar un dispositivo de ayuda (bastón, muletas o silla de ruedas, etc) para la deambulaci3n si el paciente tiene inestabilidad.</li> <li>• Fomentar una deambulaci3n independiente dentro de los límites de seguridad.</li> </ul> <p><b>Terapia de ejercicios: control muscular (0226):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Evaluar las funciones sensoriales.</li> <li>• Explicar el fundamento del tipo de ejercicio y el protocolo al paciente/familia.</li> <li>• Establecer una secuencia de actividades diarias de cuidados para potenciar los efectos de la terapia específica de ejercicios.</li> <li>• Aplicar férulas para conseguir la estabilidad de las articulaciones proximales implicadas en las habilidades motoras finas.</li> <li>• Animar al paciente a que practique actividades de precalentamiento y relajaci3n antes y después del protocolo de ejercicios.</li> </ul>

DIAGNÓSTICO NANDA	NOC	NIC
<b>(00085) Deterioro de la movilidad física R/C alteración de la función cognitiva</b>	<p><b>Movilidad (0208):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mantenimiento en equilibrio (020801)</li> <li>• Marcha (020810)</li> <li>• Movimiento muscular (020803)</li> <li>• Movimiento articular (020804)</li> <li>• Mantenimiento de la posición corporal (020802)</li> <li>• Ambulación (020806)</li> </ul> <p><b>Cognición (0900):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Atiende (090003)</li> <li>• Está orientado (090005)</li> <li>• Procesa la información (090009)</li> <li>• Toma decisiones apropiadas (090011)</li> </ul>	<p><b>Fomentar la mecánica corporal (0140):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Instruir al paciente sobre la necesidad de usar posturas correctas para evitar fatigas, tensiones o lesiones.</li> <li>• Ayudar a mostrar las posturas correctas para dormir.</li> <li>• Instruir al paciente/familia acerca de la frecuencia y número de veces que ha de repetirse cada ejercicio.</li> </ul> <p><b>Cambio de posición (0840):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Proporcionar un colchón firme.</li> <li>• Colocar en posición de alineación corporal correcta.</li> <li>• Poner apoyos en zonas edematosas (almohadas debajo de los brazos y apoyo escrotal)</li> <li>• Minimizar la fricción y las fuerzas de cizallamiento al cambiar de posición al paciente.</li> <li>• Girar al paciente inmovilizado al menos cada 2 horas, según programa específico.</li> <li>• Utilizar dispositivos adecuados para el apoyo de los miembros (rodillo de mano y rodillo para el trocánter)</li> </ul>

DIAGNÓSTICO NANDA	NOC	NIC
<p><b>(00085) Deterioro de la movilidad física R/C disminución de la fuerza muscular</b></p>	<p><b><i>Movilidad (0208):</i></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mantenimiento en equilibrio (020801)</li> <li>• Marcha (020810)</li> <li>• Movimiento muscular (020803)</li> <li>• Movimiento articular (020804)</li> <li>• Mantenimiento de la posición corporal (020802)</li> <li>• Ambulación (020806)</li> </ul>	<p><b><i>Cambio de posición (0840):</i></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Proporcionar un colchón firme.</li> <li>• Colocar en posición de alineación corporal correcta.</li> <li>• Poner apoyos en zonas edematosas (almohadas debajo de los brazos y apoyo escrotal)</li> <li>• Minimizar la fricción y las fuerzas de cizallamiento al cambiar de posición al paciente.</li> <li>• Girar al paciente inmovilizado al menos cada 2 horas, según programa específico.</li> <li>• Utilizar dispositivos adecuados para el apoyo de los miembros (rodillo de mano y rodillo para el trocánter)</li> </ul> <p><b><i>Fomentar la mecánica corporal (0140):</i></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Instruir al paciente sobre la necesidad de usar posturas correctas para evitar fatigas, tensiones o lesiones.</li> <li>• Ayudar a mostrar las posturas correctas para dormir.</li> <li>• Instruir al paciente/familia acerca de la frecuencia y número de veces que ha de repetirse cada ejercicio.</li> </ul>
<p>Terapia de ejercicios: control muscular:</p>		

DIAGNÓSTICO NANDA	NOC	NIC
<b>(00155) Riesgo de caídas R/C alteración de la función cognitiva</b>	<p><b>Conductas de prevención de caídas (1909):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Colocar barreras para prevenir caídas (190903)</li> <li>• Utiliza barandillas si es necesario (190905)</li> <li>• Proporciona ayuda para la movilidad (190902)</li> <li>• Adapta la altura de la cama según sea necesario (190913)</li> </ul>	<p><b>Prevención de caídas (6490):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificar déficit cognitivos o físicos del paciente que puedan aumentar la posibilidad de caídas en una ambiente dado.</li> <li>• Identificar conductas y factores que afectan al riesgo de caídas.</li> <li>• Ayudar a la deambulación de las personas inestables.</li> <li>• Colocar los objetos al alcance del paciente sin que tenga que hacer esfuerzos.</li> <li>• Disponer una iluminación adecuada para aumentar la visibilidad</li> </ul> <p><b>Orientación de la realidad (4820)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hablar al paciente de una manera clara, a un ritmo, volumen y tono adecuado.</li> <li>• Evitar frustrar al paciente con demandas que superen su capacidad.</li> <li>• Informar la paciente acerca de personas, lugares y tiempo.</li> <li>• Presentar la realidad de manera que conserve la dignidad del paciente.</li> </ul>

DIAGNÓSTICO NANDA	NOC	NIC
<b>00155) Riesgo de caídas R/C incapacidad física secundario a amputación de la pierna</b>	<p><b>Conductas de prevención de caídas (1909):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Colocar barreras para prevenir caídas (190903)</li> <li>• Utiliza barandillas si es necesario (190905)</li> <li>• Proporciona ayuda para la movilidad (190902)</li> <li>• Adapta la altura de la cama según sea necesario (190913)</li> </ul> <p><b>Conocimiento: prevención de caídas (1828):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Uso correcto de dispositivos de ayuda (182801)</li> <li>• Ejercicios para reducir el riesgo de caídas.</li> <li>• Condiciones crónicas que aumentan el riesgo (182813)</li> </ul> <p><b>Deambulación segura (1926):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Deambula sin hacerse daño (192601)</li> <li>• Se cae (192614)</li> <li>• Choca con obstáculos cuando camina (192616)</li> </ul>	<p><b>Prevención de caídas (6490):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificar déficit cognitivos o físicos del paciente que puedan aumentar la posibilidad de caídas en un ambiente dado.</li> <li>• Identificar conductas y factores que afectan al riesgo de caídas.</li> <li>• Ayudar a la deambulación de las personas inestables.</li> <li>• Colocar los objetos al alcance del paciente sin que tenga que hacer esfuerzos.</li> <li>• Disponer una iluminación adecuada para aumentar la visibilidad</li> </ul> <p><b>Ayuda con el autocuidado: transferencia (1806)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Determinar la capacidad actual del paciente para trasladarse por sí mismo.</li> <li>• Enseñar al paciente todas las técnicas adecuadas con el objetivo de alcanzar el nivel máximo de independencia.</li> <li>• Enseñar al individuo las técnicas de traslado de una zona a otra.</li> <li>• Enseñar al individuo el uso de ayudas ambulatorias.</li> </ul> <p><b>Manejo ambiental: seguridad (6486):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificar los riesgos de seguridad en el ambiente.</li> <li>• Eliminar los factores de peligro del ambiente, cuando se posible.</li> <li>• Disponer dispositivos adaptativos (taburetes o barandillas) para aumentar la seguridad del ambiente.</li> </ul>

DIAGNÓSTICO NANDA	NOC	NIC
<p><b>(00027) Déficit de volumen de líquidos R/C sudoración nocturna excesiva secundario a enfermedad pulmonar evidenciado por piel fría, húmeda y mucosas orales secas</b></p>	<p><b><i>Hidratación (0602):</i></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Diuresis (060211)</li> <li>• Ingesta de líquidos (060215)</li> <li>• Orina oscura (060219)</li> <li>• Disminución de la presión arterial (060212)</li> <li>• Calambres musculares (060225)</li> </ul> <p><b><i>Equilibrio Hídrico (0601):</i></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Presión arterial (160104)</li> <li>• Edema periférico (060112)</li> <li>• Ruidos respiratorios patológicos (060108)</li> <li>• Hidratación cutánea (060116)</li> <li>• Entradas y salidas diarias equilibradas (060107)</li> </ul>	<p><b><i>Manejo de líquidos (4120):</i></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pesarse a diario y controlar la evolución.</li> <li>• Realizar un registro preciso de entradas y salidas.</li> <li>• Monitorizar los signos vitales.</li> <li>• Observar si hay indicios de sobrecarga/retención de líquidos.</li> <li>• Evaluar la ubicación y extensión del edema.</li> <li>• Administrar terapia endovenosa.</li> <li>• Administrar la reposición prescrita de líquidos.</li> </ul> <p><b><i>Manejo de la hipovolemia (4180):</i></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitorizar el estado hemodinámico, incluyendo la frecuencia cardíaca, presión arterial, PVC, etc según disponibilidad.</li> <li>• Monitorizar los signos de deshidratación.</li> <li>• Vigilar las fuentes de pérdida de líquido (hemorragia, vómitos, diarrea, diaforesis y taquipnea).</li> <li>• Administrar soluciones isotónicas i.v prescritas para la rehidratación extracelular a un flujo apropiado.</li> <li>• Monitorizar la presencia de datos de hipervolemia y de edema pulmonar durante la rehidratación i.v</li> </ul>

DIAGNÓSTICO NANDA	NOC	NIC
<p><b>(00124) Desesperanza R/C aislamiento hospitalario evidenciado por disminución de la verbalización y del apetito.</b></p>	<p><b><i>Esperanza (1201):</i></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Expresión de una orientación futura positiva (120101)</li> <li>• Expresión de confianza (120102)</li> <li>• Expresión de ganas de vivir (120103)</li> <li>• Expresión de optimismo (120106)</li> <li>• Expresión de paz interior (120109)</li> <li>• Demostración de entusiasmo por la vida (120112)</li> </ul> <p><b><i>Equilibrio emocional (1204):</i></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Muestra un estado de ánimo sereno (120402)</li> <li>• Conversa a un ritmo moderado (120406)</li> <li>• Refiere apetito normal (120413)</li> <li>• Depresión (120420)</li> <li>• Letargo (120421)</li> </ul>	<p><b><i>Dar esperanza (5310):</i></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ayudar al paciente/familia a identificar las áreas de esperanza en la vida.</li> <li>• Mostrar esperanza reconociendo la valía intrínseca del paciente y viendo su enfermedad sólo como una faceta de la persona.</li> <li>• Evitar disfrazar la verdad.</li> <li>• Implicar al paciente activamente en sus propios cuidados.</li> <li>• Facilitar la admisión por parte del paciente de una pérdida personal en su imagen corporal.</li> </ul> <p><b><i>Apoyo emocional (5270):</i></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Explorar con el paciente qué ha desencadenado las emociones.</li> <li>• Escuchar las expresiones de sentimientos y creencias.</li> <li>• Facilitar la identificación por parte del paciente del patrón habitual de afrontamiento de los temores.</li> <li>• Permanecer con el paciente y proporcionar sentimientos de seguridad durante los periodos de más ansiedad.</li> </ul>

DIAGNÓSTICO NANDA	NOC	NIC
<p><b>(00124) Desesperanza R/C afrontamiento ineficaz por enfermedad terminal evidenciado por insomnio, emisión de palabras pesimistas</b></p>	<p><b>Esperanza (1201):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Expresión de una orientación futura positiva (120101)</li> <li>• Expresión de confianza (120102)</li> <li>• Expresión de ganas de vivir (120103)</li> <li>• Expresión de optimismo (120106)</li> <li>• Expresión de paz interior (120109)</li> <li>• Demostración de entusiasmo por la vida (120112)</li> </ul> <p><b>Aceptación: estado de salud (1300):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Reconoce la realidad de la situación de salud (130008)</li> <li>• Expresa autoestima positiva (130020)</li> <li>• Expresa disminución de la necesidad de verbalizar sentimientos sobre la salud (130007)</li> <li>• Afrontamiento de la situación de salud (130010)</li> </ul> <p><b>Nivel de estrés (1212):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cefalea tensional (121206)</li> <li>• Palmas de las manos sudorosas (121207)</li> <li>• Trastornos del sueño (121214)</li> <li>• Pensamientos opresivos (121224)</li> </ul>	<p><b>Dar esperanza (5310):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ayudar al paciente/familia a identificar las áreas de esperanza en la vida.</li> <li>• Mostrar esperanza reconociendo la valía intrínseca del paciente y viendo su enfermedad sólo como una faceta de la persona.</li> <li>• Evitar disfrazar la verdad.</li> <li>• Implicar al paciente activamente en sus propios cuidados.</li> <li>• Facilitar la admisión por parte del paciente de una pérdida personal en su imagen corporal.</li> </ul> <p><b>Fomentar la resiliencia (8340):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fomentar el apoyo familiar.</li> <li>• Facilitar la comunicación familiar.</li> <li>• Fomentar conductas positivas de búsqueda de salud.</li> </ul> <p><b>Apoyo emocional (5270):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Explorar con el paciente qué ha desencadenado las emociones.</li> <li>• Escuchar las expresiones de sentimientos y creencias.</li> <li>• Facilitar la identificación por parte del paciente del patrón habitual de afrontamiento de los temores.</li> <li>• Permanecer con el paciente y proporcionar sentimientos de seguridad durante los periodos de más ansiedad.</li> </ul>

DIAGNÓSTICO NANDA	NOC	NIC
<p><b>(00013) Diarrea R/C proceso infeccioso evidenciado por más de 3 deposiciones líquidas al día y dolor abdominal</b></p>	<p><b><i>Eliminación intestinal (0501):</i></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Patrón de eliminación (050101)</li> <li>• Color de las heces (050103)</li> <li>• Heces blandas y formadas (050105)</li> <li>• Diarrea (050111)</li> <li>• Ruidos abdominales (050129)</li> </ul> <p>• Control de riesgo:</p>	<p><b><i>Manejo de la diarrea (0460):</i></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Obtener una muestra de heces para realizar un cultivo y antibióticos si la diarrea continuase.</li> <li>• Identificar los factores (medicamentos, bacterias y alimentación por sonda) que puedan ocasionar o contribuir a la existencia de la diarrea.</li> <li>• Ordenar al paciente que notifique al personal cada episodio de diarrea que se produzca.</li> <li>• Observar la turgencia de la piel con regularidad.</li> <li>• Pesar regularmente al paciente.</li> </ul> <p><b><i>Control de infecciones (6540):</i></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Instruir al paciente acerca de las técnicas correctas de lavado de manos.</li> <li>• Ordenar a las visitas que se laven las manos al entrar y salir de la habitación del paciente.</li> <li>• Poner en práctica precauciones universales.</li> <li>• Garantizar una manipulación aséptica de todas la vías i.v</li> <li>• Fomentar una ingesta nutricional adecuada.</li> </ul>

DIAGNÓSTICO NANDA	NOC	NIC
<b>(00013) Diarrea R/C efectos colaterales de laxantes evidenciado por más de 3 deposiciones líquidas al día</b>	<p><b>Eliminación intestinal (0501):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Patrón de eliminación (050101)</li> <li>• Color de las heces (050103)</li> <li>• Heces blandas y formadas (050105)</li> <li>• Tono muscular para la evacuación fecal (050119)</li> <li>• Diarrea (050111)</li> <li>• Ruidos abdominales (050129)</li> <li>• Abuso de ayuda para la eliminación (050123)</li> </ul>	<p><b>Manejo de la diarrea (0460):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Obtener una muestra de heces para realizar un cultivo y antibióticos si la diarrea continuase.</li> <li>• Identificar los factores (medicamentos, bacterias y alimentación por sonda) que puedan ocasionar o contribuir a la existencia de la diarrea.</li> <li>• Ordenar al paciente que notifique al personal cada episodio de diarrea que se produzca.</li> <li>• Observar la turgencia de la piel con regularidad.</li> <li>• Pesar regularmente al paciente.</li> </ul>
	<p><b>Respuesta a la medicación (2301):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Reacción alérgica (230105)</li> <li>• Efectos adversos (230106)</li> <li>• Interacción medicamentosa (230107)</li> <li>• Intolerancia farmacológica (230108)</li> </ul>	<p><b>Control de la medicación (2395):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Obtener una historia farmacológica completa examinando los viales o la lista de medicaciones, comprobándola con el paciente y la familia y/o comunicándose con los médicos y la farmacia.</li> <li>• Documentar el nombre, dosis, frecuencia y vía de administración del fármaco en la lista de medicaciones.</li> <li>• Controlar las medicaciones con los cambios del estado del paciente o con los cambios de medicación.</li> <li>• Enseñar al paciente y a la familia a obtener todas las medicaciones en una farmacia para disminuir el riesgo de error.</li> </ul>

DIAGNÓSTICO NANDA	NOC	NIC
<p><b>(00061) Cansancio del rol del cuidador R/C complejidad de las actividades de cuidados evidenciado por irritabilidad y frustración</b></p>	<p><b><i>Resistencia del papel del cuidador (2210):</i></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Relación mutuamente satisfactoria entre el cuidador familiar y el destinatario de los cuidados (221001)</li> <li>• Dominio de las actividades de cuidados directos (221002)</li> <li>• Dominio de las actividades de cuidados indirectos (221003)</li> <li>• Apoyo del profesional sanitario al cuidador (221012)</li> <li>• Apoyo social para el cuidador familiar (221005)</li> <li>• Descanso para el cuidador familiar (221008)</li> </ul> <p><b><i>Bienestar del cuidador principal (2508):</i></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Satisfacción con la salud física (250801)</li> <li>• Satisfacción con la realización de los roles habituales (250804)</li> <li>• La familia comparte las responsabilidades de los cuidados (250811)</li> <li>• Disponibilidad de descansos (250812)</li> <li>• Capacidad para el afrontamiento (250813)</li> </ul> <p>Rol del cuidador (250809)</p>	<p><b><i>Apoyo al cuidador principal (7040):</i></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Determinar el nivel de conocimientos del cuidador.</li> <li>• Determinar la aceptación del cuidador de su papel.</li> <li>• Reconocer la dependencia que tiene el paciente del cuidador.</li> <li>• Realizar afirmaciones positivas sobre los esfuerzos del cuidador.</li> <li>• Animar al cuidador a que asuma su responsabilidad.</li> <li>• Enseñar al cuidador técnicas de manejo de estrés.</li> <li>• Actuar en lugar del cuidador si se hace evidente una sobrecarga de trabajo.</li> <li>• Apoyar al cuidador durante los momentos difíciles del paciente.</li> </ul> <p><b><i>Cuidados por relevo (7260):</i></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Controlar la resistencia del cuidador.</li> <li>• Disponer los preparativos para el cuidador sustituto.</li> </ul> <p>Evaluar el nivel de actividad del cuidador de relevo.</p>

DIAGNÓSTICO NANDA	NOC	NIC
<p><b>(00061) Cansancio del rol del cuidador R/C cambio del patrón del sueño evidenciado por manifestación verbal me siento muy cansado ya no lo puedo atender</b></p>	<p><b><i>Resistencia del papel del cuidador (2210):</i></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Relación mutuamente satisfactoria entre el cuidador familiar y el destinatario de los cuidados (221001)</li> <li>• Dominio de las actividades de cuidados directos (221002)</li> <li>• Dominio de las actividades de cuidados indirectos (221003)</li> <li>• Apoyo del profesional sanitario al cuidador (221012)</li> <li>• Apoyo social para el cuidador familiar (221005)</li> <li>• Descanso para el cuidador familiar (221008)</li> </ul> <p><b><i>Salud física del cuidador principal (2507):</i></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Patrón de sueño – descanso (250702)</li> <li>• Nivel de energía (250704)</li> <li>• Comodidad física (250705)</li> <li>• Peso (250709)</li> </ul>	<p><b><i>Apoyo al cuidador principal (7040):</i></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Determinar el nivel de conocimientos del cuidador.</li> <li>• Determinar la aceptación del cuidador de su papel.</li> <li>• Reconocer la dependencia que tiene el paciente del cuidador.</li> <li>• Realizar afirmaciones positivas sobre los esfuerzos del cuidador.</li> <li>• Animar al cuidador a que asuma su responsabilidad.</li> <li>• Enseñar al cuidador técnicas de manejo de estrés.</li> <li>• Actuar en lugar del cuidador si se hace evidente una sobrecarga de trabajo.</li> <li>• Apoyar al cuidador durante los momentos difíciles del paciente.</li> </ul> <p><b><i>Cuidados por relevo (7260):</i></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Controlar la resistencia del cuidador.</li> <li>• Disponer los preparativos para el cuidador sustituto.</li> <li>• Evaluar el nivel de actividad del cuidador de relevo.</li> </ul>

DIAGNÓSTICO NANDA	NOC	NIC
<p><b>(00095) Insomnio R/C estancia y ambiente hospitalario evidenciado por irritabilidad y cambios de humor</b></p>	<p><b>Sueño (0004):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Horas de sueño (000401)</li> <li>• Patrón del sueño (000403)</li> <li>• Calidad del sueño (000404)</li> <li>• Dificultad para conciliar el sueño (000421)</li> <li>• Apnea del sueño (000416)</li> </ul> <p><b>Estado de comodidad: entorno (2009):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Entorno favorable para el sueño (200903)</li> <li>• Satisfacción con el entorno físico (200904)</li> <li>• Adaptaciones ambientales necesarias (200914)</li> </ul>	<p><b>Mejorar el sueño (1850):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Determinar el patrón del sueño del paciente.</li> <li>• Determinar los efectos que tiene la medicación del paciente en el patrón del sueño.</li> <li>• Comprobar el patrón del sueño del paciente y observa las circunstancias físicas (apnea del sueño, vías aéreas obstruidas, dolor/molestias y frecuencia urinaria) y/ psicológicas (miedo o ansiedad) que interrumpen el sueño.</li> <li>• Ajustar el ambiente (luz, ruido, temperatura, colchón y cama) para favorecer el sueño.</li> <li>• Ayudar a eliminar las situaciones estresantes antes de irse a dormir.</li> <li>• Fomentar el uso de medicamentos para dormir que no contengan supresores de la fase REM.</li> </ul> <p><b>Manejo ambiental: confort (6482):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Preparar la transición del paciente y de la familia dándoles una cálida bienvenida al nuevo ambiente.</li> <li>• Tener en cuenta la ubicación de los pacientes en habitaciones de múltiples camas.</li> <li>• Evitar interrupciones innecesarias y permitir periodos de reposo.</li> <li>• Crear un ambiente tranquilo y de apoyo.</li> <li>• Determinar las fuentes de incomodidad, como vendajes mojados, posición de sonda, ropa de cama arrugada y factores ambientales irritantes.</li> </ul>

DIAGNÓSTICO NANDA	NOC	NIC
<b>(00095) Insomnio R/C dolor evidenciado por irritabilidad</b>	<p><b>Sueño (0004):</b>  Horas de sueño (000401)  Patrón del sueño (000403)  Calidad del sueño (000404)  Dificultad para conciliar el sueño (000421)  Apnea del sueño (000416)</p> <p><b>Estado de salud personal (2006):</b>  Nivel de energía (200603)  Nivel de confort (200604)  Pauta de sueño – descanso (200609)  Control del dolor (200630)</p>	<p><b>Mejorar el sueño (1850):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Determinar el patrón del sueño del paciente.</li> <li>• Determinar los efectos que tiene la medicación del paciente en el patrón del sueño.</li> <li>• Comprobar el patrón del sueño del paciente y observa las circunstancias físicas (apnea del sueño, vías aéreas obstruidas, dolor/molestias y frecuencia urinaria) y/ psicológicas (miedo o ansiedad) que interrumpen el sueño.</li> <li>• Ajustar el ambiente (luz, ruido, temperatura, colchón y cama) para favorecer el sueño.</li> <li>• Ayudar a eliminar las situaciones estresantes antes de irse a dormir.</li> <li>• Fomentar el uso de medicamentos para dormir que no contengan supresores de la fase REM.</li> </ul> <p><b>Manejo del dolor (1400):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Observar signos no verbales de molestias, especialmente en pacientes que no pueden comunicarse eficazmente.</li> <li>• Asegurarse de que el paciente reciba los cuidados analgésicos correspondientes.</li> <li>• Determinar el impacto de la experiencia del dolor sobre la calidad de vida (sueño, apetito, actividad, función cognitiva, estado de ánimo, relaciones, trabajo y responsabilidad de roles).</li> <li>• Evaluar las experiencias pasadas con el dolor que incluyan los antecedentes familiares y personales de dolores crónicos o que conlleven discapacidad, si es el caso.</li> <li>• Controlar los factores ambientales que puedan influir en la respuesta del paciente a las molestias.</li> <li>• Disminuir o eliminar los factores que precipiten o aumenten la experiencia del dolor.</li> <li>• Evaluar la eficacia de las medidas de alivio del dolor a través de una valoración continua de la experiencia dolorosa.</li> <li>• Fomentar periodos de descanso/ sueño adecuados que faciliten el alivio del dolor.</li> </ul>

DIAGNÓSTICO NANDA	NOC	NIC
<p><b>(00120) Baja autoestima situacional R/C incapacidad física evidenciado por expresiones “soy un inútil y una carga para mi familia”</b></p>	<p><b>Autoestima (1205):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Verbalizaciones de autoaceptación (120501)</li> <li>• Aceptación de la propias limitaciones (120502)</li> <li>• Comunicación abierta (120507)</li> <li>• Nivel de confianza (020804)</li> <li>• Mantenimiento de la posición corporal (120511)</li> <li>• Aceptación de críticas constructivas (120514)</li> <li>• Descripción de estar orgulloso (120518)</li> </ul> <p><b>Adaptación a la discapacidad (1308):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Verbaliza capacidad para adaptarse a la discapacidad (130801)</li> <li>• Se adapta a las limitaciones funcionales (130803)</li> <li>• Modifica el estilo de vida para adaptarse a la discapacidad (130804)</li> <li>• Utiliza estrategias para disminuir el estrés relacionado con la discapacidad (130806)</li> <li>• Identifica maneras para afrontar los cambios en su vida (130808)</li> <li>• Acepta la necesidad de ayuda física (130812)</li> <li>• Refiere disminución de los sentimientos negativos (130818)</li> </ul>	<p><b>Potenciación de la autoestima (5400):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Observar las afirmaciones del paciente sobre su autovalía.</li> <li>• Determinar la confianza del paciente en su propio criterio.</li> <li>• Animar al paciente a identificar sus puntos fuertes.</li> <li>• Ayudar al paciente a encontrar la autoaceptación.</li> <li>• Animar al paciente a conversar consigo mismo y a verbalizar autoafirmaciones positivas a diario.</li> <li>• Ayudar al paciente a afrontar los abusos o las burlas.</li> <li>• Animar al paciente a que acepte nuevos desafíos.</li> <li>• Realizar afirmaciones positivas sobre el paciente.</li> </ul> <p><b>Ayuda al autocuidado (1800):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Considerar la cultura del paciente al fomentar actividades de autocuidado.</li> <li>• Comprobar la capacidad del paciente para ejercer un autocuidado independiente.</li> <li>• Observar la necesidad por parte del paciente de dispositivos adaptados para la higiene personal, vestirse, el arreglo personal, el aseo y alimentarse.</li> <li>• Proporcionar ayuda hasta que el paciente sea totalmente capaz de asumir el autocuidado.</li> <li>• Ayudar al paciente a aceptar las necesidades de dependencia.</li> <li>• Animar al paciente a realizar las actividades normales de la vida diaria ajustadas al nivel de capacidad.</li> <li>• Enseñar a los padres/familia a fomentar la independencia, para intervenir solamente cuando el paciente no pueda realizar la acción dada.</li> </ul>

DIAGNÓSTICO NANDA	NOC	NIC
<p><b>(00120) Baja autoestima situacional R/C alteración de la imagen corporal secundario a dehiscencia intestinal evidenciado por expresiones de ya no valgo para nada para que vivir</b></p>	<p><b>Autoestima (1205):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Verbalizaciones de autoaceptación (120501)</li> <li>• Aceptación de la propias limitaciones (120502)</li> <li>• Comunicación abierta (120507)</li> <li>• Nivel de confianza (020804)</li> <li>• Mantenimiento de la posición corporal (120511)</li> <li>• Aceptación de críticas constructivas (120514)</li> <li>• Descripción de estar orgulloso (120518)</li> </ul>	<p><b>Potenciación de la autoestima (5400):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Observar las afirmaciones del paciente sobre su autovalía.</li> <li>• Determinar la confianza del paciente en su propio criterio.</li> <li>• Animar al paciente a identificar sus puntos fuertes.</li> <li>• Ayudar al paciente a encontrar la autoaceptación.</li> <li>• Animar al paciente a conversar consigo mismo y a verbalizar autoafirmaciones positivas a diario.</li> <li>• Ayudar al paciente a afrontar los abusos o las burlas.</li> <li>• Animar al paciente a que acepte nuevos desafíos.</li> <li>• Realizar afirmaciones positivas sobre el paciente.</li> </ul> <p><b>Mejorar el afrontamiento (5230):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ayudar al paciente a identificar los objetivos apropiados a corto y largo plazo.</li> <li>• Valorar el ajuste del paciente a los cambios de imagen corporal, si está indicado.</li> <li>• Valorar la comprensión del paciente del proceso de enfermedad.</li> <li>• Alentar una actitud de esperanza realista como forma de manejar los sentimientos de impotencia.</li> <li>• Confrontar los sentimientos ambivalentes del paciente (enfado o depresión).</li> <li>• Facilitar salidas constructivas a la ira y la hostilidad.</li> </ul>

DIAGNÓSTICO NANDA	NOC	NIC
<p><b>(00126) Conocimientos deficientes R/C alteración cognitiva evidenciado por seguimiento inexacto de las indicaciones</b></p>	<p><b>Cognición (0900):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Atiende (090003)</li> <li>• Está orientado (090005)</li> <li>• Procesa la información (090009)</li> <li>• Toma decisiones apropiadas (090011)</li> </ul> <p><b>Satisfacción del paciente/usuario: enseñanza (3012):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Explicaciones proporcionales en términos comprensibles (301219)</li> <li>• Explicación de los cuidados de enfermería (301223)</li> <li>• Explicación de los efectos secundarios de las medicaciones terapéuticas (301206)</li> <li>• Información proporcionada sobre signos de complicaciones (301211)</li> <li>• Tiempo para el aprendizaje del paciente (301218)</li> </ul>	<p><b>Reestructuración cognitiva (4700):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Señalar los estilos de pensamiento disfuncional (pensamiento polarizado, generalización exagerada, magnificación y personalización)</li> <li>• Ayudar al paciente a reconocer la irracionalidad de ciertas creencias comparándolas con la verdadera realidad.</li> </ul> <p><b>Enseñanza: individual (5606):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Establecer una relación de confianza.</li> <li>• Establecer la credibilidad del educador.</li> <li>• Determinar las necesidades de enseñanza del paciente.</li> <li>• Valorar el nivel de conocimientos y comprensión de contenidos del paciente.</li> <li>• Valorar el nivel educativo del paciente.</li> <li>• Valorar las capacidades/discapacidades cognitivas, psicomotoras y afectivas.</li> <li>• Determinar la capacidad del paciente para asimilar información específica (nivel de desarrollo, estado fisiológico, orientación, dolor, fatiga, necesidades básicas no cumplidas, estado emocional y adaptación a la enfermedad).</li> <li>• Corregir las malas interpretaciones de la información, según corresponda.</li> </ul>

DIAGNÓSTICO NANDA	NOC	NIC
<p><b>(00126) Conocimientos deficientes R/C mala interpretación de la información evidenciado por verbalización incorrecta sobre su salud</b></p>	<p><b>Satisfacción del paciente/usuario: enseñanza (3012):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Explicaciones proporcionales en términos comprensibles (301219)</li> <li>• Explicación de los cuidados de enfermería (301223)</li> <li>• Explicación de los efectos secundarios de las medicaciones terapéuticas (301206)</li> <li>• Información proporcionada sobre signos de complicaciones (301211)</li> <li>• Tiempo para el aprendizaje del paciente (301218)</li> </ul> <p><b>Elaboración de la información (0907):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Comprende un párrafo (090710)</li> <li>• Comprende símbolos universales (090716)</li> <li>• Verbaliza un mensaje coherente (090703)</li> </ul> <p>Muestra procesos del pensamiento lógicos (090705)</p>	<p><b>Enseñanza: individual (5606):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Establecer una relación de confianza.</li> <li>• Establecer la credibilidad del educador.</li> <li>• Determinar las necesidades de enseñanza del paciente.</li> <li>• Valorar el nivel de conocimientos y comprensión de contenidos del paciente.</li> <li>• Valorar el nivel educativo del paciente.</li> <li>• Valorar las capacidades/discapacidades cognitivas, psicomotoras y afectivas.</li> <li>• Determinar la capacidad del paciente para asimilar información específica (nivel de desarrollo, estado fisiológico, orientación, dolor, fatiga, necesidades básicas no cumplidas, estado emocional y adaptación a la enfermedad).</li> <li>• Corregir las malas interpretaciones de la información, según corresponda.</li> </ul> <p><b>Facilitar el aprendizaje (5520):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Comenzar la instrucción sólo después de que el paciente demuestre estar preparado para aprender.</li> <li>• Establecer metas de aprendizaje realistas con el paciente.</li> <li>• Ajustar la instrucción al nivel de conocimientos y comprensión del paciente.</li> <li>• Adaptar el contenido de acuerdo con las capacidades y discapacidades cognitivas, psicomotoras y/o afectivas del paciente.</li> <li>• Repetir la información importante.</li> <li>• Proporcionar retroalimentación frecuente acerca del proceso del aprendizaje.</li> <li>• Corregir las malas interpretaciones de la información, si es el caso.</li> </ul>

DIAGNÓSTICO NANDA	NOC	NIC
<b>(00026) Exceso de volumen de líquidos R/C deterioro de la función renal evidenciado por edema general y anuria</b>	<p><b><i>Equilibrio Hídrico (0601):</i></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Presión arterial (160104)</li> <li>• Pulsos periféricos (060105)</li> <li>• Edema periférico (060112)</li> <li>• Humedad de membranas mucosas (060117)</li> <li>• Hidratación cutánea (060116)</li> <li>• Entradas y salidas diarias equilibradas (060107)</li> <li>• Peso corporal estable (060109)</li> </ul> <p><b><i>Eliminación urinaria (0503):</i></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Patrón de eliminación (050301)</li> <li>• Cantidad de orina (050303)</li> <li>• Ingesta de líquidos (050307)</li> <li>• Dolor al orinar (050309)</li> <li>• Retención urinaria (050332)</li> <li>• Nicturia (050333)</li> </ul>	<p><b><i>Manejo de la hipervolemia (4170):</i></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pesar a diario y controlar la evolución.</li> <li>• Monitorizar el estado hemodinámico incluídas la PVC, PAM, PAP y PECP, según corresponda.</li> <li>• Observar el patrón respiratorio por si hubiera síntomas de edema pulmonar (ansiedad, disnea, ortopnea, taquipnea, tos y producción de esputo espumoso).</li> <li>• Monitorizar la presencia de sonidos pulmonares adventicios.</li> <li>• Monitorizar la presencia de sonidos cardiacos adventicios.</li> <li>• Monitorizar edema periférico.</li> <li>• Realizar un registro preciso de entradas y salidas.</li> <li>• Administrar las medicaciones prescritas para reducir la precarga (p.ej., furosemida, espironolactona, morfina y nitroglicerina).</li> <li>• Elevar el cabecero de la cama para mejorar la ventilación.</li> <li>• Facilitar la intubación endotraqueal y el inicio de la ventilación mecánica en los pacientes con edema pulmonar grave.</li> <li>• Monitorizar los signos vitales.</li> </ul>

DIAGNÓSTICO NANDA	NOC	NIC
<p><b>(00026) Exceso de volumen de líquidos R/C compromiso renal secundario a ascitis evidenciado por edema generalizado</b></p>	<p><b><i>Equilibrio Hídrico (0601):</i></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Presión arterial (160104)</li> <li>• Pulsos periféricos (060105)</li> <li>• Edema periférico (060112)++</li> <li>• Humedad de membranas mucosas (060117)</li> <li>• Hidratación cutánea (060116)</li> <li>• Entradas y salidas diarias equilibradas (060107)</li> <li>• Peso corporal estable (060109)</li> <li>• Ascitis (060110)</li> </ul>	<p><b><i>Manejo de la hipervolemia (4170):</i></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pesar a diario y controlar la evolución.</li> <li>• Monitorizar el estado hemodinámico incluidas la PVC, PAM, PAP y PECP, según corresponda.</li> <li>• Observar el patrón respiratorio por si hubiera síntomas de edema pulmonar (ansiedad, disnea, ortopnea, taquipnea, tos y producción de esputo espumoso).</li> <li>• Monitorizar la presencia de sonidos pulmonares adventicios.</li> <li>• Monitorizar la presencia de sonidos cardiacos adventicios.</li> <li>• Monitorizar edema periférico.</li> <li>• Realizar un registro preciso de entradas y salidas.</li> <li>• Administrar las medicaciones prescritas para reducir la precarga (p.ej., furosemida, espironolactona, morfina y nitroglicerina).</li> <li>• Elevar el cabecero de la cama para mejorar la ventilación.</li> <li>• Facilitar la intubación endotraqueal y el inicio de la ventilación mecánica en los pacientes con edema pulmonar grave.</li> <li>• Monitorizar los signos vitales.</li> </ul>

DIAGNÓSTICO NANDA	NOC	NIC
<p><b>(00092) Intolerancia a la actividad R/C desequilibrio entre aporte y demanda de oxígeno evidenciado por fatiga y disnea de esfuerzo</b></p>	<p><b>Tolerancia de la actividad (0005):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Saturación de oxígeno en respuesta a la actividad (00501)</li> <li>• Frecuencia cardiaca en respuesta a la actividad (000502)</li> <li>• Frecuencia respiratoria en respuesta a la actividad (000503)</li> <li>• Color de piel (000507)</li> <li>• Paso al caminar (000509)</li> </ul> <p><b>Resistencia (0001):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Actividad física (000101)</li> <li>• Resistencia muscular (000106)</li> <li>• Recuperación de la energía tras el descanso (000109)</li> <li>• Agotamiento (000110)</li> </ul> <p><b>Estado respiratorio (0415):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Frecuencia respiratoria (041501)</li> <li>• Ritmo respiratorio (041502)</li> <li>• Saturación de oxígeno (041508)</li> <li>• Disnea de reposo (041514)</li> <li>• Disnea de pequeños esfuerzos (041515)</li> </ul>	<p><b>Manejo de la energía (0180):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Animar la verbalización de los sentimientos sobre las limitaciones.</li> <li>• Determinar la percepción de la causa de fatiga por parte del paciente.</li> <li>• Seleccionar intervenciones para reducir la fatiga combinando medidas farmacológicas y no farmacológicas, según corresponda.</li> <li>• Determinar qué actividad y en qué medida es necesaria para aumentar la resistencia.</li> <li>• Observar al paciente por si aparecen indicios de exceso de fatiga física y emocional.</li> <li>• Vigilar la respuesta cardiorrespiratoria a la actividad (taquicardia, otras arritmias, disnea, palidez, presiones hemodinámicas y frecuencia respiratoria).</li> <li>• Animar a realizar ejercicios aeróbicos, según la tolerancia.</li> <li>• Ayudar en las actividades físicas normales (deambulación, traslados, cambios posturales y cuidado personal).</li> </ul> <p><b>Terapia de actividad (4310):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Determinar la capacidad del paciente de participar en actividades específicas.</li> <li>• Ayudar al paciente a elegir actividades coherentes con sus posibilidades físicas, psicológicas y sociales.</li> <li>• Enseñar al paciente y a la familia en papel de la actividad física, social, espiritual y cognitiva en el mantenimiento de la funcionalidad y la salud.</li> </ul> <p><b>Manejo de la vía área (3140):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Realizar fisioterapia torácica.</li> <li>• Fomentar una respiración lenta y profunda, giros y tos.</li> <li>• Auscultar los sonidos respiratorios, observando las áreas de disminución o ausencia de ventilación y la presencia de sonidos adventicios.</li> <li>• Administrar broncodilatadores.</li> <li>• Vigilar el estado respiratorio y de oxigenación, según corresponda.</li> </ul>

DIAGNÓSTICO NANDA	NOC	NIC
<p><b>(00092) Intolerancia a la actividad R/C debilidad general evidenciado por fatiga, cansancio y taquicardia</b></p>	<p><b>Tolerancia de la actividad (0005):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Saturación de oxígeno en respuesta a la actividad (00501)</li> <li>• Frecuencia cardiaca en respuesta a la actividad (000502)</li> <li>• Frecuencia respiratoria en respuesta a la actividad (000503)</li> <li>• Color de piel (000507)</li> <li>• Paso al caminar (000509)</li> </ul> <p><b>Resistencia (0001):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Actividad física (000101)</li> <li>• Resistencia muscular (000106)</li> <li>• Recuperación de la energía tras el descanso (000109)</li> <li>• Agotamiento (000110)</li> </ul>	<p><b>Manejo de la energía (0180):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Animar la verbalización de los sentimientos sobre las limitaciones.</li> <li>• Determinar la percepción de la causa de fatiga por parte del paciente.</li> <li>• Seleccionar intervenciones para reducir la fatiga combinando medidas farmacológicas y no farmacológicas, según corresponda.</li> <li>• Determinar qué actividad y en qué medida es necesaria para aumentar la resistencia.</li> <li>• Observar al paciente por si aparecen indicios de exceso de fatiga física y emocional.</li> <li>• Vigilar la respuesta cardiorrespiratoria a la actividad (taquicardia, otras arritmias, disnea, palidez, presiones hemodinámicas y frecuencia respiratoria).</li> <li>• Animar a realizar ejercicios aeróbicos, según la tolerancia.</li> <li>• Ayudar en las actividades físicas normales (deambulación, traslados, cambios posturales y cuidado personal).</li> </ul> <p><b>Terapia de actividad (4310):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Determinar la capacidad del paciente de participar en actividades específicas.</li> <li>• Ayudar al paciente a elegir actividades coherentes con sus posibilidades físicas, psicológicas y sociales.</li> <li>• Enseñar al paciente y a la familia en papel de la actividad física, social, espiritual y cognitiva en el mantenimiento de la funcionalidad y la salud.</li> </ul>

DIAGNÓSTICO NANDA	NOC	NIC
<p><b>(00030) Deterioro del intercambio de gases R/C cambios de la membrana alvéolo-capilar evidenciado por cianosis y alteración de saturación de oxígeno</b></p>	<p><b><i>Estado respiratorio: intercambio gaseoso (0402):</i></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Presión parcial del oxígeno en la sangre arterial (PaO<sub>2</sub>) (040208)</li> <li>• Presión parcial del dióxido de carbono en la sangre arterial (PaCO<sub>2</sub>) (040209)</li> <li>• pH arterial (040210)</li> <li>• saturación de oxígeno (040211)</li> <li>• Hallazgos en la radiografía de tórax (040213)</li> <li>• Disnea de reposo (040203)</li> <li>• Disnea de esfuerzo (040204)</li> <li>• Cianosis (040206)</li> </ul>	<p><b><i>Oxigenoterapia (3320):</i></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Eliminar las secreciones bucales, nasales y traqueales, según corresponda.</li> <li>• Mantener la permeabilidad de las vías aéreas.</li> <li>• Administrar oxígeno suplementario según corresponda.</li> <li>• Controlar la eficacia de la oxigenoterapia (pulsoxímetro, gasometría arterial)</li> <li>• Proporcionar oxígeno durante los traslados del paciente.</li> <li>• Vigilar el flujo de litros de oxígeno.</li> </ul> <p><b><i>Ayuda a la ventilación (3390):</i></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mantener la vía aérea permeable.</li> <li>• Colocar al paciente de forma que se alivie la disnea.</li> <li>• Monitorizar los efectos del cambio de posición en la oxigenación: gasometría arterial, SaO<sub>2</sub>, CO<sub>2</sub></li> <li>• Fomentar una respiración lenta y profunda, cambios posturales y tos.</li> <li>• Auscultar los ruidos respiratorios, observando las zonas de disminución o ausencia de ventilación y la presencia de ruidos adventicios.</li> <li>• Enseñar técnicas de respiración.</li> </ul>

DIAGNÓSTICO NANDA	NOC	NIC
<p><b>(00030) Deterioro del intercambio de gases R/C desequilibrio en la ventilación perfusión evidenciado por resultados de gasometría arterial anormal</b></p>	<p><b><i>Estado respiratorio: intercambio gaseoso (0402):</i></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Presión parcial del oxígeno en la sangre arterial (040208)</li> <li>• Presión parcial del dióxido de carbono en la sangre arterial (040209)</li> <li>• pH arterial (040210)</li> <li>• Saturación de oxígeno (040211)</li> <li>• Hallazgos en la radiografía de tórax (040214)</li> </ul> <p><b><i>Perfusión tisular: pulmonar (0408):</i></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ritmo respiratorio (040814)</li> <li>• Frecuencia respiratoria (040815)</li> <li>• Dolor torácico (040805)</li> <li>• Falta de aliento (040824)</li> <li>• Intercambio gaseoso alterado (040824)</li> </ul> <p><b><i>Equilibrio electrolítico y ácido-base (0600):</i></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ph sérico (060010)</li> <li>• Bicarbonato sérico (060013)</li> <li>• Dióxido de carbono sérico (060024)</li> <li>• Sodio sérico (060005)</li> <li>• Potasio sérico (060006)</li> </ul>	<p><b><i>Oxigenoterapia (3320):</i></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Animar la eliminar las secreciones bucales, nasales y traqueales, según corresponda.</li> <li>• Mantener la permeabilidad de las vías aéreas.</li> <li>• Administrar oxígeno suplementario según corresponda.</li> <li>• Controlar la eficacia de la oxigenoterapia (pulsoxímetro, gasometría arterial)</li> <li>• Proporcionar oxígeno durante los traslados del paciente.</li> </ul> <p><b><i>Manejo de la vía área (3140):</i></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Realizar fisioterapia torácica.</li> <li>• Fomentar una respiración lenta y profunda, giros y tos.</li> <li>• Auscultar los sonidos respiratorios, observando las áreas de disminución o ausencia de ventilación y la presencia de sonidos adventicios.</li> <li>• Administrar broncodilatadores.</li> <li>• Vigilar el estado respiratorio y de oxigenación, según corresponda.</li> </ul> <p><b><i>Manejo del equilibrio acidobásico (1910):</i></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mantener la vía aérea permeable.</li> <li>• Mantener un acceso i.v permeable.</li> <li>• Monitorizar las tendencias de pH arterial, PaCo<sub>2</sub> y HCO<sub>3</sub>, para determinar el tipo concreto de desequilibrio y los mecanismos fisiológicos compensadores presentes.</li> <li>• Monitorizar la gasometría arterial y los niveles de electrolitos séricos y urinarios, según precise.</li> <li>• Monitorizar el patrón respiratorio.</li> <li>• Monitorizar el estado neurológico.</li> </ul>

DIAGNÓSTICO NANDA	NOC	NIC
<p><b>(00011) Estreñimiento R/C disminución de la motilidad gastrointestinal secundario a inactividad física evidenciado por dolor al defecar y la presencia heces duras y disminuidas en cantidad y frecuencia</b></p>	<p><b><i>Eliminación intestinal (0501):</i></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Patrón de eliminación (050101)</li> <li>• Color de la heces (050103)</li> <li>• Facilidad de eliminación de heces (050112)</li> <li>• Dolor con el paso de las heces (050128)</li> <li>• Estreñimiento (050111)</li> </ul> <p><b><i>Función gastrointestinal (1015):</i></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Frecuencia de deposiciones (101503)</li> <li>• Consistencia de las deposiciones (101505)</li> <li>• Distensión abdominal (101514)</li> </ul>	<p><b><i>Manejo del estreñimiento/impactación fecal (0450):</i></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vigilar la aparición de signos y síntomas de impactación fecal.</li> <li>• Identificar los factores (medicamentos, reposo en cama, dieta) que pueden ser causa del estreñimiento o que contribuyan al mismo.</li> <li>• Fomentar la ingesta de líquidos, a menos que éste contraindicado.</li> <li>• Instruir al paciente/familiar acerca de la dieta rica en fibra, según corresponda.</li> <li>• Evaluar el registro de entradas para el contenido nutricional.</li> <li>• Sugerir el uso de laxantes/ablandadores de heces, según corresponda.</li> <li>• Extraer la impactación fecal manualmente, si fuera necesario.</li> <li>• Administrar el enema o la irrigación, cuando proceda.</li> <li>• Pesar al paciente regularmente.</li> </ul> <p><b><i>Entrenamiento intestinal (0440):</i></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Enseñar al paciente/familia los principios de la educación intestinal.</li> <li>• Instruir al paciente acerca de los alimentos con alto contenido en fibra.</li> <li>• Asegurar la ingesta adecuada de líquidos.</li> <li>• Asegurarse que realice el ejercicio adecuado.</li> </ul>

DIAGNÓSTICO NANDA	NOC	NIC
<p><b>(00011) Estreñimiento R/C actividad física insuficientes, estrés emocional evidenciado por cambios del patrón intestinal, ruidos intestinales hipoactivos y dolor al defecar</b></p>	<p><b>Eliminación intestinal (0501):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Patrón de eliminación (050101)</li> <li>• Color de la heces (050103)</li> <li>• Facilidad de eliminación de heces (050112)</li> <li>• Ruidos abdominales (050129)</li> <li>• Dolor con el paso de las heces (050128)</li> <li>• Estreñimiento (050111)</li> </ul> <p><b>Forma física (2004):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Participación en actividades físicas (200404)</li> <li>• Ejercicio habitual (200405)</li> <li>• Índice de masa corporal (200409)</li> </ul> <p><b>Equilibrio emocional (1204):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Muestra un estado de ánimo sereno (120402)</li> <li>• Conversa a un ritmo moderado (120406)</li> <li>• Refiere apetito normal (120413)</li> <li>• Depresión (120420)</li> <li>• Letargo (120421)</li> </ul>	<p><b>Manejo del estreñimiento/impactación fecal (0450):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vigilar la aparición de signos y síntomas de impactación fecal.</li> <li>• Vigilar la existencia del peristaltismo.</li> <li>• Identificar los factores (medicamentos, reposo en cama, dieta) que pueden ser causa del estreñimiento o que contribuyan al mismo.</li> <li>• Fomentar la ingesta de líquidos, a menos que éste contraindicado.</li> <li>• Instruir al paciente/familiar acerca de la dieta rica en fibra, según corresponda.</li> <li>• Evaluar el registro de entradas para el contenido nutricional.</li> <li>• Sugerir el uso de laxantes/ablandadores de heces, según corresponda.</li> <li>• Extraer la impactación fecal manualmente, si fuera necesario.</li> <li>• Administrar el enema o la irrigación, cuando proceda.</li> <li>• Pesarse al paciente regularmente.</li> </ul> <p><b>Fomento del ejercicio (0200):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Evaluar las creencias de salud del individuo sobre el ejercicio físico.</li> <li>• Determinar la motivación para empezar/ continuar con el programa de ejercicios.</li> <li>• Animar al individuo a empezar o continuar con el ejercicio.</li> <li>• Incluir a la familia / cuidadores del paciente en la planificación y mantenimiento del programa de ejercicios.</li> </ul> <p><b>Apoyo emocional (5270):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Explorar con el paciente qué ha desencadenado las emociones.</li> <li>• Escuchar las expresiones de sentimientos y creencias.</li> <li>• Facilitar la identificación por parte del paciente del patrón habitual de afrontamiento de los temores.</li> <li>• Permanecer con el paciente y proporcionar sentimientos de seguridad durante los periodos de más ansiedad.</li> </ul>

DIAGNÓSTICO NANDA	NOC	NIC
<b>(00031) Limpieza ineficaz de las vías aéreas R/C acúmulo de secreciones evidenciado por roncus, sibilancia, estertores</b>	<p><b>Estado respiratorio: permeabilidad de las vías respiratorias (0410):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Frecuencia respiratoria (041004)</li> <li>• Ritmo respiratorio (0041005)</li> <li>• Capacidad de eliminar secreciones (041012)</li> <li>• Asfixia (041003)</li> <li>• Ruidos respiratorios patológicos (041007)</li> <li>• Disnea en reposo (041015)</li> <li>• Tos (041019)</li> <li>• Jadeo (041014)</li> </ul> <p><b>Estado respiratorio (0415):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vías aéreas permeables (041532)</li> <li>• Saturación de oxígeno (041508)</li> <li>• Cianosis (041513)</li> <li>• Acumulación de esputo (041520)</li> </ul>	<p><b>Aspiración de las vías aéreas (3160):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Determinar la necesidad de la aspiración oral y/o traqueal.</li> <li>• Auscultar los sonidos respiratorios antes y después de la aspiración.</li> <li>• Proporcionar sedación, según corresponda.</li> <li>• Hiperoxigenar con oxígeno al 100% durante al menos 30 segundos mediante la utilización del ventilador o bolsa de reanimación manual antes y después de cada pasada.</li> <li>• Seleccionar una sonda de aspiración que sea la mitad del diámetro interior del tubo endotraqueal, cánula de traqueostomía o vía aérea del paciente.</li> <li>• Monitorizar la presencia de dolor.</li> <li>• Monitorizar el estado de oxigenación del paciente, estado neurológico y estado hemodinámico inmediatamente antes, durante y después de la succión.</li> <li>• Aspirar la orofaringe después de terminar la succión traqueal.</li> </ul> <p><b>Manejo de la vía aérea (3140):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Realizar fisioterapia torácica.</li> <li>• Fomentar una respiración lenta y profunda, giros y tos.</li> <li>• Auscultar los sonidos respiratorios, observando las áreas de disminución o ausencia de ventilación y la presencia de sonidos adventicios.</li> <li>• Administrar broncodilatadores.</li> <li>• Vigilar el estado respiratorio y de oxigenación, según corresponda.</li> </ul>

DIAGNÓSTICO NANDA	NOC	NIC
<p><b>(00031) Limpieza ineficaz de las vías aéreas R/C obstrucción de las vías aéreas secundario a enfermedad pulmonar evidenciado por tos ineficaz, roncus, sibilancia, estertores</b></p>	<p><b>Estado respiratorio: permeabilidad de las vías respiratorias (0410):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Frecuencia respiratoria (041004)</li> <li>• Ritmo respiratorio (0041005)</li> <li>• Capacidad de eliminar secreciones (041012)</li> <li>• Asfixia (041003)</li> <li>• Ruidos respiratorios patológicos (041007)</li> <li>• Disnea en reposo (041015)</li> <li>• Tos (041019)</li> <li>• Jadeo (041014)</li> </ul> <p><b>Estado respiratorio (0415):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vías aéreas permeables (041532)</li> <li>• Saturación de oxígeno (041508)</li> <li>• Cianosis (041513)</li> <li>• Acumulación de esputo (041520)</li> </ul>	<p><b>Aspiración de las vías aéreas (3160):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Determinar la necesidad de la aspiración oral y/o traqueal.</li> <li>• Auscultar los sonidos respiratorios antes y después de la aspiración.</li> <li>• Proporcionar sedación, según corresponda.</li> <li>• Hiperoxigenar con oxígeno al 100% durante al menos 30 segundos mediante la utilización del ventilador o bolsa de reanimación manual antes y después de cada pasada.</li> <li>• Seleccionar una sonda de aspiración que sea la mitad del diámetro interior del tubo endotraqueal, cánula de traqueostomía o vía aérea del paciente.</li> <li>• Monitorizar la presencia de dolor.</li> <li>• Monitorizar el estado de oxigenación del paciente, estado neurológico y estado hemodinámico inmediatamente antes, durante y después de la succión.</li> <li>• Aspirar la orofaringe después de terminar la succión traqueal.</li> </ul> <p><b>Monitorización respiratoria (3350):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vigilar la frecuencia, ritmo, profundidad y esfuerzo de las respiraciones.</li> <li>• Evaluar el movimiento torácico, observando la simetría, utilización de músculos accesorios y retracciones de músculos intercostales y supraclaviculares.</li> <li>• Observar si se producen respiraciones ruidosas, como estridor o ronquidos.</li> <li>• Monitorizar si aumenta la inquietud, ansiedad o disnea.</li> </ul>

DIAGNÓSTICO NANDA	NOC	NIC
<p><b>(00007) Hipertermia R/C proceso infeccioso evidenciado por alza térmica de 39°C</b></p>	<p><b>Termorregulación (0800):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sudoración con el calor (080010)</li> <li>• Frecuencia cardíaca radial (080012)</li> <li>• Frecuencia respiratoria (080013)</li> <li>• Temperatura cutánea aumentada (080001)</li> <li>• Hipertermia (080019)</li> <li>• Cambios en la coloración cutánea (080007)</li> <li>• Deshidratación (080014)</li> </ul> <p><b>Severidad de la infección (0703):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fiebre (070307)</li> <li>• Inestabilidad de la temperatura (070330)</li> <li>• Dolor (070333)</li> <li>• Malestar general (070311)</li> <li>• Letargia (070331)</li> <li>• Aumento de leucocitos (070326)</li> <li>• Disminución de leucocitos (070327)</li> </ul>	<p><b>Tratamiento de la fiebre (3740):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Controlar la temperatura y otros signos vitales.</li> <li>• Observar el color y la temperatura de la piel.</li> <li>• Administrar medicamentos o líquidos i.v (p.ej. antipiréticos, antibióticos y agentes antiescalofríos).</li> <li>• Cubrir al paciente con una manta con ropa ligera, dependiendo de la fase de la fiebre (es decir, ofrecer una manta cálida para la fase de escalofríos y ropa o ropa de cama ligera para las fases de fiebre y de defervescencia)</li> <li>• Fomentar el consumo de líquidos.</li> </ul> <p><b>Regulación de la temperatura (3900):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Comprobar la temperatura cada 2 horas, según corresponda.</li> <li>• Enseñar al paciente, sobre todo a los ancianos, acciones encaminadas a evitar la hipotermia por exposición al frío.</li> </ul> <p><b>Protección contra las infecciones (6550):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Observar los signos y síntomas de infección sistémica y localizada.</li> <li>• Vigilar el recuento absoluto de granulocitos, el recuento de leucocitos y la fórmula leucocitaria.</li> <li>• Mantener la asepsia para el paciente de riesgo.</li> <li>• Obtener muestras para cultivo, si es necesario.</li> <li>• Fomentar la ingesta adecuada de líquidos.</li> </ul>

DIAGNÓSTICO NANDA	NOC	NIC
<b>(00007) Hipertermia R/C Infección e inflamación de tejidos en el miembro inferior derecho y/o izquierdo</b>	<p><b>Termorregulación (0800):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sudoración con el calor (080010)</li> <li>• Frecuencia cardíaca radial (080012)</li> <li>• Frecuencia respiratoria (080013)</li> <li>• Temperatura cutánea aumentada (080001)</li> <li>• Hipertermia (080019)</li> <li>• Cambios en la coloración cutánea (080007)</li> <li>• Deshidratación (080014)</li> </ul> <p><b>Severidad de la infección (0703):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fiebre (070307)</li> <li>• Inestabilidad de la temperatura (070330)</li> <li>• Dolor (070333)</li> <li>• Malestar general (070311)</li> <li>• Erupción (070301)</li> <li>• Supuración fétida (070303)</li> <li>• Aumento de leucocitos (070326)</li> <li>• Disminución de leucocitos (070327)</li> </ul>	<p><b>Tratamiento de la fiebre (3740):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Controlar la temperatura y otros signos vitales.</li> <li>• Observar el color y la temperatura de la piel.</li> <li>• Administrar medicamentos o líquidos i.v (p.ej. antipiréticos, antibióticos y agentes antiescalofríos).</li> <li>• Cubrir al paciente con una manta con ropa ligera, dependiendo de la fase de la fiebre (es decir, ofrecer una manta cálida para la fase de escalofríos y ropa o ropa de cama ligera para las fases de fiebre y de defervescencia)</li> <li>• Fomentar el consumo de líquidos.</li> </ul> <p><b>Regulación de la temperatura (3900):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Comprobar la temperatura cada 2 horas, según corresponda.</li> <li>• Enseñar al paciente, sobre todo a los ancianos, acciones encaminadas a evitar la hipotermia por exposición al frío.</li> </ul> <p><b>Cuidados de las heridas (3660):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitorizar las características de la herida, incluyendo drenaje, color, tamaño y olor.</li> <li>• Medir el lecho de la herida, según corresponda.</li> <li>• Limpiar con solución salina fisiológica o un limpiador no tóxico, según corresponda.</li> <li>• Aplicar una crema adecuada en la piel/lesión.</li> <li>• Cambiar el apósito según la cantidad de exudado y drenaje.</li> <li>• Inspeccionar la herida cada vez que se realiza el cambio de vendaje.</li> <li>• Documentar la localización, el tamaño y el aspecto de la herida.</li> </ul> <p><b>Protección contra las infecciones (6550):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Observar los signos y síntomas de infección sistémica y localizada.</li> <li>• Vigilar el recuento absoluto de granulocitos, el recuento de leucocitos y la fórmula leucocitaria.</li> <li>• Mantener la asepsia para el paciente de riesgo.</li> <li>• Obtener muestras para cultivo, si es necesario.</li> <li>• Fomentar la ingesta adecuada de líquidos.</li> </ul>

DIAGNÓSTICO NANDA	NOC	NIC
<b>(00132) Dolor agudo R/C deterioro de la integridad cutánea secundario a celulitis en miembro inferior evidenciado por expresiones verbales y facial</b>	<b>Control del dolor (1605):</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Reconoce el comienzo del dolor (160502)</li> <li>Reconoce factores causales (160501)</li> <li>Utiliza los analgésicos de forma apropiada (160505)</li> <li>Refiere dolor controlado (160511)</li> </ul>	<b>Administración de analgésicos (2210):</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Determinar la ubicación, características, calidad y gravedad del dolor antes de medicar al paciente.</li> <li>Comprobar el historial de alergias a medicamentos.</li> <li>Determinar la selección de analgésicos (narcóticos, no narcóticos o AINE) según el tipo e intensidad del dolor.</li> <li>Controlar los signos vitales antes y después de la administración de los analgésicos narcóticos, con la primera dosis o si se observan signos inusuales.</li> <li>Instruir para que se solicite la medicación a demanda para el dolor antes de que el dolor sea intenso.</li> </ul>
	<b>Nivel del dolor (2102):</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Dolor referido (210201)</li> <li>Duración de los episodios de dolor (210204)</li> <li>Expresiones faciales de dolor (210206)</li> <li>Lágrimas (210225)</li> <li>Irritabilidad (210223)</li> </ul>	<b>Manejo del dolor (1400):</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Observar signos no verbales de molestias, especialmente en pacientes que no pueden comunicarse eficazmente.</li> <li>Evaluar las experiencias pasadas con el dolor que incluyan los antecedentes familiares y personales de dolores crónicos o que conlleven discapacidad, si es el caso.</li> </ul>
	<b>Integridad tisular: piel y membranas mucosas (1101):</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Temperatura de la piel (110101)</li> <li>Hidratación (110104)</li> <li>Perfusión tisular (110111)</li> <li>Integridad de la piel (110113)</li> <li>Lesiones cutáneas (110115)</li> <li>Eritema (110121)</li> <li>Necrosis (110123)</li> <li>Induración (110124)</li> </ul>	<b>Cuidados de las heridas (3660):</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Monitorizar las características de la herida, incluyendo drenaje, color, tamaño y olor.</li> <li>Limpiar con solución salina fisiológica.</li> <li>Administrar cuidados de la úlcera cutánea.</li> <li>Aplicar una crema adecuada en la piel/lesión.</li> <li>Cambiar el apósito según la cantidad de exudado y drenaje.</li> <li>Inspeccionar la herida cada vez que se realice el cambio de vendaje.</li> <li>Cambiar de posición al paciente como mínimo cada 2 horas.</li> </ul>

DIAGNÓSTICO NANDA	NOC	NIC
<p><b>(00214) Discomfort R/C dolor por tratamiento farmacológico continuado evidenciado por expresión verbal y facial</b></p>	<p><b><i>Nivel del dolor (2102):</i></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dolor referido (210201)</li> <li>• Duración de los episodios de dolor (210204)</li> <li>• Expresiones faciales de dolor (210206)</li> <li>• Lágrimas (210225)</li> <li>• Irritabilidad (210223)</li> </ul> <p><b><i>Estado de comodidad (2008):</i></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bienestar físico (200801)</li> <li>• Bienestar psicológico (200803)</li> <li>• Apoyo social de la familia (200806)</li> </ul>	<p><b><i>Manejo del dolor (1400):</i></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Observar signos no verbales de molestias, especialmente en pacientes que no pueden comunicarse eficazmente.</li> <li>• Evaluar las experiencias pasadas con el dolor que incluyan los antecedentes familiares y personales de dolores crónicos o que conlleven discapacidad, si es el caso.</li> </ul> <p><b><i>Manejo ambiental: confort (6482):</i></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Preparar la transición del paciente y de la familia dándoles una cálida bienvenida al nuevo ambiente.</li> <li>• Tener en cuenta la ubicación de los pacientes en habitaciones de múltiples camas.</li> <li>• Evitar interrupciones innecesarias y permitir periodos de reposo.</li> <li>• Crear un ambiente tranquilo y de apoyo.</li> <li>• Determinar las fuentes de incomodidad, como vendajes mojados, posición de sonda, ropa de cama arrugada y factores ambientales irritantes.</li> </ul>

DIAGNÓSTICO NANDA	NOC	NIC
<p><b>(00133) Dolor crónico R/C proceso evolutivo de enfermedad de cirrosis hepática evidenciado por dolor abdominal, ascitis y expresiones verbales y faciales de dolor</b></p>	<p><b>Control del dolor (1605):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Reconoce el comienzo del dolor (160502)</li> <li>• Reconoce factores causales (160501)</li> <li>• Utiliza los analgésicos de forma apropiada (160505)</li> <li>• Refiere síntomas incontrolables al profesional sanitario (160507)</li> <li>• Reconoce síntomas asociados del dolor (160509)</li> <li>• Refiere dolor controlado (160511)</li> </ul> <p><b>Dolor: efectos nocivos (2101):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Incomodidad (210127)</li> <li>• Deterioro del desempeño del rol (210102)</li> <li>• Disminución de la capacidad para concentrarse (210108)</li> <li>• Estado de ánimo alterado (210110)</li> <li>• Trastorno del sueño (210112)</li> <li>• Desesperanza (210133)</li> </ul>	<p><b>Administración de analgésicos (2210):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Determinar la ubicación, características, calidad y gravedad del dolor antes de medicar al paciente.</li> <li>• Comprobar el historial de alergias a medicamentos.</li> <li>• Determinar la selección de analgésicos (narcóticos, no narcóticos o AINE) según el tipo e intensidad del dolor.</li> <li>• Controlar los signos vitales antes y después de la administración de los analgésicos narcóticos, con la primera dosis o si se observan signos inusuales.</li> <li>• Instruir para que se solicite la medicación a demanda para el dolor antes de que el dolor sea intenso.</li> </ul> <p><b>Manejo del dolor (1400):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Observar signos no verbales de molestias, especialmente en pacientes que no pueden comunicarse eficazmente.</li> <li>• Evaluar las experiencias pasadas con el dolor que incluyan los antecedentes familiares y personales de dolores crónicos o que conlleven discapacidad, si es el caso.</li> </ul>

DIAGNÓSTICO NANDA	NOC	NIC
<b>(00040) Riesgo de síndrome de desuso R/C dolor severo secundario a afección isquémica</b>	<p><b>Control de riesgo (1902):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Identifica los factores de riesgo (190220)</li> <li>• Desarrolla estrategias de control del riesgo efectivas (190204)</li> <li>• Modifica el estilo de vida para reducir el riesgo (190208)</li> </ul> <p><b>Control del dolor (1605):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Reconoce el comienzo del dolor (160502)</li> <li>• Reconoce factores causales (160501)</li> <li>• Utiliza los analgésicos de forma apropiada (160505)</li> <li>• Reconoce síntomas asociados del dolor (160509)</li> <li>• Refiere dolor controlado (160511)</li> </ul> <p><b>Dolor: efectos nocivos (2101):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Incomodidad (210127)</li> <li>• Deterioro del desempeño del rol (210102)</li> <li>• Disminución de la capacidad para concentrarse (210108)</li> <li>• Impaciencia (210111)</li> <li>• Movilidad física alterada (210113)</li> <li>• Estado de ánimo alterado (210110)</li> <li>• Trastorno del sueño (210112)</li> <li>• Desesperanza (210133)</li> </ul> <p><b>Consecuencias de la inmovilidad: fisiológicas (0204):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Úlceras por presión (020401)</li> <li>• Articulaciones contraídas (020415)</li> <li>• Fuerza muscular (020404)</li> <li>• Movimiento articular (020414)</li> </ul>	<p><b>Administración de analgésicos (2210):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Determinar la ubicación, características, calidad y gravedad del dolor antes de medicar al paciente.</li> <li>• Comprobar el historial de alergias a medicamentos.</li> <li>• Determinar la selección de analgésicos (narcóticos, no narcóticos o AINE) según el tipo e intensidad del dolor.</li> <li>• Controlar los signos vitales antes y después de la administración de los analgésicos narcóticos, con la primera dosis o si se observan signos inusuales.</li> <li>• Instruir para que se solicite la medicación a demanda para el dolor antes de que el dolor sea intenso.</li> </ul> <p><b>Manejo del dolor (1400):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Observar signos no verbales de molestias, especialmente en pacientes que no pueden comunicarse eficazmente.</li> <li>• Evaluar las experiencias pasadas con el dolor que incluyan los antecedentes familiares y personales de dolores crónicos o que conlleven discapacidad, si es el caso.</li> </ul> <p><b>Cuidados del paciente encamado (0740):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Explicar las razones del reposo en cama.</li> <li>• Colocar al paciente con una alineación corporal adecuado.</li> <li>• Utilizar dispositivos en la cama que protejan al paciente.</li> <li>• Subir las barandillas.</li> <li>• Cambiar la posición del paciente, según lo indique el estado de la piel.</li> <li>• Girar al paciente inmovilizado al menos cada 2 horas.</li> <li>• Vigilar el estado de la piel.</li> <li>• Realizar ejercicios de rango de movimiento pasivos y/o activos.</li> </ul>

DIAGNÓSTICO NANDA	NOC	NIC
<b>(00020) Incontinencia urinaria funcional R/C debilidad de los músculos pélvicos y de los soportes estructurales evidenciado por urgencia urinaria</b>	<p><b>Continencia urinaria (0502):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Reconoce la urgencia miccional (050201)</li> <li>• Micción mayor a 150ml cada vez (050206)</li> <li>• Capaz de interrumpir el chorro de la orina (050208)</li> <li>• Vacía la vejiga completamente (050209)</li> <li>• Ingesta hídrica en el rango esperado (050215)</li> <li>• Pérdidas de orina entre micciones (050207)</li> <li>• Pérdidas de orina al aumentar presión abdominal (estornudar, reír, levantar pesos).</li> <li>• Ropa interior mojada durante el día.</li> </ul>	<p><b>Micción estimulada (0640):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Determinar la capacidad para reconocer la urgencia de orinar.</li> <li>• Establecer intervalos del programa inicial de micción simulada a partir del patrón miccional.</li> <li>• Determinar la conciencia del paciente del estado de continencia preguntándole si está mojado o seco.</li> <li>• Enseñar al paciente a tomar conciencia de la continencia urinaria entre sesiones de ir al baño.</li> <li>• Enseñar la paciente a solicitar por sí mismo el ir al baño en respuesta a la urgencia de miccionar.</li> </ul> <p><b>Entrenamiento del hábito urinario (0600):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Llevar un registro de especificación de continencia durante 3 días para establecer el patrón de eliminación urinaria.</li> <li>• Establecer un intervalo inicial para ir al baño, en función del patrón de eliminación urinaria y de la rutina habitual (comer, levantarse y acostarse).</li> <li>• Utilizar el poder de la sugestión (hacer correr agua o tirar de la cadena de aseo) para ayudar al paciente a orinar.</li> <li>• Evitar dejar al paciente en el baño durante más de 5 minutos.</li> <li>• Mantener el programa de ir al baño para ayudar a establecer y mantener el hábito miccional.</li> </ul>

DIAGNÓSTICO NANDA	NOC	NIC
<p><b>(00020) Incontinencia urinaria funcional R/C debilidad de los músculos pélvicos secundario a edad avanzada evidenciado por pérdida de orina antes de llegar al inodoro</b></p>	<p><b>Continencia urinaria (0502):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Reconoce la urgencia miccional (050201)</li> <li>• Micción mayor a 150ml cada vez (050206)</li> <li>• Capaz de interrumpir el chorro de la orina (050208)</li> <li>• Vacía la vejiga completamente (050209)</li> <li>• Ingesta hídrica en el rango esperado (050215)</li> <li>• Pérdidas de orina entre micciones (050207)</li> <li>• Pérdidas de orina al aumentar presión abdominal (estornudar, reír, levantar pesos).</li> <li>• Ropa interior mojada durante el día.</li> </ul> <p><b>Ambular (0200):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Camina con marcha eficaz (020002)</li> <li>• Camina a paso lento (020003)</li> <li>• Camina a paso moderado (020004)</li> <li>• Camina distancias cortas (020010)</li> <li>• Anda por la habitación (020014)</li> </ul>	<p><b>Micción estimulada (0640):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Determinar la capacidad para reconocer la urgencia de orinar.</li> <li>• Establecer intervalos del programa inicial de micción simulada a partir del patrón miccional.</li> <li>• Determinar la conciencia del paciente del estado de continencia preguntándole si está mojado o seco.</li> <li>• Enseñar al paciente a tomar conciencia de la continencia urinaria entre sesiones de ir al baño.</li> <li>• Enseñar la paciente a solicitar por sí mismo el ir al baño en respuesta a la urgencia de miccionar.</li> </ul> <p><b>Entrenamiento del hábito urinario (0600):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Llevar un registro de especificación de continencia durante 3 días para establecer el patrón de eliminación urinaria.</li> <li>• Establecer un intervalo inicial para ir al baño, en función del patrón de eliminación urinaria y de la rutina habitual (comer, levantarse y acostarse).</li> <li>• Utilizar el poder de la sugestión (hacer correr agua o tirar de la cadena de aseo) para ayudar al paciente a orinar.</li> <li>• Evitar dejar al paciente en el baño durante más de 5 minutos.</li> <li>• Mantener el programa de ir al baño para ayudar a establecer y mantener el hábito miccional.</li> </ul>

DIAGNÓSTICO NANDA	NOC	NIC
<p><b>(00032) Patrón respiratorio ineficaz R/C deterioro de los músculos respiratorios secundario a enfermedad pulmonar evidenciado por disnea, aleteo nasal</b></p>	<p><b><i>Estado respiratorio: ventilación (0403):</i></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Frecuencia respiratoria (040301)</li> <li>• Ritmo respiratorio (040302)</li> <li>• Ruidos de la respiración (040318)</li> <li>• Disnea de reposo (040313)</li> <li>• Disnea de esfuerzo (040314)</li> <li>• Espiración alterada (040332)</li> <li>• Atelectasias (040334)</li> </ul>	<p><b><i>Oxigenoterapia (3320):</i></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Animar la eliminar las secreciones bucales, nasales y traqueales, según corresponda.</li> <li>• Mantener la permeabilidad de las vías aéreas.</li> <li>• Administrar oxígeno suplementario según corresponda.</li> <li>• Controlar la eficacia de la oxigenoterapia (pulsoxímetro, gasometría arterial)</li> <li>• Proporcionar oxígeno durante los traslados del paciente.</li> </ul> <p><b><i>Manejo de la vía área (3140):</i></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Realizar fisioterapia torácica.</li> <li>• Fomentar una respiración lenta y profunda, giros y tos.</li> <li>• Auscultar los sonidos respiratorios, observando las áreas de disminución o ausencia de ventilación y la presencia de sonidos adventicios.</li> <li>• Administrar broncodilatadores.</li> <li>• Vigilar el estado respiratorio y de oxigenación, según corresponda.</li> </ul>

DIAGNÓSTICO NANDA	NOC	NIC
<b>(00032) Patrón respiratorio ineficaz R/C hiperventilación evidenciado por disnea y tiraje intercostal</b>	<b><i>Estado respiratorio: ventilación (0403):</i></b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Frecuencia respiratoria (040301)</li> <li>• Ritmo respiratorio (040302)</li> <li>• Ruidos de la respiración (040318)</li> <li>• Disnea de reposo (040313)</li> <li>• Disnea de esfuerzo (040314)</li> <li>• Espiración alterada (040332)</li> <li>• Atelectasias (040334)</li> </ul>	<b><i>Oxigenoterapia (3320):</i></b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Animar la eliminar las secreciones bucales, nasales y traqueales, según corresponda.</li> <li>• Mantener la permeabilidad de las vías aéreas.</li> <li>• Administrar oxígeno suplementario según corresponda.</li> <li>• Controlar la eficacia de la oxigenoterapia (pulsoxímetro, gasometría arterial)</li> <li>• Proporcionar oxígeno durante los traslados del paciente.</li> </ul> <b><i>Manejo de la vía área (3140):</i></b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Realizar fisioterapia torácica.</li> <li>• Fomentar una respiración lenta y profunda, giros y tos.</li> <li>• Auscultar los sonidos respiratorios, observando las áreas de disminución o ausencia de ventilación y la presencia de sonidos adventicios.</li> <li>• Administrar broncodilatadores.</li> <li>• Vigilar el estado respiratorio y de oxigenación, según corresponda.</li> </ul>

DIAGNÓSTICO NANDA	NOC	NIC
<p><b>(00198) Trastorno del patrón del sueño R/C disconfort secundario a ambiente hospitalario evidenciado por irritabilidad</b></p>	<p><b>Sueño (0004):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Horas de sueño (000401)</li> <li>• Patrón del sueño (000403)</li> <li>• Calidad del sueño (000404)</li> <li>• Dificultad para conciliar el sueño (000421)</li> <li>• Apnea del sueño (000416)</li> </ul> <p><b>Estado de comodidad: entorno (2009):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Entorno favorable para el sueño (200903)</li> <li>• Satisfacción con el entorno físico (200904)</li> <li>• Adaptaciones ambientales necesarias (200914)</li> </ul>	<p><b>Mejorar el sueño (1850):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Determinar el patrón del sueño del paciente.</i></li> <li>• <i>Determinar los efectos que tiene la medicación del paciente en el patrón del sueño.</i></li> <li>• <i>Comprobar el patrón del sueño del paciente y observa las circunstancias físicas (apnea del sueño, vías aéreas obstruidas, dolor/molestias y frecuencia urinaria) y/ psicológicas (miedo o ansiedad) que interrumpen el sueño.</i></li> <li>• <i>Ajustar el ambiente (luz, ruido, temperatura, colchón y cama) para favorecer el sueño.</i></li> <li>• <i>Ayudar a eliminar las situaciones estresantes antes de irse a dormir.</i></li> <li>• <i>Fomentar el uso de medicamentos para dormir que no contengan supresores de la fase REM.</i></li> </ul> <p><b>Manejo ambiental: confort (6482):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Preparar la transición del paciente y de la familia dándoles una cálida bienvenida al nuevo ambiente.</li> <li>• Tener en cuenta la ubicación de los pacientes en habitaciones de múltiples camas.</li> <li>• Evitar interrupciones innecesarias y permitir periodos de reposo.</li> <li>• Crear un ambiente tranquilo y de apoyo.</li> <li>• Determinar las fuentes de incomodidad, como vendajes mojados, posición de sonda, ropa de cama arrugada y factores ambientales irritantes.</li> </ul>

DIAGNÓSTICO NANDA	NOC	NIC
<b>(00198) Trastorno del patrón del sueño R/C disconfort por ambiente compartido con otras personas</b>	<p><b>Sueño (0004):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Horas de sueño (000401)</li> <li>• Patrón del sueño (000403)</li> <li>• Calidad del sueño (000404)</li> <li>• Dificultad para conciliar el sueño (000421)</li> <li>• Apnea del sueño (000416)</li> </ul> <p><b>Estado de comodidad: entorno (2009):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Entorno favorable para el sueño (200903)</li> <li>• Satisfacción con el entorno físico (200904)</li> <li>• Adaptaciones ambientales necesarias (200914)</li> </ul>	<p><b>Mejorar el sueño (1850):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Determinar el patrón del sueño del paciente.</li> <li>• Determinar los efectos que tiene la medicación del paciente en el patrón del sueño.</li> <li>• Comprobar el patrón del sueño del paciente y observa las circunstancias físicas (apnea del sueño, vías aéreas obstruidas, dolor/molestias y frecuencia urinaria) y/ psicológicas (miedo o ansiedad) que interrumpen el sueño.</li> <li>• Ajustar el ambiente (luz, ruido, temperatura, colchón y cama) para favorecer el sueño.</li> <li>• Ayudar a eliminar las situaciones estresantes antes de irse a dormir.</li> <li>• Fomentar el uso de medicamentos <i>para dormir que no contengan supresores de la fase REM.</i></li> </ul> <p><b>Manejo ambiental: confort (6482):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Preparar la transición del paciente y de la familia dándoles una cálida bienvenida al nuevo ambiente.</li> <li>• Tener en cuenta la ubicación de los pacientes en habitaciones de múltiples camas.</li> <li>• Evitar interrupciones innecesarias y permitir periodos de reposo.</li> <li>• Crear un ambiente tranquilo y de apoyo.</li> <li>• Determinar las fuentes de incomodidad, como vendajes mojados, posición de sonda, ropa de cama arrugada y factores ambientales irritantes.</li> </ul>

DIAGNÓSTICO NANDA	NOC	NIC
<p><b>(00257) Síndrome de fragilidad del anciano R/C alteración de la función cognitiva evidenciado por deterioro de la memoria y desorientación frecuente</b></p>	<p><b>Cognición (0900):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Atiende (090003)</li> <li>• Está orientado (090005)</li> <li>• Procesa la información (090009)</li> <li>• Toma decisiones apropiadas (090011)</li> </ul> <p><b>Memoria (0908):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Recuerda información inmediata de forma precisa (090801)</li> <li>• Recuerda información reciente de forma precisa (090802)</li> <li>• Recuerda información remota de forma precisa (090803)</li> </ul> <p><b>Orientación cognitiva (0901):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se autoidentifica (090101)</li> <li>• Identifica a los seres queridos (090102)</li> <li>• Identifica el lugar donde está (090103)</li> <li>• Identifica eventos actuales significativos (090109)</li> </ul>	<p><b>Estimulación cognitiva (4720) NO</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Informar al paciente sobre noticias de sucesos recientes que no supongan amenazas.</li> <li>• Proporcionar estimulación ambiental a través del contacto con distintas personas.</li> <li>• Orientar con respecto al tiempo, lugar y persona.</li> </ul> <p><b>Entrenamiento de la memoria (4760):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Estimular la memoria mediante la repetición del último pensamiento expresado por el paciente.</li> <li>• Recordar experiencias pasadas con el paciente.</li> <li>• Llevar a cabo técnicas de memoria adecuadas, como imaginación visual, dispositivos nemotécnicos, juegos de memoria, pistas de memoria, técnicas de asociación, realizar listas, utilización de ordenadores, utilización de etiquetas con nombres o repasar la información.</li> <li>• Proporcionar entrenamiento de orientación, como que el paciente repase información y fechas importantes.</li> <li>• Facilitar oportunidades de utilizar la memoria para sucesos recientes.</li> </ul> <p><b>Orientación de la realidad (5540):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hablar al paciente de una manera clara, a un ritmo, volumen y tono adecuados.</li> <li>• Hacer las preguntas de una en una.</li> <li>• Utilizar gestos/objetos para aumentar la comprensión de las comunicaciones verbales.</li> <li>• Utilizar señales con dibujos para favorecer el uso adecuado de los objetos.</li> <li>• Utilizar señales ambientales (signos, cuadros, relojes, calendarios y codificación de color del ambiente) para estimular la memoria, reorientar y fomentar una conducta adecuada.</li> </ul>

DIAGNÓSTICO NANDA	NOC	NIC
<b>(00257) Síndrome de fragilidad del anciano R/C hospitalización prolongada evidenciado por deterioro de la memoria</b>	<p><b>Cognición (0900):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Atiende (090003)</li> <li>• Está orientado (090005)</li> <li>• Procesa la información (090009)</li> <li>• Toma decisiones apropiadas (090011)</li> </ul> <p><b>Orientación cognitiva (0901):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se autoidentifica (090101)</li> <li>• Identifica a los seres queridos (090102)</li> <li>• Identifica el lugar donde está (090103)</li> <li>• Identifica eventos actuales significativos (090109)</li> </ul> <p><b>Envejecimiento físico (0113):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Memoria (011318)</li> <li>• Estado cognitivo (011319)</li> <li>• Presión arterial (011305)</li> <li>• Agudeza visual (011309)</li> <li>• Agudeza auditiva (011308)</li> <li>• Gasto cardíaco (011303)</li> <li>• Control intestinal (011324)</li> <li>• Resistencia a la infección (011323)</li> </ul>	<p><b>Estimulación cognitiva (4720)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Informar al paciente sobre noticias de sucesos recientes que no supongan amenazas.</li> <li>• Proporcionar estimulación ambiental a través del contacto con distintas personas.</li> <li>• Orientar con respecto al tiempo, lugar y persona.</li> </ul> <p><b>Orientación de la realidad (5540):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hablar al paciente de una manera clara, a un ritmo, volumen y tono adecuados.</li> <li>• Hacer las preguntas de una en una.</li> <li>• Utilizar gestos/objetos para aumentar la comprensión de las comunicaciones verbales.</li> <li>• Utilizar señales con dibujos para favorecer el uso adecuado de los objetos.</li> <li>• Utilizar señales ambientales (signos, cuadros, relojes, calendarios y codificación de color del ambiente) para estimular la memoria, reorientar y fomentar una conducta adecuada.</li> </ul>

DIAGNÓSTICO NANDA	NOC	NIC
<b>(00231) Riesgo de síndrome de fragilidad del anciano R/C disminución de la fuerza muscular</b>	<b>Envejecimiento físico (0113):</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Masa muscular media (011301)</li> <li>• Estado cognitivo (011319)</li> <li>• Densidad ósea (011302)</li> <li>• Elasticidad cutánea (011306)</li> <li>• Fuerza muscular (011307)</li> </ul>	<b>Ayuda con el autocuidado (1800)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Considerar la cultura del paciente al fomentar actividades de autocuidado.</li> <li>• Comprobar la capacidad del paciente para ejercer una autocuidado independiente.</li> <li>• Observar la necesidad por parte del paciente de dispositivos adaptados para la higiene personal, vestirse, el arreglo personal, el aseo y alimentarse.</li> <li>• Proporcionar ayuda hasta que el paciente sea totalmente capaz de asumir el autocuidado.</li> <li>• Animar al paciente a realizar las actividades normales de la vida diaria ajustadas al nivel de capacidad.</li> <li>• Enseñar a la familia a fomentar la independencia, para intervenir solamente cuando el paciente no pueda realizar la acción dada.</li> </ul> <b>Terapia de ejercicios: control muscular (0226)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Determinar la disposición del paciente para comprometerse a realizar un protocolo de actividades o ejercicios.</li> <li>• Evaluar las funciones sensoriales (visión, audición y propiocepción).</li> <li>• Explicar el fundamento del tipo de ejercicio y el protocolo al paciente/familia.</li> <li>• Disponer privacidad para el paciente durante el ejercicio.</li> <li>• Establecer una secuencia de actividades diarias de cuidados para potenciar los efectos de la terapia específica de ejercicios.</li> <li>• Reevaluar la necesidad de dispositivos de ayuda a intervalos regulares en colaboración con el fisioterapeuta.</li> <li>• Animar al paciente a practicar ejercicios de forma independiente.</li> <li>• Evaluar el progreso del paciente en la mejora/ restablecimiento del movimiento y la función corporal.</li> </ul>

DIAGNÓSTICO NANDA	NOC	NIC
<b>(00231) Riesgo de síndrome de fragilidad del anciano R/C pérdida degenerativa de masa muscular</b>	<p><b>Cognición (0900):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Atiende (090003)</li> <li>• Está orientado (090005)</li> <li>• Procesa la información (090009)</li> <li>• Toma decisiones apropiadas (090011)</li> </ul> <p><b>Envejecimiento físico (0113):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Masa muscular media (011301)</li> <li>• Estado cognitivo (011319)</li> <li>• Densidad ósea (011302)</li> <li>• Elasticidad cutánea (011306)</li> <li>• Fuerza muscular (011307)</li> </ul>	<p><b>Estimulación cognitiva (4720)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Informar al paciente sobre noticias de sucesos recientes que no supongan amenazas.</li> <li>• Proporcionar estimulación ambiental a través del contacto con distintas personas.</li> <li>• Orientar con respecto al tiempo, lugar y persona.</li> </ul> <p><b>Orientación de la realidad (4820)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hablar al paciente de una manera clara, a un ritmo, volumen y tono adecuado.</li> <li>• Evitar frustrar al paciente con demandas que superen su capacidad.</li> <li>• Informar la paciente acerca de personas, lugares y tiempo.</li> <li>• Presentar la realidad de manera que conserve la dignidad del paciente.</li> </ul> <p><b>Terapia de ejercicios: control muscular (0226)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Determinar la disposición del paciente para comprometerse a realizar un protocolo de actividades o ejercicios.</li> <li>• Evaluar las funciones sensoriales (visión, audición y propiocepción).</li> <li>• Explicar el fundamento del tipo de ejercicio y el protocolo al paciente/familia.</li> <li>• Disponer privacidad para el paciente durante el ejercicio.</li> <li>• Establecer una secuencia de actividades diarias de cuidados para potenciar los efectos de la terapia específica de ejercicios.</li> <li>• Reevaluar la necesidad de dispositivos de ayuda a intervalos regulares en colaboración con el fisioterapeuta.</li> <li>• Animar al paciente a practicar ejercicios de forma independiente.</li> <li>• Evaluar el progreso del paciente en la mejora/ restablecimiento del movimiento y la función corporal.</li> </ul>

DIAGNÓSTICO NANDA	NOC	NIC
<b>(00232) Obesidad R/C desorden alimentario evidenciado por índice de masa corporal alto</b>	<p><b><i>Estado nutricional (1004):</i></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ingesta de nutrientes (100401)</li> <li>• Ingesta de líquidos (100408)</li> <li>• Relación peso/talla (100411)</li> </ul>	<p><b><i>Manejo de la nutrición (1100):</i></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Determinar el estado nutricional y su capacidad para satisfacer las necesidades nutricionales.</li> <li>• Identificar las alergias o intolerancias alimentarias del paciente.</li> <li>• Asegurarse de que el paciente utiliza bien las dentaduras postizas.</li> <li>• Administrar medicamentos antes de comer, si es necesario.</li> <li>• Monitorizar las tendencias de pérdida e incremento de peso.</li> <li>• Evitar frustrar al paciente con demandas que superen su capacidad.</li> </ul>

DIAGNÓSTICO NANDA	NOC	NIC
<p><b>(00232) Obesidad R/C deficiente práctica de actividad física e incumplimiento de dieta prescrita evidenciado por índice de masa corporal alto</b></p>	<p><b>Estado nutricional (1004):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ingesta de nutrientes (100401)</li> <li>• Ingesta de líquidos (100408)</li> <li>• Relación peso/talla (100411)</li> </ul> <p><b>Conducta de cumplimiento: actividad prescrita (1632):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Establece objetivos de actividad alcanzables a largo plazo con el profesional sanitario (163204)</li> <li>• Participa en la actividad física diaria prescrita (163210)</li> </ul> <p><b>Conducta de cumplimiento: dieta prescrita (1622):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Participa en el establecimiento de objetivos dietéticos alcanzables con un profesional sanitario (162201)</li> <li>• Selecciona raciones compatibles con la dieta prescrita (162204)</li> <li>• Evita alimentos y líquidos no permitidos en la dieta (162207)</li> <li>• Sigue las recomendaciones para organizar la dieta (162214)</li> <li>• Sigue las recomendaciones sobre el número de comidas al día (162210)</li> </ul>	<p><b>Manejo de la nutrición (1100):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Determinar el estado nutricional y su capacidad para satisfacer las necesidades nutricionales.</li> <li>• Identificar las alergias o intolerancias alimentarias del paciente.</li> <li>• Asegurarse de que el paciente utiliza bien las dentaduras postizas.</li> <li>• Administrar medicamentos antes de comer, si es necesario.</li> <li>• Monitorizar las tendencias de pérdida e incremento de peso.</li> <li>• Evitar frustrar al paciente con demandas que superen su capacidad.</li> </ul> <p><b>Enseñanza: ejercicio prescrito (5612):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Evaluar el nivel actual de ejercicio del paciente y el conocimiento del ejercicio prescrito.</li> <li>• Evaluar las limitaciones fisiológicas y psicológicas del paciente, así como su condición y nivel cultural.</li> <li>• Ayudar al paciente a marcarse objetivos para un aumento lento y constante del ejercicio.</li> <li>• Enseñar al paciente a realizar el ejercicio prescrito.</li> </ul> <p><b>Enseñanza: dieta prescrita (5614)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Evaluar el nivel actual del paciente de los conocimientos acerca de la dieta prescrita.</li> <li>• Evaluar los patrones actuales y anteriores de alimentación del paciente, así como los alimentos preferidos y los hábitos alimenticios actuales.</li> <li>• Explicar el propósito del seguimiento de la dieta para la salud general.</li> <li>• Informar al paciente sobre los alimentos permitidos y prohibidos.</li> <li>• Incluir a la familia, si procede.</li> </ul>

DIAGNÓSTICO NANDA	NOC	NIC
<p><b>(00233) Sobrepeso R/C alteración de la percepción secundario a temor a quedar sin alimentos</b></p>	<p><b><i>Estado nutricional (1004):</i></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ingesta de nutrientes (100401)</li> <li>• Ingesta de líquidos (100408)</li> <li>• Relación peso/talla (100411)</li> </ul> <p><b><i>Creencias sobre la salud: percepción de control (1702):</i></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Responsabilidad percibida por decisiones sobre la salud (170201)</li> <li>• Implicación requerida en decisiones sobre la salud (170202)</li> <li>• Voluntad para seguir viviendo (170207)</li> </ul>	<p><b><i>Manejo de la nutrición (1100):</i></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Determinar el estado nutricional y su capacidad para satisfacer las necesidades nutricionales.</li> <li>• Identificar las alergias o intolerancias alimentarias del paciente.</li> <li>• Asegurarse de que el paciente utiliza bien las dentaduras postizas.</li> <li>• Administrar medicamentos antes de comer, si es necesario.</li> <li>• Monitorizar las tendencias de pérdida e incremento de peso.</li> <li>• Evitar frustrar al paciente con demandas que superen su capacidad.</li> </ul> <p><b><i>Entrenamiento para controlar los impulsos (4370):</i></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Seleccionar la estrategia de solución de problemas adecuada al nivel de desarrollo y la función cognitiva del paciente.</li> <li>• Utilizar un plan de modificación de conducta que sea apropiado.</li> <li>• Ayudar la paciente a identificar el problema o situación que requiera una acción mediata.</li> <li>• Enseñar al paciente a “detenerse y pensar” antes de comportarse impulsivamente.</li> <li>• Animar al paciente a recompensarse a sí mismo por los resultados satisfactorios.</li> </ul>

DIAGNÓSTICO NANDA	NOC	NIC
<p><b>(00233) Sobrepeso R/C incumplimiento de la dieta prescrita evidenciado por índice de masa corporal mayor de 25kg/m<sup>2</sup></b></p>	<p><b><i>Estado nutricional (1004):</i></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ingesta de nutrientes (100401)</li> <li>• Ingesta de líquidos (100408)</li> <li>• Relación peso/talla (100411)</li> </ul> <p><b><i>Conducta de cumplimiento: dieta prescrita (1622):</i></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Participa en el establecimiento de objetivos dietéticos alcanzables con un profesional sanitario (162201)</li> <li>• Selecciona raciones compatibles con la dieta prescrita (162204)</li> <li>• Evita alimentos y líquidos no permitidos en la dieta (162207)</li> <li>• Sigue las recomendaciones para organizar la dieta (162214)</li> <li>• Sigue las recomendaciones sobre el número de comidas al día (162210)</li> </ul>	<p><b><i>Manejo de la nutrición (1100):</i></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Determinar el estado nutricional y su capacidad para satisfacer las necesidades nutricionales.</li> <li>• Identificar las alergias o intolerancias alimentarias del paciente.</li> <li>• Asegurarse de que el paciente utiliza bien las dentaduras postizas.</li> <li>• Administrar medicamentos antes de comer, si es necesario.</li> <li>• Monitorizar las tendencias de pérdida e incremento de peso.</li> <li>• Evitar frustrar al paciente con demandas que superen su capacidad.</li> </ul> <p><b><i>Enseñanza: dieta prescrita (5614)</i></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Evaluar el nivel actual del paciente de los conocimientos acerca de la dieta prescrita.</li> <li>• Evaluar los patrones actuales y anteriores de alimentación del paciente, así como los alimentos preferidos y los hábitos alimenticios actuales.</li> <li>• Explicar el propósito del seguimiento de la dieta para la salud general.</li> <li>• Informar al paciente sobre los alimentos permitidos y prohibidos.</li> <li>• Incluir a la familia, si procede.</li> </ul>

DIAGNÓSTICO NANDA	NOC	NIC
<b>(00240) Riesgo de disminución del gasto cardíaco R/C antecedentes de enfermedad cardiovascular</b>	<b><i>Estado cardiopulmonar (0414):</i></b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Presión arterial sistólica (041401)</li> <li>• Presión arterial diastólica (041402)</li> <li>• Ritmo cardíaco (041405)</li> <li>• Frecuencia respiratoria (041406)</li> <li>• Eliminación urinaria (041410)</li> <li>• Cianosis (041417)</li> <li>• Edema periférico (041422)</li> <li>• Fatiga (041426)</li> <li>• Diaforesis (041431)</li> </ul>	<b><i>Cuidados cardíacos (4040):</i></b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitorizar los signos vitales con frecuencia.</li> <li>• Monitorizar el estado cardiovascular.</li> <li>• Observar los signos y síntomas de disminución del gasto cardíaco.</li> <li>• Monitorizar el estado respiratorio por si aparecen síntomas de insuficiencia cardíaca.</li> <li>• Monitorizar el equilibrio hídrico.</li> <li>• Evaluar las alteraciones de la presión arterial.</li> <li>• Monitorizar la aparición de disnea, fatiga, taquipnea y ortopnea.</li> <li>• Fomentar técnicas eficaces de reducción del estrés.</li> <li>• Instruir al paciente sobre la relevancia de notificar de inmediato cualquier molestia torácica.</li> </ul>

DIAGNÓSTICO NANDA	NOC	NIC
<b>(00240) Riesgo de disminución del gasto cardíaco R/C deterioro de la función cardiovascular secundario a daño coronario</b>	<p><b><i>Estado cardiopulmonar (0414):</i></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Presión arterial sistólica (041401)</li> <li>• Presión arterial diastólica (041402)</li> <li>• Ritmo cardíaco (041405)</li> <li>• Frecuencia respiratoria (041406)</li> <li>• Eliminación urinaria (041410)</li> <li>• Cianosis (041417)</li> <li>• Edema periférico (041422)</li> <li>• Fatiga (041426)</li> <li>• Diaforesis (041431)</li> </ul>	<p><b><i>Cuidados cardíacos (4040):</i></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitorizar los signos vitales con frecuencia.</li> <li>• Monitorizar el estado cardiovascular.</li> <li>• Observar los signos y síntomas de disminución del gasto cardíaco.</li> <li>• Monitorizar el estado respiratorio por si aparecen síntomas de insuficiencia cardíaca.</li> <li>• Monitorizar el equilibrio hídrico.</li> <li>• Evaluar las alteraciones de la presión arterial.</li> <li>• Monitorizar la aparición de disnea, fatiga, taquipnea y ortopnea.</li> <li>• Fomentar técnicas eficaces de reducción del estrés.</li> <li>• Instruir al paciente sobre la relevancia de notificar de inmediato cualquier molestia torácica.</li> </ul>

DIAGNÓSTICO NANDA	NOC	NIC
<b>(00245) Riesgo de lesión corneal R/C edema periorbital</b>	<p data-bbox="593 331 1052 363"><b><i>Función sensitiva: visión (2404):</i></b></p> <ul data-bbox="593 427 1052 750" style="list-style-type: none"> <li data-bbox="593 427 1052 459">• Hemianopsia (240405)</li> <li data-bbox="593 475 1052 507">• Manchas flotantes (240406)</li> <li data-bbox="593 523 1052 555">• Visión borrosa (240411)</li> <li data-bbox="593 571 1052 603">• Visión distorsionada (240412)</li> <li data-bbox="593 619 1052 651">• Cefaleas (240417)</li> <li data-bbox="593 667 1052 699">• Ceguera diurna (240415)</li> <li data-bbox="593 715 1052 746">• Ceguera nocturna (240414)</li> </ul>	<p data-bbox="1142 331 1523 363"><b><i>Cuidados de los ojos (1650):</i></b></p> <ul data-bbox="1142 427 1859 702" style="list-style-type: none"> <li data-bbox="1142 427 1859 459">• Observar si hay enrojecimiento, exudación o ulceración.</li> <li data-bbox="1142 475 1859 507">• Indicar al paciente que no se toque los ojos.</li> <li data-bbox="1142 523 1859 555">• Observar el reflejo corneal.</li> <li data-bbox="1142 571 1859 603">• Aplicar protección ocular.</li> <li data-bbox="1142 619 1859 651">• Tapar los ojos con parches.</li> <li data-bbox="1142 667 1859 699">• Aplicar un colirio lubricante.</li> </ul>

DIAGNÓSTICO NANDA	NOC	NIC
<b>(00219) Riesgo de ojo seco R/C alteración del estado de conciencia</b>	<p data-bbox="593 331 1052 363"><b><i>Función sensitiva: visión (2404):</i></b></p> <ul data-bbox="593 427 1008 746" style="list-style-type: none"> <li>• Hemianopsia (240405)</li> <li>• Manchas flotantes (240406)</li> <li>• Visión borrosa (240411)</li> <li>• Visión distorsionada (240412)</li> <li>• Cefaleas (240417)</li> <li>• Ceguera diurna (240415)</li> <li>• Ceguera nocturna (240414)</li> </ul>	<p data-bbox="1142 331 1523 363"><b><i>Cuidados de los ojos (1650):</i></b></p> <ul data-bbox="1142 427 1859 699" style="list-style-type: none"> <li>• Observar si hay enrojecimiento, exudación o ulceración.</li> <li>• Indicar al paciente que no se toque los ojos.</li> <li>• Observar el reflejo corneal.</li> <li>• Aplicar protección ocular.</li> <li>• Tapar los ojos con parches.</li> <li>• Aplicar un colirio lubricante.</li> </ul>

DIAGNÓSTICO NANDA	NOC	NIC
<b>(00250) Riesgo de lesión del tracto urinario R/C desorientación y manipulación del catéter vesical</b>	<p><b><i>Cognición (0900):</i></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Atiende (090003)</li> <li>• Está orientado (090005)</li> <li>• Procesa la información (090009)</li> <li>• Toma decisiones apropiadas (090011)</li> </ul> <p><b><i>Eliminación urinaria (0503):</i></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Patrón de eliminación (050301)</li> <li>• Cantidad de orina (050303)</li> <li>• Ingesta de líquidos (050307)</li> <li>• Dolor al orinar (050309)</li> <li>• Retención urinaria (050332)</li> <li>• Nicturia (050333)</li> </ul>	<p><b><i>Estimulación cognitiva (4720) No</i></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Informar al paciente sobre noticias de sucesos recientes que no supongan amenazas.</li> <li>• Proporcionar estimulación ambiental a través del contacto con distintas personas.</li> <li>• Orientar con respecto al tiempo, lugar y persona.</li> </ul> <p><b><i>Orientación de la realidad (4820)</i></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hablar al paciente de una manera clara, a un ritmo, volumen y tono adecuado.</li> <li>• Evitar frustrar al paciente con demandas que superen su capacidad.</li> <li>• Informar la paciente acerca de personas, lugares y tiempo.</li> <li>• Presentar la realidad de manera que conserve la dignidad del paciente.</li> </ul> <p><b><i>Manejo de la eliminación urinaria (0590):</i></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitorizar la eliminación urinaria: frecuencia, consistencia, olor, volumen y color.</li> <li>• Observar si hay signos de retención urinaria.</li> <li>• Anotar la hora de la última eliminación urinaria.</li> <li>• Enseñar al paciente a responder inmediatamente a la urgencia de orinar.</li> </ul>

DIAGNÓSTICO NANDA	NOC	NIC
<b>(00250) Riesgo de lesión del tracto urinario R/C efectos colaterales de uso prolongado de catéter</b>	<p data-bbox="604 331 1019 363"><b><i>Eliminación urinaria (0503):</i></b></p> <ul data-bbox="604 427 1052 702" style="list-style-type: none"> <li data-bbox="604 427 1052 459">• Patrón de eliminación (050301)</li> <li data-bbox="604 475 1052 507">• Cantidad de orina (050303)</li> <li data-bbox="604 523 1052 555">• Ingesta de líquidos (050307)</li> <li data-bbox="604 571 1052 603">• Dolor al orinar (050309)</li> <li data-bbox="604 619 1052 651">• Retención urinaria 8050332)</li> <li data-bbox="604 667 1052 699">• Nicturia (050333)</li> </ul>	<p data-bbox="1176 331 1769 363"><b><i>Manejo de la eliminación urinaria (0590):</i></b></p> <ul data-bbox="1176 427 2016 694" style="list-style-type: none"> <li data-bbox="1176 427 2016 507">• Monitorizar la eliminación urinaria: frecuencia, consistencia, olor, volumen y color.</li> <li data-bbox="1176 523 2016 555">• Observar si hay signos de retención urinaria.</li> <li data-bbox="1176 571 2016 603">• Anotar la hora de la última eliminación urinaria.</li> <li data-bbox="1176 619 2016 694">• Enseñar al paciente a responder inmediatamente a la urgencia de orinar.</li> </ul>

## GLOSARIO DE TÉRMINOS

### A

**ACTITUD:** Una actitud es la forma en la que un individuo se adapta de forma activa a su entorno y es la consecuencia de un proceso cognitivo, afectivo y conductual. (*Real Academia Española, 2021*)

**ACTO DE SALUD:** es toda acción o actividad que realizan los profesionales de la salud para la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud, según corresponda, que se brinda al paciente, familia y comunidad. *Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica N°139- MINSA/2018/DGAIN.*

**APRENDIZAJE DE ACTITUDES:** es un proceso lento y gradual, donde influyen distintos factores como las experiencias personales previas, las actitudes de otras personas significativas, la información y experiencias novedosas y el contexto sociocultural.

**ATENCIÓN DE SALUD:** es toda actividad desarrollada por el personal de la salud para la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud, que se brinda a la persona, familia y comunidad. *Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica N°139- MINSA/2018/DGAIN.*

**AUDITORÍA DE ENFERMERÍA:** se define la auditoría de enfermería como un proceso retrospectivo pues se estudia el pasado para cerciorarse que los cuidados que ha administrado la enfermera se han ajustados a las normas establecidas. En conclusión la auditoria de los registros de enfermería sirve para evaluar el trabajo del enfermero, ya que permite descubrir deficiencias e irregularidades, y plantear soluciones, así como también sirve de ayuda para lograr un control continuo y constructivo, lo que permite inferir que la enfermera debe registrar todos los cuidados administrados al paciente, ya que dicho registros es utilizado por el comité de control de los cuidados de enfermería, así como también por algún tribunal en caso de ser necesario (*Dugas, 2000*).

**AUTOMATIZACIÓN DE PROCESOS:** persigue el objetivo de reducir costes utilizando la integración de aplicaciones que sustituyen procesos manuales, acelerando el tiempo de ejecución de las tareas y eliminando los posibles errores humanos que pueden cometerse a la hora de trabajar de forma manual.

## C

**CALIDAD DE LOS REGISTROS DE ENFERMERÍA:** se considera que las notas de enfermería son instrumentos que permiten evaluar la calidad de las acciones de la enfermera, revisar que estas hayan sido las debidas, por lo que deben ser evaluadas y controladas a fin de garantizar el cuidado y por ende la práctica de enfermería. La calidad de las notas de enfermería son aquellas particularidades o atributos que debe presentar el registro de enfermería (*Quispe, 2013*).

**CAMBIO ACTITUDINAL:** hay tres aproximaciones que han demostrado ser eficaces para lograr un cambio actitudinal que son: proporcionar un mensaje persuasivo, modelaje de la actitud y la inducción de disonancia entre los componentes cognitivo, afectivo y conductual (*Bendar y Levie (1993) citado por García-Ruiz y Sánchez (2006)*).

**CARACTERÍSTICAS DE LOS REGISTROS DE ENFERMERÍA:** deben ser pertinentes y concisos, debiendo reflejar las necesidades, problemas, capacidades y limitaciones de paciente. Por consiguiente un registro de enfermería debería de ser aquel que recoge información suficiente para permitir que el otro profesional, asuma sin dificultad la responsabilidad del cuidado del enfermo de forma objetiva, exacta, completa, concisa, actualizada y confidencial para otros pacientes o miembros del personal no implicados en su atención.

**CARACTERÍSTICAS DE LOS REGISTROS DE ENFERMERÍA AUTOMATIZADOS:** describen seguridad, claridad, funcionalidad, facilidad en la búsqueda e integración de la información, accesibilidad, comunicación, soporte jurídico, explotación de datos y continuidad de la atención. Desarrollándose sin dificultad en las cuatro áreas de la enfermería: asistencial, administrativa, investigación y docencia (*López, 2008*).

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

**TRADICIONALES:** hace referencia a que cuando un paciente ingresa al centro de salud, enfermería realiza antes y posterior a sus intervenciones el llenado de una serie de papelería como la siguiente: historia de salud, gráficas de signos vitales y registros de situación de salud entre otras; todos los registros una vez que el paciente egresa se guardan en el archivo debido a que no solo son de utilidad cuando el paciente está internado, sino para otros fines (*Kozier et al., 1999*).

### ***E***

**ENFERMERÍA:** es una disciplina profesional que abarca cuidados autónomos y en colaboración que se ofrecen a las personas, familias y grupos poblacionales, enfermos o sanos; estos cuidados incluyen la promoción de la salud, la Prevención de la enfermedad y los cuidados de las personas en condición de discapacidad e incluso moribundas (*OPS, 2020*).

**ENFERMERA(O)S:** son también denominados “profesionales de enfermería” quienes están en la línea de acción en la prestación de los servicios y desempeñan una función importante en la atención centrada en las personas y comunidades. En muchos países son líderes o actores clave en los equipos de salud multiprofesionales e interdisciplinarios. Proporcionan una amplia gama de los servicios a todos los niveles del sistema de salud (*OMS, 2017*).

### ***I***

**INFORMACIÓN CLÍNICA:** es toda información contenida en una historia clínica electrónica o física, que registra el profesional de la salud que atiende al paciente, concerniente a la salud pasada, presente o pronosticada, física o mental, de una persona, incluida la información complementaria (resultados de exámenes auxiliares y otros). No incluye los datos de filiación contenidos en la historia clínica. De acuerdo con lo establecido en la Ley N° 29733, Ley de Protección de Datos Personales y su Reglamento aprobado mediante Decreto Supremo N° 003-2013-JUS, la información clínica

constituye datos sensibles. *Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica N°139- MINSA/2018/DGAIN.*

**INFORMACIÓN CLÍNICA BÁSICA:** es la información clínica contenida en la historia clínica electrónica del paciente referida a los antecedentes generales, patológicos y familiares más importantes, como alergias, diagnósticos anteriores, medicación, cirugías previas, grupo sanguíneo, que proporcionen información básica para la atención de salud ante una situación de emergencia, la misma a la que el profesional de la salud podrá acceder a través del RENHICE, desde un terminal en el establecimiento de salud o servicio médico de apoyo, sin la autorización de acceso del paciente o usuario de salud, únicamente en casos de grave riesgo para la vida o la salud de una persona cuyo estado no permita la capacidad de autorizar el acceso a sus historias clínicas electrónicas. *Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica N°139- MINSA/2018/DGAIN.*

**INFORMACIÓN CLÍNICA SENSIBLE:** es la información clínica contenida en la historia clínica electrónica del paciente o usuario de salud y que éste haya determinado como tal, la misma que puede estar referida a su genética, sexualidad, paridad, cirugías, enfermedades infecciosas como VIH, de transmisión sexual; y, otras que por su naturaleza son temas sensibles para el paciente por las características físicas, morales o emocionales que pudieran presentar, así como los hechos o circunstancias que se pudieran generar en su vida afectiva, familiar o esfera íntima; y a la que solamente, se debe acceder con su autorización expresa. La información clínica es información sensible. El paciente define lo que es información confidencial. *Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica N°139- MINSA/2018/DGAIN*

## **K**

**KMO:** la medida Kaiser-Meyer-Olkin de adecuación del muestreo prueba si las correlaciones parciales entre las variables son pequeñas. La prueba de esfericidad de Bartlett prueba si la matriz de correlación es una matriz de identidad, lo que indicaría que el modelo de factor es inapropiado. Cuanto más cerca de 1 tenga el valor obtenido del test KMO, implica que la relación entre las variables es alta. Si  $KMO \geq 0.9$ , el test es

muy bueno; notable para  $KMO \geq 0.8$ ; mediano para  $KMO \geq 0.7$ ; bajo para  $KMO \geq 0.6$ ; y muy bajo para  $KMO < 0.5$ .

## **L**

**LEE:** es el lenguaje estandarizado de la enfermería que está compuesto por tres elementos (NANDA-NIC-NOC). El empleo de un LEE evita que los problemas detectados por la enfermera en el paciente y la familia se describan mediante un estilo «libre». La estandarización del lenguaje no solo permite la unificación de las intervenciones y objetivos de enfermería, facilita la informatización de las actividades, y es una herramienta básica para el desarrollo de la investigación y de la enfermería basada en la evidencia. Incluso existen iniciativas que aplican el LEE para calcular coste-efectividad, imputar costes derivados de la actividad de enfermería, realizar análisis económicos, y medir el volumen de trabajo de enfermería.

## **N**

**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, que la enfermera está capacitada para realizar».

**NIC:** es un lenguaje completo y estandarizado que permite describir tratamientos que las enfermeras administran en todos los escenarios posibles y en todas las especialidades.

**NOC:** trata de dotar a la enfermería de un sistema validado y un lenguaje propio para identificar, nombrar y medir los resultados que resultan de su práctica.

## **P**

**PACIENTE:** es toda persona enferma o afectada en su salud que recibe atención en una IPRESS por personal de la salud. *Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica N°139- MINSA/2018/DGAIN.*

**PERSONAL DE LA SALUD:** está compuesto por los profesionales de la salud y personal técnico y auxiliar asistencial de la salud, que participan en el proceso de atención del paciente o usuario de salud. *Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica N°139- MINSA/2018/DGAIN.*

**PRUEBA DE LOS RANGOS CON SIGNO DE WILCOXON:** es una prueba no paramétrica que se utiliza para comparar dos mediciones relacionadas y determinar si la diferencia entre ellas se debe al azar o no (en este último caso, que la diferencia sea estadísticamente significativa). En cuanto a su interpretación se puede decir que un nivel de significancia de 0.05 indica un riesgo de 5% de concluir que existe una diferencia cuando no hay una diferencia real. Por otro lado, si el valor p es menor que o igual al nivel de significancia, la decisión es rechazar la hipótesis nula, por lo tanto, se puede concluir que la diferencia entre la mediana de la población y la mediana hipotética es estadísticamente significativa.

**PRUEBA "T" DE STUDENT:** es un tipo de estadística deductiva. Se utiliza para determinar si hay una diferencia significativa entre las medias de dos grupos. Con toda la estadística deductiva, se asume que las variables dependientes tienen una distribución normal. Especificamos el nivel de la probabilidad (nivel de la alfa, nivel de la significación, p) que estamos dispuestos a aceptar antes de que cerco datos ( $p < .05$  es un valor común se utiliza que).

## **R**

**REGISTROS DE ENFERMERÍA AUTOMATIZADOS:** es también conocida como Historia Clínica Informatizada y es aquella soportada en medios electrónicos que permiten su almacenamiento, actualización y recuperación, en una amplia gama de posibilidades para el uso de la información clínica, procesos y metodologías estandarizadas. Dicha historia clínica no utiliza la firma digital para refrendar su contenido (*Norma Técnica del MINSA, 2018*).

**REGISTROS DE ENFERMERÍA TRADICIONALES:** refieren que es la herramienta práctica que expresa de forma escrita el acto de cuidar; se define como la narración escrita, clara, precisa, detallada y ordenada de los datos y conocimientos tanto

personales como familiares que se refieren a un paciente; razón por la cual se concibe como el registro escrito del acto de cuidado en el expediente clínico (*Fernández, Ruydiaz y Delton, 2016*).

## **S**

**S.O.A.P.I.E.:** es el sistema de documentación orientada al problema paralelo al proceso de enfermería P.A.E. incluye la recolección de datos, la identificación de respuestas del neonato, el desarrollo del plan de cuidados y la evaluación de la consecución de los objetivos.

**SEGURIDAD DEL PACIENTE:** es el conjunto de elementos y metodologías basadas en evidencia científicamente probada, para minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o mitigar sus consecuencias. Tomando en cuenta lo anterior, la seguridad forma parte de la caracterización de calidad de un servicio de salud en conjunto con la oportunidad, la accesibilidad, la pertinencia y la continuidad de los cuidados. Por tal motivo, la seguridad del paciente es primordial y el mantenimiento de los registros clínicos de enfermería debe seguir siendo un aspecto fundamental en la atención de enfermería debiendo ser un objeto de auditoría como medida de control de calidad. *Instituto de Medicina de la Academia Nacional de Ciencias de los Estados Unidos.*

## **T**

**TEST DE SHAPIRO-WILKS:** plantea la hipótesis nula que una muestra proviene de una distribución normal. Elegimos un nivel de significancia, por ejemplo 0,05, y tenemos una hipótesis alternativa que sostiene que la distribución no es normal. Siendo la hipótesis nula que la población está distribuida normalmente, si el p-valor es menor a alfa (nivel de significancia) entonces la hipótesis nula es rechazada (se concluye que los datos no vienen de una distribución normal).

**TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES:** es cualquier operación o procedimiento técnico, automatizado o no, que permite la recopilación, registro, organización, almacenamiento, conservación, elaboración, modificación, extracción,

consulta, utilización, bloqueo, supresión, comunicación por transferencia o por difusión o cualquier otra forma de procedimiento que facilite el acceso, correlación o interconexión de los datos personales. *Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica N°139- MINSA/2018/DGAIN.*

## V

**VALOR LAWSHE:** es el producto de un modelo para determinar un índice cuantitativo para la validez de contenido de un instrumento objetivo. Tal expresión es planteada por Lawshe, con la finalidad de que se interprete como si fuera una correlación, por tomar valores de -1 a +1; de esta manera CVR (Content Validity Ratio) es negativa si el acuerdo ocurre en menos de la mitad de los jueces; CVR es nula si se tiene exactamente la mitad de acuerdos en los panelistas, y CVR es positiva si hay más de la mitad de acuerdos. Partiendo de la CVR calculada para todos los ítems, y aceptando aquellos que cuentan con valores superiores a los mínimos propuestos por Lawshe, se calcula la media de CVR, con lo que se obtiene el Índice de Validez de Contenido de toda la prueba (Content Validity Index, CVI), y que se debe interpretar como la concordancia entre la capacidad solicitada en un dominio específico y el desempeño solicitado en la prueba que trata de medir dicho dominio.

**VENTAJAS DE LA AUTOMATIZACIÓN DE PROCESOS:** las principales ventajas de la automatización de procesos son: 1) minimizar costes: se mejora la carga de trabajo del equipo, disminuyendo los recursos; 2) se minimiza el número de errores: es necesario evitar errores humanos o de comunicación; 3) aumentar de forma significativa la velocidad de la ejecución: es necesario reducir el tiempo; 4) posibilidad de conseguir informes: de manera rápida en el momento; 5) realizar seguimiento: permite seguir la trazabilidad del proceso en todo momento; 6) control de resultados en tiempo real: es necesario que se encuentre actualizado; 7) eliminar de la acumulación de papel: minimizar costes tanto en lo material como de impresión.

# MANUAL DE USUARIO SIARE



2017



## ÍNDICE

1.	Interfaz gráfica para ingresar al sistema	170
2.	Menú principal del sistema	170
3.	Sub-Menú de Registrar	171
3.1.	Realizar Nuevo Registro	171
3.2.	Ver Registro	172
3.2.1.	Turno	172
3.2.2.	Datos Subjetivos	173
3.2.3.	Datos Objetivos	174
3.2.4.	Análisis diagnósticos	185
3.2.5.	Planeamiento (NOC)	186
3.2.6.	Intervención enfermería (NIC)	187
3.2.7.	Evaluación (NOC)	188
4.	NANDA	189
5.	NIC	189
6.	NOC	190
7.	REPORTE	190
8.	SALIR DEL SISTEMA	192



## 1. Interfaz gráfica para ingresar al sistema.

- Ingresar su usuario y contraseña.

SIARE

Sistema de Información de Automatización del Registro de Enfermería

Bienvenidos, Inicia sesión para acceder...

admin@gmail.com

.....

Iniciar Sesión

## 2. Menú principal del sistema

SIARE

AdminSIARE

Panel de Control 31 de mayo 2017

Registro de Enfermería

Reportes

Inicio

Registrar

Libros

Reportes

Usuarios

Manual de Usuario

Bienvenido al Sistema SIARE



## 3. Sub-Menú de Registrar.

- Tiene las funciones de registrar nuevo.
- Ver registro.
- Realizar la búsqueda del paciente por DNI, Apellidos, HCL, Etc.

Apellidos y Nombres	DNI	HCL	Fecha Ingreso	Estado	Seleccione
AAA BBB CCC	32154545	234567	2017-05-27	Contra Referencia	Iniciar Registro
CARLOS SANDOVAL TORRES	56564879	4562	2017-05-30		Iniciar Registro
EDGAR LUNA VILLALON	44955372	23423	2017-05-27	Ata	Iniciar Registro
FGFHGFGHFFGH.FHGFHGFHGF.GFHGFHGFHGF	47856925	4234234	2017-05-23	Referencia	Iniciar Registro
GIAN SIRLOPU GARCIA	45609017	104660	2017-05-30	Referencia	Iniciar Registro
JUAN XCGFFX JUAN	98765412	444	2017-06-30		Iniciar Registro

### 3.1. Realizar Nuevo Registro

Registro de la Información del Paciente

**Datos Generales**

**Nombres**  
Ingrese el nombre

**Apellido Paterno**  
Ingrese el Apellido Paterno

**Apellido Materno**  
Ingrese el Apellido Materno

**Edad:**  
Ingrese la edad años

**N° Cama**  
Ingrese el N° Cama

**N° SIS**  
Ingrese el N° SIS

**Historia Clínica**  
Ingrese la Historia Clínica

**Fecha de Ingreso:**  
2017-05-31

**Hora de ingreso:**  
11:00 AM

**Peso:**  
Ingrese el Peso Kg

**Estatura:**  
Ingrese la estatura metros

**DNI**  
Ingrese el DNI

**Celular**  
Ingrese el Celular

**Sexo**  
Varón

**Forma de Llegada**  
Caminando

**Ingreso con UPP:**  
SI

**Estado Paciente:**  
Referencia

Guardar Datos del Paciente

No es necesario llenar todos los datos en el momento, se puede re alizar la edición regresando al menú de registro.



Una vez ingresado los datos presione en el botón guardar.



### 3.2. Ver Registro.

Menú principal para realizar todo el procedimiento de registro de escalas de cada paciente.

Registro de Enfermería 31 de mayo 2017 Regresar

**TURNO**  
Mañana

**CARLOS SANDOVAL TORRES**  
INFORMACIÓN DEL PACIENTE

**S** Datos Subjetivos    **O** Datos Objetivos    **A** Análisis Diagnósticos

**P** Planeamiento (NOC)    **I** Intervención Enfermería (NIC)    **E** Evaluación (NOC)

**Estado del paciente**  
A otro servicio Grabar

#### 3.2.1. Turno.

Seleccione el turno para realizar el registro.

Registro de Enfermería 01 de mayo 2017

**TURNO**

- Mañana
- Mañana
- Tarde
- Noche



### 3.2.2. Datos Subjetivos.

Es como ingresa el paciente, con sus propias palabras.

Datos Subjetivos (Valoración) Regresar

Turno (Mañana)

Ingrese

Guardar Datos

Guardar los datos ingresado y presionar el botón regresar, para continuar.

### 3.2.3. Datos Objetivos.

Menú principal para los datos subjetivos.

## Datos Objetivos (VALORACIÓN) - Turno:Mañana

Regresar

Datos    Dominio 1    Dominio 2    Dominio 3    Dominio 4    Dominio 5    Dominio 6  
 Dominio 7    Dominio 8    Dominio 9    Dominio 10    Dominio 11    Dominio 12    Dominio 13

Turno: Mañana

PA	FC	FR	T°	SAT02	Hemoglucotest
Ingrese mmHg	Ingrese x'	Ingrese x'	Ingrese °C	Ingrese %	Ingrese mg/dl

Guardar Datos

### ESCALA DE COMA DE GLASGOW

PARÁMETRO	DESCRIPCIÓN	VALOR
APERTURA OCULAR	ESPONTÁNEA	4
	A LA VOZ	3
	AL DOLOR	2
	NO RESPONDE	1
RESPUESTA VERBAL	ORIENTADA	5
	CONFUSA	4
	PALABRAS INAPROPIADA	3
	SONIDOS INCOMPRESIBLES	2
RESPUESTA MOTORA	NO RESPONDE	1
	OBEDECE ORDENES	6
	LOCALIZA DOLOR	5
	SE RETIRA	4
	FLEXION ANORMAL	3
	EXTENSION ANORMAL	2
	NO RESPONDE	1

Ingrese el valor:

Valor:...

Grabar Valor



a. cinta de los dominios a registrar.

Datos Objetivos (VALORACIÓN) - Turno:Mañana Regresar

Datos | Dominio 1 | Dominio 2 | Dominio 3 | Dominio 4 | Dominio 5 | Dominio 6 | Dominio 7 | Dominio 8 | Dominio 9 | Dominio 10 | Dominio 11 | Dominio 12 | Dominio 13

b. Ingresar los datos y presionar Guardar Datos.

Turno: Mañana

PA	FC	FR	T°	SAT02	Hemoglucotest
Ingrese mmHg	Ingrese x'	Ingrese x'	Ingrese °C	Ingrese %	Ingrese mg/dl

Guardar Datos

c. Ingresar los datos de Glasgow, que será importante para la ponderación en el dominio 5, la suma es automática solo con señalar el valor de cada descripción y presionar el botón de grabar valor.

ESCALA DE COMA DE GLASGOW		
PARÁMETRO	DESCRIPCIÓN	VALOR
APERTURA OCULAR	ESPONTÁNEA	4
	A LA VOZ	3
	AL DOLOR	2
	NO RESPONDE	1
RESPUESTA VERBAL	ORIENTADA	5
	CONFUSA	4
	PALABRAS INAPROPIADA	3
	SONIDOS INCOMPRESIBLES	2
RESPUESTA MOTORA	NO RESPONDE	1
	OBEDECE ORDENES	6
	LOCALIZA DOLOR	5
	SE RETIRA	4
	FLEXION ANORMAL	3
	EXTENSION ANORMAL	2
	NO RESPONDE	1

Ingrese el valor:

14

Grabar Valor



d. Presionar en el dominio que corresponda para empezar el registro en el sistema

Si deja campos por marcar le mostrara el siguiente mensaje:



**Le falta 3 preguntas por responder**

Presionar en el botón

Si lleno todos los datos le mostrara el siguiente mensaje



**¡Se guardo correctamente!**

Presionar en el botón

OK

Si no llena los dominios de forma ordenada mostrara el error de



**Tiene que llenar todas las respuestas del Dominio anterior**

Presionar en el botón

OK



## Ingresando al Dominio 1

Seleccionar los Ítems según su propio criterio.

No dejar ningún campo sin seleccionar y a continuación guardar los datos.

Datos Objetivos (VALORACIÓN) - Turno:Mañana Regresar

Datos **Dominio 1** Dominio 2 Dominio 3 Dominio 4 Dominio 5 Dominio 6

Dominio 7 Dominio 8 Dominio 9 Dominio 10 Dominio 11 Dominio 12 Dominio 13

**DOMINIO 1: PROMOCIÓN DE LA SALUD**

Conciencia de bienestar o normalidad en la función y en las estrategias usadas para mantener el control, así como la mejora del bienestar o la normalidad de la función.

1.- Incumple indicaciones médicas  Sí  No

2.- Cumple dieta  Sí  No

3.- Conoce sobre su enfermedad  Sí  No

4.- Alergia a medicamentos  Sí  No

5.- Antecedentes de enfermedades  Sí  No

6.- Se automedica  Sí  No

7.- Estado de higiene corporal  Malo  Falta de interés  Bueno

8.- Realiza ejercicio  Sí  No

9.- Uso de alcohol  Sí  No

10.- Uso de tabaco  Sí  No



2

### Datos Objetivos (VALORACIÓN) - Turno:Mañana Regresar

Datos   Dominio 1   **Dominio 2**   Dominio 3   Dominio 4   Dominio 5   Dominio 6   Dominio 7  
Dominio 8   Dominio 9   Dominio 10   Dominio 11   Dominio 12   Dominio 13 ⚙

#### DOMINIO 2: NUTRICIÓN

Actividades de incorporación, asimilación y utilización de nutrientes con el propósito de mantener y reparar los tejidos y producir energía.

1.- Problemas para deglutir    Si    No

2.- Apetito    Normal    Disminuido    Aumentado

3.- Alimentación por    Vía oral    SOG    SNY    SNG    Parenteral    Gastroclisis

4.- Abdomen    Timpánico    No doloroso    Globuloso    Doloroso  
 Distendido    Depresible    Blando    Asimétrico    Ascítico

5.- Ruidos hidroaéreos    Normales    Disminuidos    Ausentes    Aumentados

6.- Nivel de glucosa    No controlada    Controlada

7.- Piel    Semihidratada    Seca    Normal    Hidratada    Cianótica

8.- Mucosas    Semihidratada    Seca    Hidratada

9.- Edema    Si  
Profundidad   
 No  
Localización

10.- Anasarca    Si    No



## Ingresando al Dominio 3

Datos Objetivos (VALORACIÓN) - Turno:Mañana Regresar

Datos Dominio 1 Dominio 2 **Dominio 3** Dominio 4 Dominio 5 Dominio 6 Dominio 7 Dominio 8 Dominio 9 Dominio 10 Dominio 11 Dominio 12 Dominio 13

**LOGNINO 3 - ELIMINACIÓN E INTERCAMBIO**  
Sección y evacuación de los productos de desecho del organismo.

1.- Sonda vesical	<input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
2.- Fala vesical	<input type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> No
3.- Características de los diuresis	<input checked="" type="checkbox"/> Sedimentado <input type="checkbox"/> Polvo <input type="checkbox"/> Oligo <input type="checkbox"/> Hemolítico <input type="checkbox"/> Duro <input type="checkbox"/> Coleo <input type="checkbox"/> Anuro
4.- Retención urica	<input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
5.- Incontinencia urica	<input type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> No
6.- Pérdida urica	<input type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> No
7.- Urgencia urica	<input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
8.- Número de deposiciones	<input type="text" value="4"/>
9.- Sonda rectal	<input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
10.- Características de las deposiciones	<input type="checkbox"/> Otras <input checked="" type="checkbox"/> Melécora <input type="checkbox"/> Hemoligosa <input type="checkbox"/> Acida
11.- Dureza	<input type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> No
12.- Incontinencia fecal	<input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
13.- Estreñimiento	<input type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> No
14.- Dolor al defeca	<input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
15.- Dehiscencia intestinal	<input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="text" value="5"/>
16.- Uso de beaquis	<input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
17.- Secreciones genitales	<input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="text" value="5"/>
18.- Diarrea abdominal	<input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="text" value="4"/>
19.- Diarrea torácica	<input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="text" value="20"/>
20.- Secreciones bronquiales	<input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="text" value="5"/>
21.- SNG	<input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="text" value="5"/>
22.- SOG	<input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="text" value="5"/>
23.- SPP	<input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="text" value="5"/>
24.- Vómitos	<input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="text" value="8"/>



## Ingresando al Dominio 4

Datos	Dominio 1	Dominio 2	Dominio 3	<b>Dominio 4</b>	Dominio 5	Dominio 6	Dominio 7	Dominio 8	Dominio 9	Dominio 10	Dominio 11	Dominio 12	Dominio 13
<b>DOMINIO 4: ACTIVIDAD / REPOSO</b>													
Producción, conservación, gasto o equilibrio de las fuentes de energía.													
1.- Problemas para dormir	<b>Trastorno del patrón del sueño</b>			Insomnio	Deprivación del sueño								
2.- Movilidad	<b>Reposo relativo</b>			Inmovilidad prolongada	Con apoyo		Camina						
3.- Actividad muscular	<b>Normal</b>			Deterioro									
4.- Amputación de extremidades	Si			No									
5.- Incapacidad física	Si			No									
6.- Pérdida degenerativa de masa muscular	Si			No									
7.- Cansancio	Si			No									
<a href="#">Descargar este video</a> ? x													
8.- Fatiga	Si			No									
9.- Pulso	<b>Taquicardia</b>			Normal	Bradicardia		Aritmia						
10.- Presión arterial	Hipotensión			<b>Hipertensión</b>		Ninguna							
11.- Extremidades superiores	Normal			<b>Frías</b>		Cianosis							
12.- Extremidades inferiores	Normal			<b>Frías</b>		Cianosis							
13.- Respiración	<b>Polípnea</b>			Normal	Espontánea		Díspea	Bradípnea		Apnea			
14.- Oxigenoterapia	<b>Ventilación mecánica no invasiva</b>			Ventilación mecánica invasiva		Tubo orotraquel		Traqueostomía		<b>SV</b>		MR	CBN
No tiene													
15.- Evaluación respiratoria	<b>Tiraje intercostal</b>			<b>Sibilancias</b>		Roncus	Normal		Estertores		Aleteo nasal		
16.- Saturación de oxígeno	Normal			<b>Bajo</b>									
17.- Resultados de gasometría arterial	Normal			<b>No requiere</b>		Aterado							
18.- Ojos	<b>Secreciones</b>			Quemosis	Ojo seco	Ojo rojo	Lesiones		Ictericia	Hemorragia		Edema	<b>Normal</b>
19.- Pupilas	OI			Ingrese valor OI									
OD													
Ingrese valor OD													
<b>No reactivas</b>			Midriáticas		Isocóncas		Hiporeactivas		Fotoreactivas		Anisocóncas		
20.- Oídos	Secreciones			<b>Sangrado</b>		Normal	Hipoacusia		Cuerpo Extraño				
21.- Autocuidado	Vestido			<b>Uso del inodoro</b>		Independiente		Baño		Alimentación			
22.- Aparatos de ayuda	Silla de ruedas			<b>Ninguna</b>		Muletas		Bastón		Andador			
<a href="#">Grabar Datos del Dominio 4</a>													



## Ingresando al Dominio 5

Datos Dominio 1 Dominio 2 Dominio 3 Dominio 4 **Dominio 5** Dominio 6 Dominio 7 Dominio 8  
Dominio 9 Dominio 10 Dominio 11 Dominio 12 Dominio 13

**DOMINIO 5: PERCEPCIÓN / COGNICIÓN**  
Sistema de procesamiento de la información humana que incluye la atención, orientación, sensación, percepción, cognición y comunicación.

1.- Escala de Glasgow: 14

2.- Orientado  Tiempo  Personal [Descargar este video](#)

3.- Función cognitiva  Normal  Disminuida

4.- Desorientación frecuente  Si  No

5.- Alteración del pensamiento  Si  No

6.- Nivel de conciencia  Normal  Disminuida

7.- Alteraciones sensoriales  Visual  Táctil  Olfatoria  Ninguna  Gustativa  Cinestésica  
 Auditiva

8.- Conocimiento en salud  Si  No

9.- Agitación psicomotriz  Si  No

10.- Deterioro de la memoria  Si  No

11.- Comunicación verbal  Normal  Con dificultad  Ausente

## Ingresando al Dominio 6

Datos Dominio 1 Dominio 2 Dominio 3 Dominio 4 Dominio 5 **Dominio 6** Dominio 7 Dominio 8  
Dominio 9 Dominio 10 Dominio 11 Dominio 12 Dominio 13

**DOMINIO 6: AUTOPERCEPCIÓN**  
Conciencia de sí mismo.

1.- Desesperanza  Si  No

2.- Autoconcepto  Normal  Bajo

3.- Autoestima  Situacional  Baja

4.- Sensación de fracaso con respecto a  Trabajo  Otros  Ninguna  Familia

5.- Imagen corporal  Malo  Bueno



## Ingresando al Dominio 7

Datos Dominio 1 Dominio 2 Dominio 3 Dominio 4 Dominio 5 Dominio 6 **Dominio 7** Dominio 8

Dominio 9 Dominio 10 Dominio 11 Dominio 12 Dominio 13

**DOMINIO 7: ROL / RELACIONES**  
Conexiones o asociaciones positivas y negativas entre las personas o grupos de personas y la manera en que esas conexiones se demuestran.

1.- Caracterización del cuidador  Irritabilidad  Interesado  Frustración  Casancio

2.- Conflictos  Trabajo  Otros  Ninguno  Familiares  Estudios

3.- Vive con  Solo  Otros  Familia

4.- Recibe apoyo de  Otros  Familia  Amigos

5.- Problemas en la familia  Pandillaje  Ninguno  Drogadicción  Alcoholismo

## Ingresando al Dominio 8

Datos Dominio 1 Dominio 2 Dominio 3 Dominio 4 Dominio 5 Dominio 6 Dominio 7 **Dominio 8**

Dominio 9 Dominio 10 Dominio 11 Dominio 12 Dominio 13

**DOMINIO 8: SEXUALIDAD**  
Identidad sexual, función sexual y reproducción.

1.- Problemas en la sexualidad  Si  No

## Ingresando al Dominio 9

Datos Dominio 1 Dominio 2 Dominio 3 Dominio 4 Dominio 5 Dominio 6 Dominio 7 Dominio 8

Dominio 9 **Dominio 10** Dominio 11 Dominio 12 Dominio 13

**DOMINIO 9: AFRONTAMIENTO / TOLERANCIA AL ESTRÉS**  
Convivir con los eventos / procesos vitales.

1.- Reacción frente a enfermedad y muerte  Tristeza  Temor  Negación  Irritabilidad  Indiferencia  Frustración  Desgano  Ansiedad

2.- Deseo de marcharse del hospital  Si  No

3.- Ideas de fuga del hospital  Si  No

4.- Cambios de humor  Si  No

5.- Actitud frente al tratamiento  Positivo  Negativo  Indiferente

6.- Afrontamiento familiar  Si  No



## Ingresando al Dominio 10

Datos: Dominio 1 Dominio 2 Dominio 3 Dominio 4 Dominio 5 Dominio 6 Dominio 7 Dominio 8  
Dominio 9 **Dominio 10** Dominio 11 Dominio 12 Dominio 13

**DOMINIO 10: PRINCIPIOS VITALES**  
Principios subyacentes en la conducta, pensamientos y comportamientos sobre los actos, costumbres o instituciones considerados como ciertos o dotados de un valor intrínseco.

1.- Religión	<input type="text" value="Catoloca"/>
2.- Restricciones religiosas	<input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
3.- Solicita y/o requiere visita de capellán/Pastor/etc	<input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
4.- Sufrimiento espiritual	<input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
5.- Toma de decisiones	<input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

## Ingresando al Dominio 11

Datos: Dominio 1 Dominio 2 Dominio 3 Dominio 4 Dominio 5 Dominio 6 Dominio 7 Dominio 8 Dominio 9 Dominio 10 **Dominio 11** Dominio 12 Dominio 13

**DOMINIO 11: SEGURIDAD / PROTECCIÓN**  
Ausencia de peligros, lesión física o al tercio del sistema inmunológico; presentación de heridas y de la seguridad y la protección.

1.- Infección	<input type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> No
2.- Líneas invasivas	<input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
3.- Efectos colaterales de líneas invasivas	<input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
4.- Riesgo de caídas	<input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
5.- Riesgo de aspiración	<input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
6.- Piel 2	<input checked="" type="checkbox"/> Pleetórico <input type="checkbox"/> Pigmentación anormal <input type="checkbox"/> Palidez <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Ioténica <input type="checkbox"/> Hematomas <input type="checkbox"/> Equímosis <input type="checkbox"/> Diatorética
7.- Lesiones	<input type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="text" value="Localización"/> <input type="text" value="Características"/>
8.- Riesgo de sangrado	<input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
9.- Intento de suicidio	<input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
10.- Violencia familiar	<input checked="" type="checkbox"/> Psicológica <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Física
11.- UPP	<input type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> No
12.- Puntos de presión	<input type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> No
13.- Requiere cama con barandas	<input type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> No
14.- Requiere apoyo de familiar	<input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
15.- Alergia	<input type="text" value="Otros"/> <input checked="" type="checkbox"/> Medios de contraste yodados <input type="checkbox"/> Látex
16.- Efectos colaterales de fármacos	<input type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> No
17.- Temperatura	<input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Hipotermia <input type="checkbox"/> Hipertermia
18.- Alteración en la coagulación	<input type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> No



## Ingresando al Dominio 12

Datos    Dominio 1    Dominio 2    Dominio 3    Dominio 4    Dominio 5    Dominio 6    Dominio 7    Dominio 8  
Dominio 9    Dominio 10    Dominio 11    **Dominio 12**    Dominio 13

**DOMINIO 12: CONFORT**  
Sensación de bienestar o alivio mental, físico o social.

1.- Dolor agudo

Agudo

Si     No

pecho

10

2.- Dolor crónico

cronico

Si     No

espalda

25

3.- Intensidad de dolor

Escala 1 al 10

5

4.- Expresión facial y corporal del dolor

Si     No

5.- Náuseas

Si     No

6.- Disconfort

Si     No

**Grabar Datos del Dominio 12**



## Ingresando al Dominio 13

Datos   Dominio 1   Dominio 2   Dominio 3   Dominio 4   Dominio 5   Dominio 6   Dominio 7   Dominio 8  
Dominio 9   Dominio 10   Dominio 11   Dominio 12   **Dominio 13** 

**DOMINIO 13: CRECIMIENTO / DESARROLLO**  
Aumentos apropiados según la edad de las dimensiones físicas, la maduración de los sistemas orgánicos y/o la progresión en las etapas del desarrollo.

1.- Estado nutricional   **Sobrepeso**   Obesidad   Normal   Bajo Peso

2.- Talla   Normal   **Baja**

**Grabar Datos del Dominio 13**

### 3.2.4. Análisis diagnósticos.

Análisis Diagnóstico [Regresar](#)

Mostrando  entradas Buscar:

Código	Diagnóstico de enfermería	Seleccione
00099	Mantenimiento ineficaz de la salud R/C Desconocimiento sobre la importancia del tratamiento evidenciado por incumplimiento de la medicación	<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
00126	Conocimientos deficientes R/C Mala interpretación de la información evidenciado por verbalización incorrecta sobre su salud	<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
00179	Riesgo de nivel de glucemia inestable R/C Incumplimiento de dieta y medicación	<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
00232	Obesidad (Nuevo) R/C Deficiente práctica de actividad física e incumplimiento de dieta prescrita evidenciado por índice de masa corporal alto	<input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO
00233	Sobrepeso (Nuevo) R/C Incumplimiento de la dieta prescrita evidenciado por índice de masa corporal mayor de 25kg/m <sup>2</sup>	<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

Mostrando 1 a 5 de 5 registros   **Grabar Datos**   Anterior  Siguiente



## 3.2.5. Planeamiento (NOC).

Planeamiento (NOC)
Regresar

Mostrando 10 entidades
Buscar:

NANDA	NOC	Indicadores	Escala del 1 al 5 (Ancho)
(00156) Tras lomo del patrón de sueño R/C. Discomfort secundario a ambiente hospitalario estendido por Intubidad.	(0004) Sueño	(00041) Horas de sueño. (1) Gruesamente comprometido (2) Sus levementemente comprometido (3) Moderadamente comprometido (4) Levemente comprometido (5) No comprometido	<input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/> <input checked="" type="text" value="3"/> <input type="text" value="4"/> <input type="text" value="5"/>
(00156) Tras lomo del patrón de sueño R/C. Discomfort secundario a ambiente hospitalario estendido por Intubidad.	(0004) Sueño	(00042) Patrón del sueño. (1) Gruesamente comprometido (2) Sus levementemente comprometido (3) Moderadamente comprometido (4) Levemente comprometido (5) No comprometido	<input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="3"/> <input checked="" type="text" value="4"/> <input type="text" value="5"/>
(00156) Tras lomo del patrón de sueño R/C. Discomfort secundario a ambiente hospitalario estendido por Intubidad.	(0004) Sueño	(00043) Calidad del sueño. (1) Gruesamente comprometido (2) Sus levementemente comprometido (3) Moderadamente comprometido (4) Levemente comprometido (5) No comprometido	<input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="3"/> <input type="text" value="4"/> <input checked="" type="text" value="5"/>
(00156) Tras lomo del patrón de sueño R/C. Discomfort secundario a ambiente hospitalario estendido por Intubidad.	(0004) Sueño	(00046) Agresión del sueño. (1) Gruesamente comprometido (2) Sus levementemente comprometido (3) Moderadamente comprometido (4) Levemente comprometido (5) Ninguno	<input checked="" type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="3"/> <input type="text" value="4"/> <input type="text" value="5"/>
(00156) Tras lomo del patrón de sueño R/C. Discomfort secundario a ambiente hospitalario estendido por Intubidad.	(0004) Sueño	(000421) Dificultad para conciliar el sueño. (1) Gruesamente comprometido (2) Sus levementemente comprometido (3) Moderadamente comprometido (4) Levemente comprometido (5) Ninguno	<input checked="" type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="3"/> <input type="text" value="4"/> <input type="text" value="5"/>
(00156) Tras lomo del patrón de sueño R/C. Discomfort secundario a ambiente hospitalario estendido por Intubidad.	(2005) Estado de comodidad: entorno	(200503) Entorno favorable para el sueño. (1) Gruesamente comprometido (2) Sus levementemente comprometido (3) Moderadamente comprometido (4) Levemente comprometido (5) No comprometido	<input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="3"/> <input type="text" value="4"/> <input type="text" value="5"/>
(00156) Tras lomo del patrón de sueño R/C. Discomfort secundario a ambiente hospitalario estendido por Intubidad.	(2005) Estado de comodidad: entorno	(200504) Satisfacción con el entorno físico. (1) Gruesamente comprometido (2) Sus levementemente comprometido (3) Moderadamente comprometido (4) Levemente comprometido (5) No comprometido	<input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="3"/> <input type="text" value="4"/> <input type="text" value="5"/>
(00156) Tras lomo del patrón de sueño R/C. Discomfort secundario a ambiente hospitalario estendido por Intubidad.	(2005) Estado de comodidad: entorno	(200514) Adaptaciones ambientales necesarias. (1) Gruesamente comprometido (2) Sus levementemente comprometido (3) Moderadamente comprometido (4) Levemente comprometido (5) No comprometido	<input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="3"/> <input type="text" value="4"/> <input type="text" value="5"/>

Mostrando 1 a 8 de 8 registros

Anterior
1
Siguiente

Grabar Datos



## 3.2.6. Intervención enfermería (NIC).

### Intervenciones de Enfermería (NIC) Regresar

Mostrando 10 entradas Buscar:

HANDA	NOC	NIC	Actividades	Seleccione
(00095) Insomnio	(0004) Sueño	(1850) Mejorar el sueño	Determinar el patrón del sueño del paciente.	<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
(00095) Insomnio	(0004) Sueño	(1850) Mejorar el sueño	Determinar los efectos que tiene la medicación del paciente en el patrón del sueño.	<input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO
(00095) Insomnio	(0004) Sueño	(1850) Mejorar el sueño	Comprobar el patrón del sueño del paciente y observa las circunstancias físicas (apnea del sueño, vías aéreas obstruidas, dolor/molestias y frecuencia urinaria) y/ psicológicas (miedo o ansiedad) que interrumpen el sueño.	<input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO
(00095) Insomnio	(0004) Sueño	(1850) Mejorar el sueño	Ajustar el ambiente (luz, ruido, temperatura, colchón y cama) para favorecer el sueño.	<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
(00095) Insomnio	(0004) Sueño	(1850) Mejorar el sueño	Ayudar a eliminar las situaciones estresantes antes de irse a dormir.	<input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO
(00095) Insomnio	(0004) Sueño	(1850) Mejorar el sueño	Fomentar el uso de medicamentos para dormir que no contengan supresores de la fase REM.	<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

Mostrando 1 a 6 de 6 registros Anterior **1** Siguiente



## 3.2.7. Evaluación (NOC).

**Evaluación** Regresar

Mostrando 10  entradas Buscar:

HANDA	NOC	Indicadores	Escala del 1 al 5 (Después)
(00198) Trastorno del patrón de sueño	(0004) Sueño	(000401) Horas de sueño. [1] Gravemente comprometido [2] Sustancialmente comprometido [3] Moderadamente comprometido [4] Levemente comprometido [5] No comprometido	<input checked="" type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5
(00198) Trastorno del patrón de sueño	(0004) Sueño	(000403) Patrón del sueño. [1] Gravemente comprometido [2] Sustancialmente comprometido [3] Moderadamente comprometido [4] Levemente comprometido [5] No comprometido	<input type="radio"/> 1 <input checked="" type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5
(00198) Trastorno del patrón de sueño	(0004) Sueño	(000404) Calidad del sueño. [1] Gravemente comprometido [2] Sustancialmente comprometido [3] Moderadamente comprometido [4] Levemente comprometido [5] No comprometido	<input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5
(00198) Trastorno del patrón de sueño	(0004) Sueño	(000416) Apnea del sueño. [1] Grave [2] Sustancial [3] Moderado [4] Leve [5] Ninguno	<input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5
(00198) Trastorno del patrón de sueño	(0004) Sueño	(000421) Dificultad para conciliar el sueño. [1] Grave [2] Sustancial [3] Moderado [4] Leve [5] Ninguno	<input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input checked="" type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5

Mostrando 1 a 5 de 5 registros Anterior  Siguiente



## 4. NANDA

Listado de NANDA por Dominio y Clase Agregar Nuevo

Mostrando 10 entradas Buscar:

Dominio	Clase	Código	Nombre NANDA	R/C	Activo	Acciones
DOMINIO 11: SEGURIDAD / PROTECCIÓN	CLASE 1: INFECCIÓN	00004	Riesgo de infección	Efectos colaterales en procedimientos invasivos	Activo	  
DOMINIO 11: SEGURIDAD / PROTECCIÓN	CLASE 1: INFECCIÓN	00004	Riesgo de infección	Alteración de la integridad de la piel secundario factores inmunológicos	Activo	  
DOMINIO 11: SEGURIDAD / PROTECCIÓN	CLASE 2: LESIÓN FÍSICA	00046	Deterioro de la integridad cutánea	Inmovilidad prolongada evidenciado por escaras en zona sacra	Activo	  
DOMINIO 11: SEGURIDAD / PROTECCIÓN	CLASE 2: LESIÓN FÍSICA	00046	Deterioro de la integridad cutánea	Alteración de la sensibilidad evidenciado por pigmentación anormal	Activo	  
DOMINIO 11: SEGURIDAD / PROTECCIÓN	CLASE 2: LESIÓN FÍSICA	00031	Limpieza ineficaz de las vías aéreas	Obstrucción de las vías aéreas secundario a enfermedad pulmonar evidenciado por tos ineficaz, ruidos silbantes, estertores	Activo	  

## 5. NIC

Listado de NIC por Dominio y Clase Agregar Nuevo

Mostrando 10 entradas Buscar:

Dominio NIC	Clase NIC	Código NIC	Nombre NIC	Activo	Acciones
CAMPO 1: FISIOLÓGICO BÁSICO	CLASE A: CONTROL DE ACTIVIDAD Y EJERCICIO	5612	Enseñanza: actividad/ejercicio prescrito	Desactivado	  
CAMPO 1: FISIOLÓGICO BÁSICO	CLASE A: CONTROL DE ACTIVIDAD Y EJERCICIO	0221	Terapia de ejercicios: ambulación	Activo	  
CAMPO 1: FISIOLÓGICO BÁSICO	CLASE A: CONTROL DE ACTIVIDAD Y EJERCICIO	0180	Manejo de energía	Activo	  
CAMPO 1: FISIOLÓGICO BÁSICO	CLASE A: CONTROL DE ACTIVIDAD Y EJERCICIO	0200	Fomento de ejercicio	Desactivado	  
CAMPO 1: FISIOLÓGICO BÁSICO	CLASE A: CONTROL DE ACTIVIDAD Y EJERCICIO	0202	Fomento de ejercicios: estiramientos	Desactivado	  
CAMPO 1: FISIOLÓGICO BÁSICO	CLASE A: CONTROL DE ACTIVIDAD Y EJERCICIO	0222	Terapia de ejercicios: equilibrio	Desactivado	  



## 6. NOC

Listado de NOC por Dominio y Clase Agregar Nuevo

Mostrando 10 entradas Buscar:

NANDA	Dominio NOC	Clase NOC	Código NOC	Nombre NOC	Activo	Acciones
Descuido personal	DOMINIO II: SALUD FISIOLÓGICA	Clase J: Neurocognitiva	0900	Cognición	Activo	
Déficit de actividades recreativas	DOMINIO I: SALUD FUNCIONAL	Clase A: Mantenimiento de la energía	0001	Resistencia	Activo	
Déficit de actividades recreativas	DOMINIO I: SALUD FUNCIONAL	Clase A: Mantenimiento de la energía	0004	Sueño	Activo	
Déficit de actividades recreativas	DOMINIO I: SALUD FUNCIONAL	Clase A: Mantenimiento de la energía	0007	Nivel de fatiga	Activo	
Déficit de actividades recreativas	DOMINIO I: SALUD FUNCIONAL	Clase A: Mantenimiento de la energía	0002	Conservación de la energía	Activo	

## 7. REPORTE

Se mostrara la lista de los reportes de todos los pasientes

### Reporte Soapie

N°	Nombre y Apellidos	Fecha	
1	GERRERO LULLOA JAIME RUSBEL	2017-06-01 10:37:11	Ver reporte
2	LEON COCHACHIN ANICETA ELISA	2017-06-01 11:32:29	Ver reporte
3	MILLA BRAVO HERMINIA VICTORIA	2017-06-01 12:24:04	Ver reporte
4	LEIVA PARIACHI MARIA FORTUNATA	2017-06-01 15:11:30	Ver reporte
5	GASPAR borrado DE VEGA JUANA ROSA borrado	2017-06-01 15:42:45	Ver reporte
6	GASPAR DE VEGA JUANA ROSA	2017-06-01 17:49:05	Ver reporte



## Registro 7

PDF

### REGISTRO DE ENFERMERÍA AL SERVICIO DE MEDICINA GENERAL

**Nombres y Apellidos:** BBBB BBBB CCCCCCCCC AAAAAAAAAA  
**Sexo:** M  
**Edad:** 25  
**Fecha de Ingreso:** 02/06/2017  
**Dirección:**  
**Teléfono:**  
**Fuente de información:** Paciente  
**Forma de llegada:** Camilla  
**N° cama:** 11  
**N° SIS:** 258789632  
**Peso:** 15  
**Estatura:** 1,7

#### S: Datos subjetivos

Turno	PA	FC	FR	T°	SAT02	Hemoglucotes
Mañana	120/40 mmHg	20 x'	45 x'	35 °C	258 %	56/12 mg/dl
Tarde	120/45 mmHg	62 x'	45 x'	45 °C	20 %	45/63 mg/dl
Noche	mmHg	x'	x'	°C	%	mg/dl
Madrugada	mmHg	x'	x'	°C	%	mg/dl

#### O: Datos objetivos

H	DOMINIO 1: PROMOCIÓN DE LA SALUD	M	T	N	N
	Abdomen	Timpánico	Timpánico		
	Alergia a medicamentos		No		
	Alimentación por	Vía oral	Vía oral		
	Anasarca	Si	Si		
	Antecedentes de enfermedades	Si	Si		
	Apetito	Normal	Normal		
	Características de las deposiciones	Otros	Otros		
	Características de las diuresis	Sedimentado	Sedimentado		
	Conoce sobre su enfermedad	Si	Si		



## 8. SALIR DEL SISTEMA



**CIDE**  
EDITORIAL

The logo graphic for CIDE Editorial, featuring a stylized open book with pages fanning out.

ISBN: 978-9942-844-34-7



9789942844347