



Universidad Del Sureste

FUNDAMENTOS DE ENFERMERIA II

2° Cuatrimestre

Docente: Lic. Edgar Geovanny Liévano Montoya

Alumna: Paola Janeth Gomez López

San Cristóbal De Las Casas, Chiapas

Organización De La Información: Guía De Valoración Según Los Patrones Funcionales De Salud De Marjory Gordón (Amp)

La valoración por Patrones Funcionales de Marjory Gordon aporta una serie de ventajas al proceso:

- Los patrones pueden ser utilizados independientemente del modelo enfermero del que se parta.
- Se adaptan muy bien al ámbito de la atención primaria de salud, permitiendo estructurar y ordenar la valoración, tanto a nivel individual como familiar o comunitario, a lo largo del ciclo vital de la persona, en situaciones de salud o enfermedad.
- Facilitan claramente la siguiente fase de diagnóstico enfermero al estar en el origen de la clasificación por dominios de la NANDA.

La valoración es la primera fase de este proceso, y la base de las demás. La valoración se define como un proceso planificado, sistemático, continuo y deliberado de recogida e interpretación de información, que permite determinar la situación de salud, y la respuesta que las personas dan a ésta.

La valoración enfermera es útil en la planificación de cuidados a la persona, a la familia y/o a la comunidad, y no solamente en situación de enfermedad.

Marjory Gordon define los patrones como una configuración de comportamientos más o menos comunes a todas las personas, que contribuyen a su salud, calidad de vida y al logro de su potencial humano; Que se dan de una manera secuencial a lo largo del tiempo y proporcionan un marco para la valoración con independencia de la edad a su vez el análisis de los mismos.

El esquema seguido en el desarrollo de este documento es describir:

- Lo que valora cada patrón,
- Como se valora, como establecer el resultado del patrón
- Un conjunto de aclaraciones relativas a diversos ítems que aparecen en la historia informática.

Patrón 1: Percepción- Manejo de salud

- Patrón 1: Percepción- Manejo de salud
- Patrón 2: Nutricional- Metabólico
- Patrón 3: Eliminación
- Patrón 4: Actividad /ejercicio
- Patrón 5: Sueño- Descanso
- Patrón 6: Cognitivo-Perceptivo
- Patrón 7: Autopercepción- Auto concepto
- Patrón 8: Rol- Relaciones
- Patrón 9: Sexualidad y Reproducción}
- Patrón 10: Adaptación Tolerancia al estrés
- Patrón 11: Valores y Creencias.

Dx análisis e interpretación de los datos.

El término diagnóstico de enfermería fue introducido en 1953 por Vera Fry, donde afirmaba que una vez las necesidades del paciente son identificadas se pasa al siguiente apartado formulando un diagnóstico de enfermería.

Años más tarde Jonson, Abdellah y otros autores. Escriben y definen el diagnóstico de enfermería como una función independiente.

Paralelamente se desarrollaron trabajos de investigación multidisciplinarios, lo que representó un aumento del conocimiento con respecto al tema que fundamentaron e impulsaron la expansión de los diagnósticos de enfermería.

En 1982 se crea la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) que proporciona la estructura organizativa y estable para el desarrollo de los diagnósticos de enfermería.

Convoca cada dos años al gremio a través de una Conferencia Internacional para la revisión de la clasificación de los diagnósticos de enfermería (Kozier, 1993).

En 1996 en la duodécima conferencia NANDA, celebrada en Pittsburg, se planteó el sistema de clasificación.

Diagnósticos enfermeros: tipos y formulación.

La Taxonomía NANDA-I, se define operacionalmente como la dimensión de la respuesta humana que se considera en el proceso diagnóstico.

El Modelo Diagnóstico Enfermero NANDA-I muestra los siete ejes y su relación entre sí:

1. Eje: Concepto de diagnóstico.
2. Eje: Sujeto del diagnóstico (persona, familia, comunidad).
3. Eje: Juicio (deteriorado, inefectivo).
4. Eje: Localización (vejiga, auditivo, cerebral).
5. Eje: Edad (lactante, niño, adulto).
6. Eje: Tiempo (agudo, crónico, intermitente).
7. Eje: Estado del diagnóstico (real, de riesgo, de salud, de promoción de la salud)

Las ventajas del diagnóstico de enfermería son:

- Adoptar un vocabulario común.
- Identificar los problemas de las personas.
- Centrar los cuidados en aspectos de enfermería.
- Ofrecer a la persona cuidados de calidad, personalizados, humanizados.
- Facilitar la coordinación del trabajo en equipo.
- Dar mayor prevención.
- Proporcionar elementos de información.
- Establecer una base para la evaluación.
- Dar al trabajo de enfermería un carácter más científico y profesional.
- Acentuar la importancia del rol de la enfermera.
- Desarrollar el saber enfermero.

Taxonomía II de la NANDA

NANDA

Kozier (1993) cita a Rash (1987), quién refiere que la Taxonomía es la ciencia que identifica y clasifica. Estudia teoría de clasificaciones sistemáticas incluyendo sus bases, principios, procedimientos y reglas.

El diagnóstico de enfermería proporciona la base para elegir las intervenciones enfermeras para conseguir los resultados de los que el profesional enfermero es responsable.

El año 2002 el nombre de la organización se cambió a NANDA International para reflejar mejor los miembros de numerosos países. La NANDA International es una organización de miembros dirigidos por un presidente y una junta electos.

La organización NANDA publica un libro de la clasificación cada dos años y patrocina The Journal of Nursing Language and Classification.

NIC

A diferencia de los diagnósticos de enfermería o del resultado del paciente, donde éste es el centro de interés, en las intervenciones de enfermería el centro de interés es la conducta enfermera, todo aquello que los profesionales de enfermería realizan para ayudar al paciente a avanzar hacia un resultado deseado.

Las intervenciones enfermeras incluyen todas las mediaciones ejecutadas por las enfermeras, tanto los cuidados directos como los indirectos, dirigidos a los individuos, las familias o la comunidad, ya sean tratamientos iniciados por las enfermeras, médicos o por otros profesionales.

Cada intervención NIC consta de una etiqueta, una definición, un conjunto de actividades que indican las acciones y el pensamiento que llevan a la intervención, y una breve lista de referencias.

NOC

Es la clasificación global y estandarizada de los resultados del paciente que puede utilizarse para evaluar los resultados de las intervenciones enfermeras, publicadas por primera vez en 1997.

Los resultados del paciente sirven como criterio para juzgar el éxito de una intervención enfermera.

Un resultado se define como un estado, conducta o percepción individual, familiar o comunitaria que se mide a lo largo de un continuo en respuesta a una intervención enfermera. Cada resultado NOC tiene una etiqueta, una definición, una lista de indicadores para evaluar el estado del paciente en relación al resultado, una escala de Likert de cinco puntos para medir el estado del paciente, y una breve lista de referencias utilizadas en el desarrollo del resultado.

Las escalas permiten medir el estado del resultado en cada punto de un continuo, desde el más negativo al más positivo, así como la identificación de cambios en el estado del paciente en diferentes puntos.

El beneficio de la NANDA, NIC y NOC como un lenguaje enfermero reconocido, indica que el sistema de clasificación es aceptado como soporte para la práctica enfermera al proporcionar una terminología clínicamente útil (NANDA 2007-2008).

Fases -Análisis De Datos-

El análisis de los datos tiene como finalidad la identificación del problema e inicia con la clasificación de la información. Este proceso comienza después de la valoración de enfermería y permite al personal desarrollar clases de información más manejables.

Ejecución

- Ayudar a la persona para mantener la salud, recuperarse de la enfermedad o morir en forma tranquila.
- Las intervenciones son personalizadas, dependiendo de los principios fisiológicos, la edad, la formación cultural, el equilibrio emocional, la capacidad física y mental de la persona.

Evaluación

- Ayuda a determinar los criterios que indican los niveles de independencia mantenidos y/o alcanzados a partir de la ejecución.
- Permite a la persona conseguir su independencia máxima en la satisfacción de las 14 necesidades lo más rápidamente posible.
- La enfermera y la persona deben establecer si el plan ha sido efectivo y si hay algún cambio en el mismo.

