

# SOAPIE

**UNEMI**  
UNIVERSIDAD ESTATAL DE MILAGRO

UNIDAD 2: DISEÑO TEÓRICO DEL ESTUDIO DE CASOS. SOAPIE

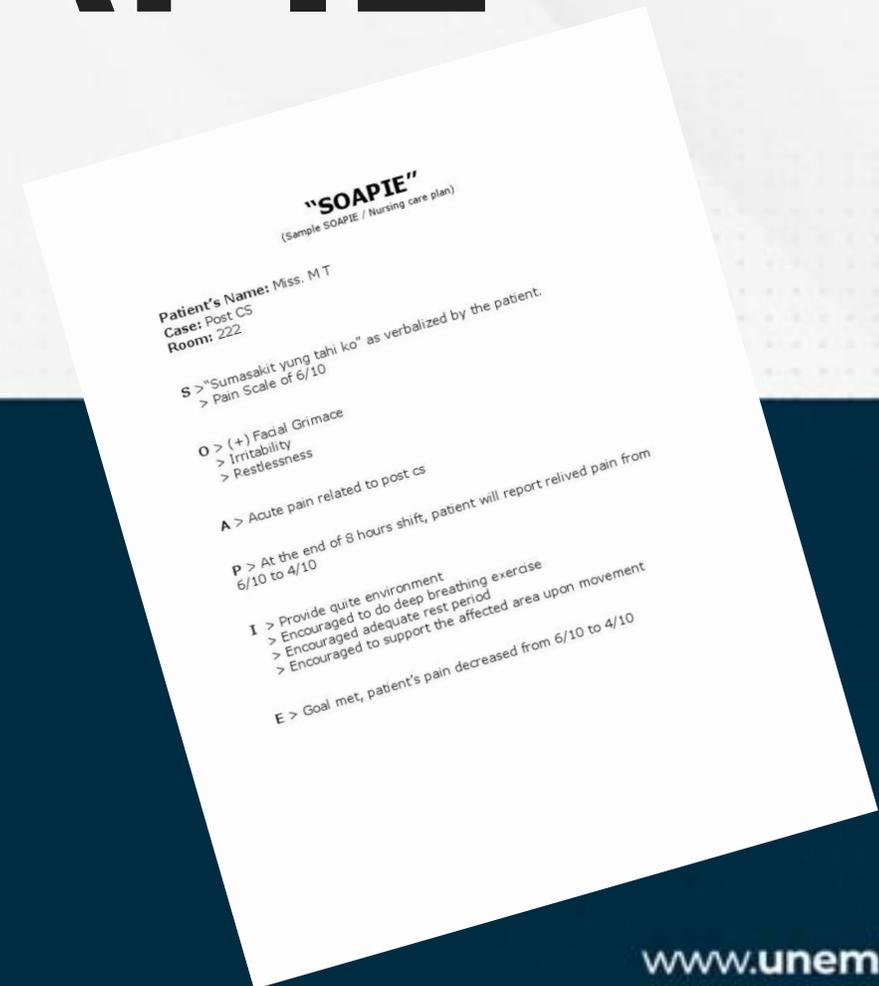
TEMA: 1.- SOAPIE: datos subjetivos y objetivos

SUBTEMA: 1.- Generalidades en los datos subjetivos

SUBTEMA: 2.- Redacción de los datos subjetivos

SUBTEMA: 3.- Generalidades en los datos objetivos

SUBTEMA: 4.- Redacción de los datos objetivos



# OBJETIVO

**REDACTAR CORRECTAMENTE LOS DATOS SUBJETIVOS Y  
OBJETIVOS DEL SOAPIE**

## ACTIVIDAD DE INICIO

**¿QUE ES EL REGISTRO SOAPIE?**



# ACTIVIDAD DE INICIO

**VIDEO  
SOAPIE**

5

<https://www.youtube.com/watch?v=0uduYRACwZ4>

# MODELO DE ANOTACIONES DE ENFERMERIA

## Anotaciones orientadas al problema (SOAPIE)

### SOAPIE

ES UN MÉTODO PARA EL REGISTRO E INTERPRETACIÓN DE LOS PROBLEMAS Y NECESIDADES DE LA PERSONA O PACIENTE, ASÍ COMO LAS INTERVENCIONES, OBSERVACIONES Y LA EVALUACIÓN QUE REALIZA LA ENFERMERA. TAMBIÉN SE CONOCE COMO ESTRUCTURA O SIGLAS DEL REGISTRO DE ENFERMERÍA.

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

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

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

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

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

## La sigla SOAPIE corresponde a los siguientes contenidos:

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

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

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

## SOAPIE: DATOS IMPORTANTES

- Los registros son de carácter jurídico.
- Son un medio de comunicación entre los miembros del equipo de salud.
- Facilita la atención continua y la toma de decisiones en relación a la atención que recibe el cliente.
- Son básicas para medir, evaluar la evolución y la atención del paciente.
- Se debe mantener la observación constante del paciente.



## SOAPIE: ASPECTOS LEGALES

- Las Notas de Enfermería son un documento con capacidad probatoria por excelencia, objeto de análisis e investigación dentro de los procesos de responsabilidad profesional.
- La constancia escrita del acto de cuidado, no solamente refleja el ejercicio profesional, sino es la prueba de los lineamientos humanos, éticos, técnicos y científicos desarrollados.
- Recordemos que el acto de cuidado que no se registra, significa que no se realizó en términos jurídicos.



# SOAPIE: INSTRUCCIONES

1. Escribe la **parte subjetiva** de la nota; anota las observaciones hechas sobre el paciente o cliente desde el punto de vista del cuidador. Por ejemplo: "El paciente se ve cansado y parece agitado", sería una observación subjetiva.
2. Escribe la **parte objetiva** de la nota; son las que resultan de la inspección del paciente cefalocaudal. También pueden recogerse medidas físicas, como temperatura corporal o piel enrojecida



# SOAPIE: INSTRUCCIONES

**3. Análisis;** es el diagnóstico de enfermería del estado presente del paciente. Varios diagnósticos pueden ser incluidos en el análisis.

**4. Plan;** incluirá el tratamiento o prescripción médica, sigue los cuidados de enfermería e instrucciones del paciente o cliente



# SOAPIE: INSTRUCCIONES

5. **Intervención;** se refiere a la ejecución del plan diseñado con la finalidad de resolver los problemas identificados.
6. **Evaluación;** se evalúa la eficacia de la intervención efectuada.
7. Concluye con la **firma** y **sello** de la enfermera que atendió al paciente.



## SOAPIE: REGLAS DE ORO

- Completar los datos de la valoración cuanto antes.
- Escribir con letra clara, la nota debe ser legible y concisa.
- Usar sólo las abreviaturas autorizadas en la institución.
- No borrar y no utilizar corrector.
- No dejar líneas en blanco ni escribir entre líneas.
- Utilizar únicamente la metodología establecida



# SOAPIE: RECORDAR SIEMPRE

- Anotar la fecha y hora
- Describir el estado de conciencia y orientación del cliente.
- Describir la apariencia general.
- Describir en orden céfalo caudal la condición del paciente, así como los dispositivos que tenga.
- Anotar los signos vitales y sus características.
- Anotar la hora en orden cronológico de cada uno de los eventos ocurridos en el turno con respecto al usuario.



## SOAPIE: RECORDAR SIEMPRE

- Reportar la aceptación y tolerancia de la dieta.
- Anotar el número y las características de las eliminaciones(intestinal, vesical y drenajes) excreta y ingesta.
- Anotar los estudios, tratamientos y reportes realizados y los que quedan pendientes y su justificación.
- Describir la condición general al concluir la nota.
- Anotar el nombre, firma y sello de la enfermera responsable del cuidado.



# DATOS SUBJETIVOS

## GENERALIDADES:

- Proceso mediante el cual un profesional de la salud recaba información de un paciente para establecer un diagnóstico y un plan de tratamiento.
- La información se obtiene a través de una entrevista en la que el profesional de la salud pregunta al paciente acerca de sus síntomas, antecedentes médicos, estilo de vida y otros factores que puedan estar relacionados con su enfermedad.



# DATOS SUBJETIVOS

## **ANAMNESIS:**

Es el conjunto de datos que se recogen en la historia clínica de un paciente, para esto es relevante considerar los siguientes puntos:

- Establecer una relación de confianza con el paciente.
- Realizar preguntas abiertas.
- Escuchar atentamente.
- Evitar la interrupción.
- Elaborar preguntas claras.
- Registrar la información pertinente.
- Mantener una actitud positiva.



# DATOS SUBJETIVOS

## REDACCIÓN:

- Se refiere a la descripción detallada de la historia clínica de un paciente, basada en la información que él o ella provee. Esta información incluye los síntomas, el estado emocional, la percepción de la enfermedad y el nivel de funcionamiento.
- Estos datos subjetivos deben ser recopilados para que la evaluación de la condición del paciente pueda realizarse adecuadamente. Esto se logra a través de preguntas específicas, con el objetivo de obtener información útil sobre el estado de salud del usuario.



# DATOS OBJETIVOS

## GENERALIDADES:

- Información estructurada que se recoge durante la evaluación inicial del paciente y durante el curso del tratamiento.
- Estos datos incluyen signos vitales, reportes de laboratorio, información procedente de exámenes físicos, diagnósticos, tratamientos, terapias, respuesta al tratamiento, y cualquier otra información relevante para el caso. Esta información es necesaria para el análisis y la toma de decisiones sobre el tratamiento del paciente.



# DATOS OBJETIVOS

## *EXPLORACIÓN CLÍNICA*

- Utilizar datos objetivos precisos y actualizados.
- Establecer un plan de tratamiento individualizado.
- Monitorear los resultados del tratamiento.
- Documentar los resultados de diagnóstico y tratamiento.



# DATOS OBJETIVOS

## *REDACCIÓN*

- Es el método estándar de documentación utilizado por los enfermeros para registrar los cuidados de enfermería relacionados con un paciente.
- Proporcionan una descripción detallada de los cuidados del paciente, de modo que puedan ser utilizados por otros profesionales de la salud para planificar los cuidados respectivos.
- La documentación incluye datos sobre los signos vitales, el estado mental del paciente, los resultados de los procedimientos y las reacciones a los tratamientos.



# DATOS OBJETIVOS

## *REDACCIÓN*

- Utilizar la estructura SOAP (Sujetos, Objetivo, Análisis y Plan) para proporcionar información clara y precisa.
- Proporcionar una descripción detallada y signos observados.
- Ser específico sobre los síntomas observados.
- Mantener un registro actualizado.
- Incluir datos que permitan la toma de decisiones informadas.



## **SOAPIE: ACTIVIDAD DE CIERRE.**

En la sala de medicina de mujeres se encuentra la señora LMS, despierta acostada en su cama en posición recta, con herida por arma blanca en la cara, y el tórax con pleura evacuación, con historia de padecer de asma bronquial, al medir s/v presenta respiraciones de 29X', temperatura 38.5°C, tiene indicado levofloxacin IV 750mg cada 12 horas, acetaminofén 500 mg cada 6horas, oxigeno con bigotera a 3 litros x', Ud. llega a turno A.

**Elabore nota de enfermería SOAPIE**

## **EJEMPLO**

### **Fecha y hora:**

**S:** “tengo mucho calor, destápeme un poco y mójeme la cabeza”.

**O:** temperatura 38.5°C, diaforesis, rubicundez.

**A:** Hipertermia relacionada a proceso infeccioso.

**P:** disminuir la temperatura corporal.

**I:** Control de la T° horariamente, aplicación de medios físicos, administración de antipiréticos prescritos e incremento de líquidos por vía oral. Luego se informo al medico tratante.

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

FIRMA Y SELLO

**S O A P I E**

(Evaluación Enfermería)

Hospital: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre y Apellido: \_\_\_\_\_ CI: \_\_\_\_\_ N° Historia: \_\_\_\_\_

**S (Subjetivo) Lo que el paciente refiere**

1. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**O (Objetivo) Inspección, Palpación, Auscultación, medición con instrumentos y escalas**

1. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**A Diagnóstico enfermería Real (problema R/C+M/P), Riesgo (problema R/C) o colaborativo (Complicación, Terapéutica y medicación)**

.

<b>Necesidades V.H</b>	<b>Diagnósticos Enfermería</b>

**P/I** plan implementado utilizando el NOC y el NIC

Criterio evaluación NOC	Acciones de enfermería NIC

**E.** Evaluación de las respuestas humanas:

1. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Firma enfermera (o)**

# Proceso de Enfermería



## ESQUEMA O CUADRO FISIPATOLÓGICOS

DEFINICIÓN	ETIOLOGIA	FACTORES DE RIESGO	MANIFESTACIONES CLÍNICAS	MÉTODOS DIAGNÓSTICOS	COMPLICACIONES	TRATAMIENTO

# CUADRO ANALÍTICO

DATOS SUBJETIVOS	DATOS OBJETIVOS	PATRON ALTERADO	DOMINIO / CLASE	DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA
	<p>paciente masculino con antecedentes de Cirrosis hepática, con nauseas y anorexia</p> <p>A la inspección palidez cutáneo-mucosa, ictericia</p> <p>Paraclínicos: Hb: 8 gr/dl, Bilirrubina: 9,7mg/dl (directa 6,1 mg/dl). TGO: 124 U/l,</p> <p>TGP: 64 U/l, Fosfatasa Alcalina: 490 U/l,</p>	Nutricional y Metabólico	<p>D (02): Nutrición</p> <p>C (01): Ingestión</p>	<p>Desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades ( palidez cutáneo-mucosa) relacionado con disminución en el aporte de nutrientes secundario a cirrosis hepática</p>
	<p>Paciente con antecedente de Cirrosis hepática</p> <p>Con sindroma ascítico edematoso</p> <p>Ala inspección: ictericia cutáneo-mucosa</p> <p>Paraclínicos:</p> <p>Hb:8 gr/dl, Bilirrubina: 9,7mg/dl (directa 6,1 mg/dl). TGO: 124 U/l,</p> <p>TGP: 64 U/l, Fosfatasa Alcalina: 490 U/l,</p>	Nutricional y Metabólico	<p>D (12): confort</p> <p>C (01): confort físico</p>	<p>Nauseas (sensación nauseosa) relacionado con trastornos bioquímicos secundarios a disfunción hepática</p>

## PLAN DE CUIDADOS

NOMBRE Y APELLIDO DEL \_\_\_\_\_

SALA \_\_\_\_\_

CAMA \_\_\_\_\_

FECHA INGRESO \_\_\_\_\_

NECESIDADES VIRGINIA HENDERSON	DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA	CRITERIO DE EVALUACION (NOC)	ACCIONES DE ENFERMERIA (NIC)	EVALUACION
1.-Respirar Normalmente. 2.-Comer y beber adecuadamente. 3.-Eliminar por todas las vías. 4.- Moverse y mantener una postura adecuada.....14				

# Actividad de Cierre

REALIZAR:

- UN SOAPIE
- UN PLAN DE CUIDADOS
- CASO CLÍNICO :

# Caso clínico

- Paciente de sexo masculino de 88 años de edad, ingresa al área de emergencia acompañado por familiar, por presentar cuadro clínico de 6 días de evolución caracterizado por edema + eritema que abarca región frontal + periorbitaria acompañado de malestar general y sepsis, es trasladado al área de hospitalización para varones “San José”, se realiza canalización de vía percutánea y se administra medicación, posteriormente se realizan exámenes de laboratorio clínico para determinar la causa del problema. Los resultados en las pruebas de laboratorio muestran como origen de infección el herpes zoster.
- Signos vitales:
  - PA:160/80 mmHg,
  - FC: 90 x', FR: 20 x',
  - SpO2: 98%,
  - T: 36.9 °C.
- Antecedentes patológicos:
  - ➤ Antecedentes personales patológicos Quirúrgicos: No
  - Alergias: No
  - Vacunas: No
  - ➤ Antecedentes personales Familiares : Diabetes mellitus II Hipertensión arterial

# BIBLIOGRAFÍA

- [https://www.pediatriaintegral.es/wp-content/uploads/2016/xx02/01/n2-080-093\\_ServandoGarcia.pdf](https://www.pediatriaintegral.es/wp-content/uploads/2016/xx02/01/n2-080-093_ServandoGarcia.pdf)
- <https://www.monografias.com/trabajos79/diagnostico-diferencial-sindromes-respiratorios-uno/diagnostico-diferencial-sindromes-respiratorios-uno2.shtml>
- [http://uvsfajardo.sld.cu/sites/uvsfajardo.sld.cu/files/semiologia\\_del\\_aparato\\_respiratorio\\_y\\_sindromes\\_bronquial\\_es.2.pdf](http://uvsfajardo.sld.cu/sites/uvsfajardo.sld.cu/files/semiologia_del_aparato_respiratorio_y_sindromes_bronquial_es.2.pdf) <https://cuidateplus.marca.com/enfermedades/respiratorias/bronquiectasias.html>
- [https://www.slideshare.net/daiamari/sndromes-parenquimatosos-pulmonares?qid=cc6b7a4c-27be-4da9-82c6-f5dfc0b9dd84&v=&b=&from\\_search=9](https://www.slideshare.net/daiamari/sndromes-parenquimatosos-pulmonares?qid=cc6b7a4c-27be-4da9-82c6-f5dfc0b9dd84&v=&b=&from_search=9)
- HERNANDEZ SAMPIERI. (2014). METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION. MÉXICO: MC GRAW HILL,
- (5 Ejemplares disponibles en Biblioteca)
- SMELTZER, SUZANNE C.; BARE, BRENDA G.; HINKLE, JANICE L.; CHEEVER, KERRY H.. (2017). BRUNNER Y SUDDARTH. ENFERMERIA MÉDICOQUIRÚRGICA. 0: WOLTERS KLUWER, (3 Ejemplares disponibles en Biblioteca)
- ISLA PERA. (2014). ENFERMERIA CLINICA AVANZADA\*COLECCIÓN CUIDADOS DE SALUD
- AVANZADOS. ESPAÑA: ELSEVIER, (5 Ejemplares disponibles en Biblioteca)