

- Nombre de la alumna: Sofi Adai Alvarez Montejo.
- Escuela: UDS (Universidad Del Sureste).
- LEN- Licenciatura En Enfermería.
- Unidad 4: Ejecución.
- Temas: La Planificación De Cuidados. Fases, Objetivos (Taxonomía NOC) E Intervenciones (Taxonomía NIC), Registros De Enfermería.
- Actividad 2: Investigación De Temas.
- Profesora: Juana Ines Herndadez Lopez.
- Materia: Fundamentos De Enfermeria 2.
- Modulo: 1.
- 2do. Cuatrimestre.
- Grupo: LEN10SSC0520-A.
- Fecha de entrega: 08/02/2021.

(Unidad IV) EJECUCIÓN

Actividad 2: Investigación.

Instrucciones de la actividad: Realizar una investigación de los temas.

4.3.-La Planificación De Cuidados. Fases, Objetivos (Taxonomía NOC) E Intervenciones (Taxonomía NIC).

La NOC o Nursing Outcomes Classification hace referencia a la clasificación de resultados de enfermería. La 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.

La NIC o Nursing Interventions Classification desarrolla la clasificación de intervenciones de enfermería.

El plan de cuidados de enfermería con la interacción de las taxonomías NANDA, NIC y NOC facilita a los profesionales de enfermería la planificación de los cuidados y permite manejar un lenguaje estandarizado. La NANDA proporciona una clasificación diagnóstica que sirve de guía, a través de la cual, se unifica internacionalmente el lenguaje de enfermería.

La taxonomía NOC se utiliza para conceptualizar, denominar, validar y clasificar los resultados que se obtienen de la intervención de enfermería. Este lenguaje incluye resultados esperados, indicadores y escalas de medición.

La taxonomía NIC, es una clasificación global y estandarizada de las intervenciones que realiza el profesional de enfermería, que tiene como centro de interés la decisión que tome para llevar a la persona al resultado esperado.

La metodología de trabajo del personal de enfermería, debe conducir a establecer un cuidado eficiente y de calidad, elaborando planes de cuidado de enfermería, que garanticen la seguridad del usuario.

Palabras clave: Plan de Cuidados, Diagnósticos, Resultados.

En 1996 (12ª Conferencia) aparecen los sistemas de clasificación:

N.I.C: Sistema De Clasificación De Intervenciones De Enfermería. Para cada diagnóstico de enfermería planea actividades. Propone más de 300 tipos de actividades.

N.O.C: Sistema De Clasificación De Resultados.

TAXONOMÍA NIC

La Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC) es una clasificación normalizada completa de las intervenciones que realizan los profesionales de enfermería.

La clasificación incluye las intervenciones realizadas por los profesionales de enfermería en función de los pacientes, intervenciones tanto independientes como en colaboración, y cuidados tanto directos como indirectos.

Las intervenciones NIC incluyen tanto la esfera fisiológica como la psicosocial.

Las intervenciones se han incluido para el tratamiento de enfermedades, la prevención de enfermedades y para el fomento de la salud.

Estructura de la Taxonomía NIC. La taxonomía NIC tiene 3 niveles:

- Campos.
- Clases.
- Intervenciones.

Actualmente (tras la Conferencia de Oporto 2014) NIC tiene: 7 campos, 30 clases, 565 intervenciones y más de 13.000 actividades.

Codificación. Para codificar los campos se han utilizado números del 1 al 7. Las clases se han codificado siguiendo las letras del alfabeto en mayúscula y en minúscula y las intervenciones con un número de 4 dígitos.

Las actividades no están codificadas, por lo que es posible incorporar otras nuevas.

Componentes de una intervención.

- Título/Etiqueta descriptiva: denominación del resultado.
- Definición: expresa de forma clara y precisa el título.
- Actividades: acción específica que realiza la enfermería para llevar a cabo una intervención.
- Referencias bibliográficas.

TAXONOMÍA NOC

La Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC) es una clasificación normalizada y completa de los resultados enfermeros.

Cada resultado representa un concepto que puede utilizarse para evaluar el estado, condición o percepción variable de un paciente, cuidador familiar, familia o comunidad para evaluar los efectos de las intervenciones enfermeras a lo largo del proceso de cuidado del paciente.

Estructura de la Taxonomía NOC. La taxonomía NOC tiene 3 niveles:

- Dominio.
- Clase.
- Resultado. Se compone de los:

- Indicadores y
- Medidas.

Actualmente (tras la Conferencia de Oporto 2014) NOC tiene: 7 dominios, 32 clases y 490 resultados.

Codificación. Los dominios se clasifican utilizando números romanos del I al VII.

Las clases se codifican con letras siguiendo el abecedario, en mayúsculas primero y una vez finalizadas todas las posibilidades en minúsculas.

Los resultados se codifican con 4 dígitos. Los indicadores se codifican con 6 dígitos, correspondiendo los 4 primeros dígitos a su resultado.

Componentes de un resultado.

- Etiqueta: denominación del resultado.
- Definición: expresa de forma clara y precisa el título.
- Indicador: estado, conducta o percepción más concreto de un individuo, familia o comunidad que sirve como indicación para medir un resultado.
- Escala Likert de 5 puntos: cuantifica el estado del resultado o indicador de un paciente en un continuo.
- Lista de referencias bibliográficas.

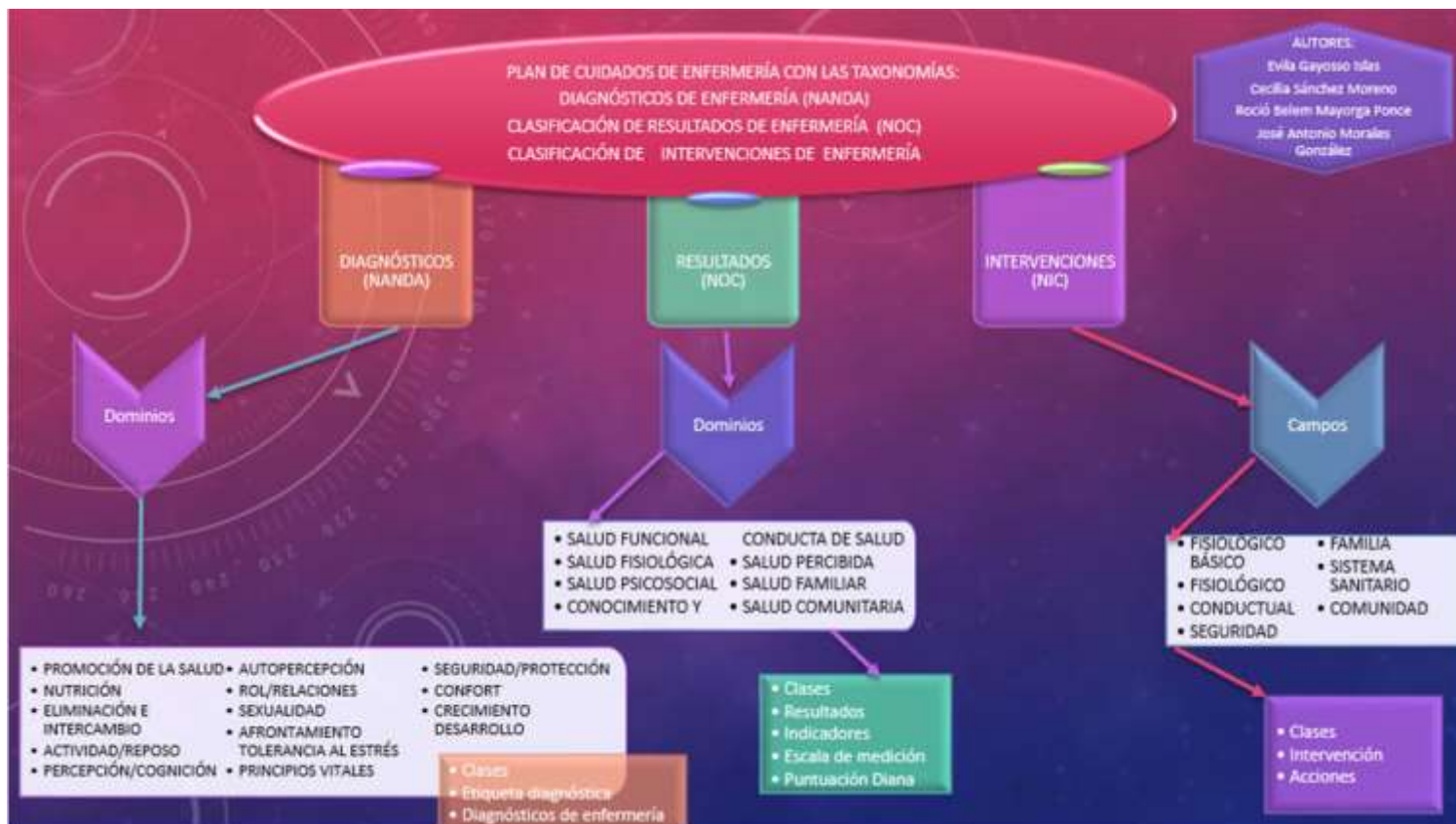
Escalas de medida de la NOC

Dado que los resultados con conceptos variables que representan estados, conductas y percepciones de pacientes, es esencial poseer un método para medir los conceptos. Las escalas proporcionan suficientes opciones para demostrar la variabilidad en el estado, conducta o percepción del paciente descritos por el resultado.

La clasificación contiene 17 escalas (tipo Likert de cinco puntos) para su de medida.

Planeación:

- Sirve para la formulación de objetivos de independencia en base a las causas de dificultad detectadas.
- Elección del modo de intervención.
- Determinación de actividades que implique a la persona en su propio cuidado.



4.6.- Registros De Enfermería.

Los registros de enfermería constituyen una parte fundamental de la asistencia sanitaria, estando integrados en la historia clínica del paciente, lo que conlleva unas repercusiones y responsabilidades de índole profesional y legal, que precisa llevarlos a la práctica con el necesario rigor científico, que garantice la calidad de los mismos. Los profesionales, deben conocer el adecuado cumplimiento de los registros y también la legislación vigente que afecte tanto a usuarios como a los profesionales de la salud. El Proceso de Atención de Enfermería (PAE), es el método científico aplicado en la práctica asistencial enfermera, que permite prestar cuidados de forma racional y sistemática, individualizando y cubriendo las necesidades del paciente, familia y comunidad.

Este proceso dispone de cinco etapas interrelacionadas, abordadas desde la teoría de forma individual, pero superpuestas en la práctica diaria, y que son: Valoración, Diagnósticos de enfermería, Planificación, Ejecución, Evaluación.

Cada una de las etapas del (PAE), debe disponer de su correspondiente registro de enfermería constituyendo así:

- Un sistema de comunicación entre los profesionales del equipo sanitario.
- Calidad de cuidados, al poder compararse con determinadas normas de calidad.

- Un sistema de evaluación para gestión de servicios enfermeros, permitiendo: Investigación en enfermería; la formación pre/post-grado y una prueba de carácter legal. Para poder organizar y registrar cada etapa del proceso de atención de enfermería.

Debemos clasificar las necesidades y demandas de los pacientes, según un modelo de cuidados, siendo los más utilizados: Necesidades Básicas de Virginia Henderson o Patrones Funcionales de Gordon. En base al modelo de cuidados escogido, se desarrollará el plan de cuidados de enfermería pudiendo ser estandarizado o no estandarizado, con soporte informático o en papel y cuyo contenido permita el conocimiento del estado del paciente en cada momento del proceso de hospitalización.

Los registros de enfermería: Son testimonio documental sobre actos y conductas profesionales donde queda recogida toda la información sobre la actividad enfermera referente al paciente, su tratamiento y su evolución. Son fundamentales para:

1. Desarrollo de la enfermería: La enfermería como disciplina profesional se desarrolla en base a la existencia de documentos a través de los cuales los profesionales dejemos constancia de todas las actividades que llevamos a cabo en el proceso de cuidados: Posibilitan el intercambio de información sobre cuidados, mejorando la calidad de atención que se presta y permitiendo diferenciar la actuación propia, del resto del equipo; manifestando el rol autónomo de la enfermería. O facilitan la investigación clínica y docencia de enfermería, ayudando a formular protocolos y procedimientos específicos y necesarios para cada área de trabajo. O conforman una base importante para la gestión de recursos sanitarios materiales y personales, adecuándolos a necesidades generadas en cada momento, permitiendo el análisis del rendimiento, y el análisis estadístico.

Tienen finalidad jurídico-legal, considerándose una prueba objetiva en la valoración del personal sanitario respecto a su conducta y cuidados al paciente. Sólo a través del registro de todo aquello que la enfermera realiza, podremos transformar el conocimiento común sobre los cuidados en conocimiento científico y contribuir con ello al desarrollo disciplinario y profesional.

2. Calidad de información: La calidad de la información registrada, influye en efectividad de la práctica profesional, los registros de enfermería deben cumplir estándares básicos que favorezcan la eficacia de los cuidados en las personas y legitimasen la actuación del profesional sanitario. Estas normas para mejorar la calidad de información tienen como base, principios éticos, profesionales y legislativos fundamentales, como el derecho a la intimidad, confidencialidad, autonomía y a la información del paciente.

“Registros de enfermería”

Documento legal y formal escrito o impreso, que se considera con indicador del desempeño de los enfermeros profesionales, referido al cuidado que se brinda a la persona sana o enferma, estructurado según normas en el SOAPIE (S = datos subjetivos, O = datos objetivos, A = análisis o diagnóstico, P = planificación, (va el objetivo del plan), I = intervención, E = evaluación o resultado esperado).

“SOAPIE” es un método para el registro e interpretación de los problemas y necesidades de la persona o paciente, así como las intervenciones y observaciones, y evaluación que realiza la enfermera. También se conoce como estructura o siglas del registro de enfermería.

Normas de los registros de enfermería

1. Debe ser objetiva: El registro debe contener información descriptiva es decir lo que el profesional de enfermería ve, oye, siente y huele. Ejemplo: “Respiración 14 x¹: regulares con sonidos respiratorios limpios bilaterales”.

2. No usar bueno, adecuado regular o malo: ya que son sometidos a interpretación de diferente persona, tampoco usar deducciones ejemplo: “Tiene un poco de apetito” el dato que se debe registra en el ejemplo es “Come solo el arroz deja el pollo, el postre y el pan de la bandeja de almuerzo”.

3. Debe ser subjetiva: el registro debe obtener información objetiva del interrogatorio, y que solo es apreciado por la persona o el paciente, ejemplo: el paciente refiere: “Tengo dolor abdominal”.

4. Debe ser fiable: la información debe ser exacta para ser fiable, ejemplo: “herida abdominal de 6 cm de longitud, sin enrojecimiento” es más exacta y descriptiva que “gran herida abdominal, está cicatrizando bien”.

5. No utilizar abreviaturas o símbolos: ya que confunden, ejemplo: O. D (once daily, una vez al día), puede ser interpretado como ojo derecho u oído derecho, omoplato derecho, etc.

6. Usar ortografía correcta y letra legible: una ortografía correcta aumenta exactitud de la documentación, de igual manera una letra legible ayuda a conocer la información, se recomienda usar letra imprenta cuando no es legible.



NOTA DE ENFERMERÍA

Nombre del paciente: Juan Pérez López Edad: 50 años. Expediente: 489-45

Servicio: Urgencias, estabilización Cama: Nº 5

FECHA	OBSERVACIONES
7/01/20017	
4:20 A.M	Ingresa Paciente Masculino con síntomas de Hiperglucemia (300 de glucosa en sangre), se le administran 12 unidades de insulina, así como presenta síntomas de deshidratación, y se le coloca suero intravenoso.
6:00 A.M	Se hace revisión del paciente y de los niveles de azúcar en sangre (220 de azúcar en sangre).
7:00 A.M	Se le da de desayunar al paciente, y se le administra medicamento.
10: 00A.M	Se revisa l paciente tomándole la temperatura y el ritmo cardiaco (parece estable).
2:00 P.M	Se le da de comer al paciente y se le miden los niveles de glucosa en sangre (180 de azúcar).
3:00 P.M	Se le administra medicamento al paciente
4:00 P.M	Revisión del paciente (dice sentirse mejor), temperatura normal, sin sudoración. Se le sigue administrando medicamento a través de la intravenosa.
5:00 P.M	Se le inyectan 10 unidades de insulina al paciente.
7:00 P.M	Se le sirve de cenar al paciente
8:00 P.M	Se miden los niveles de azúcar en sangre (140), el paciente comienza a estabilizarse.
10: P.M	Revisión del paciente, se le administra medicamento y se revisan los niveles de azúcar en sangre, así como se monitorea el flujo intravenoso (se administran medicamentos vía intravenosa).
10:20 P.M	El paciente se duerme, aparentemente se encuentra estable.

Bibliografía

Brady M, Kinn S, Stuart P: Preoperative fasting for adults to prevent perioperative complications, Cochrane Database Syst Rev (4):CD004423, 2003.

Romboembolism: The Seventh ACCP Conference on Antithrombotic and Thrombolytic Therapy, Chest 126(Suppl):338S, 2004.

Geerts WH, et al: Prevention of venous thromboembolism: American College of Chest Physicians evidence-based clinical practice guidelines, Chest 133:381S, 2008.

Gupta A, et al: Postoperative analgesia after radical retropubic prostatectomy: a double-blind comparison between low thoracic epidural and patient-controlled intravenous analgesia, Anesthesiology 105(4):784,2006.

Hansdottir V, et al: Thoracic epidural versus intravenous patient-controlled analgesia after cardiac surgery: Randomized controlled trial on length of hospital stay and patient-perceived quality of recovery, Anesthesiology 104(1):142,2006.

Fundamentos de enfermería. Eva Reyes Gómez. Ciencia, metodología y tecnología, 2a edición 2015 por Editorial El Manual Moderno, S.A. de C.V.

Fundamentos de Enfermería Patricia A. Potter 8 Edición 2015 Elsevier España, S.L. Travessera de Gracia, 17-21 - 08021 Barcelona, España.

www.salusplay.com

www.uaeh.edu.mx

www.aniorte-nic.net

www.es.calaméo.com

www.10ejemplos.com