

UNIVERSIDAD DEL SURESTE



UNIDAD IV: Ejecución

MATERIA: Fundamentos de la enfermería

DOCENTE: Lic. Juana Inés López Hernández

ALMNO(A): Ana Lucia Solís Hernández

CARRERA: Lic. Enfermería

CUATRIMESTRE: 2°

GRUPO: "B"

FECHA DE ENTREGA: 12 /02/22

TAXONOMIAS NOC Y NIC

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

NIVEL DE LA TAXONOMIA NOC

DOMINIO, Hay 7 dominios se clasifican utilizando números romanos del I al VII

CLASE, Hay 32 clase se codifican con letras siguiendo el abecedario en mayúscula primero y una vez finalizadas todas las posibilidades en minúscula

RESULTADOS, Hay 490 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 tiene 3 niveles:

Campos.

Clases.

Intervenciones.

4.3 LA PLANIFICACION DE CUIDADOS, FASES, OBJETIVOS (TAXONOMIA NOC) E INTERVENCIONES (TAXONOMIA NIC)

PLANIFICACIÓN. Son las estrategias para prevenir, minimizar o corregir los problemas. Objetivo NO es lo mismo que resultado. NO es lo mismo que indicador.

El objetivo es elaborado por la enfermera (son las respuestas que queremos obtener por parte del paciente. Según se utilice el PAE de 4 fases o el de 5 es el paso final del proceso de valoración o la segunda fase. Es un enunciado del problema real o en potencia del paciente que requiera de la intervención de enfermería con el objeto de resolverlo o disminuirlo. En ella se va a exponer el proceso mediante el cual estaremos en condiciones de establecer un problema clínico y de formularlo para su posterior tratamiento, bien sea diagnóstico enfermero o problema interdependiente.

*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.

EJEMPLOS DE HOJA DE ENFERMERIA



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCION DE PRESTACIONES MEDICAS

REGISTROS CLINICOS, TRATAMIENTOS Y
OBSERVACIONES DE ENFERMERIA

4-30-51-86

Nombre _____
 Cédula _____
 Edad _____ Sexo _____
 Servicio _____
 Cama/Cuna _____
 Diagnóstico _____

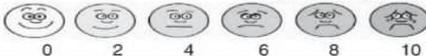
UNIDAD

Fecha			Día de Hosp.																		
F.C.	T.I.	T.C.	8	12	16	20	24	4	8	12	16	20	24	4	8	12	16	20	24	4	
170	36	41																			
160	35																				
150	34	40																			
140	33																				
130	32	39																			
120	31																				
110	30	38																			
100	29																				
90	28	37																			
80	27																				
70	26	36																			
60	25																				
50	24	35																			
Tensión Arterial			/ /																		
F. Respiratoria																					
C. Temperatura																					
Talla		Peso																			
		Perímetro																			
Fórmula _____																					
Dieta _____																					
Líquidos Orales _____																					
TOTAL																					
Líquidos																					
Parenterales																					
Electrolitos y Elementos																					
Sanguíneos																					
TOTAL																					
Uresis																					
Evacuaciones																					
Vómito, Succión y Drenajes																					
Laboratorio y Productos Biológicos																					
Reactivos																					
Estudios Operaciones																					

Logo de la institución	Nombre del paciente:		Habitación/Cama	
	Edad:	Sexo:	Hoja:	
	Servicio:	Religión:	Número de expediente:	
	Médico tratante:			
	Diagnóstico(s) médico:			
	Alergias: T. Sangre:			

Fecha	DEH																								
T°	FC	7	9	11	13	15	17	19	21	23	1	3	5	7	9	11	13	15	17	19	21	23	1	3	5
40°	160																								
39°	140																								
38°	120																								
37°	100																								
36°	80																								
35°	60																								
FR																									
T/A																									
SPO2																									
Dextroxtlís																									
E Insulina																									

Escalas de valoración

valoración del dolor  0 2 4 6 8 10

0 No Dolor 1 Poco Dolor 2 Dolor Moderado 3 Dolor Fuerte 4 Dolor Muy Fuerte 5 Dolor Insoportable

Turno	Matutino			Vespertino			Nocturno			Matutino			Vespertino			Nocturno		
Hora																		
Puntuación																		

Valoración del riesgo de caídas (Crichton)							
Criterios de riesgo							Calif.
Limitación física							2
Estado mental alterado							3
Tratamiento farmacológico que implica riesgo							2
Problemas de idioma o socioculturales							2
Paciente sin factores de riesgo							1
Total							10
Riesgo	M	V	N	M	V	N	
Alto 4 a 10							
Mediano 2 a 3							
Bajo 0 a 1							

Escala de Riesgo de Ulceras por Presión (Norton)				
Edo. Gral	Edo. Mental	Actividad	Movilidad	Incontinencia
4. Bueno	4. Alerta	4. Caminando	4. Total	4. Ninguna
3. Débil	3. Apático	3. Con ayuda	3. Disminuida	3. Ocasional
2. Malo	2. Confuso	2. Sentado	2. Muy limitada	2. Urinaria o fecal
1. Muy malo	1. Estuporoso	1. En cama	1. Inmóvil	1. Urinaria y fecal
Día estancia hospitalaria	Riesgo muy alto 5 a 9	Riesgo alto 10 a 12	Riesgo medio 13 a 14	Riesgo mínimo Más de 14

Escala de Ramsey						M	V	N	M	V	N
Nivel	Síntomatología										
I	Agitado y/o ansioso										
II	Cooperador, orientado y tranquilo										
III	Dormido, responde a órdenes verbales										
IV	Somnoliento con breves respuestas a la luz y sonido										
V	Dormido con respuesta sólo al dolor										
VI	Sin respuesta										

Estado emocional	M	V	N	M	V	N	Turno	Dieta	Consumo
Contento							Mat		
Animado							Vesp		
Triste							Noct		
Enojado							Mat		
Angustiado							Vesp		
Otro:							Noct		
Acompañado									

Soluciones parenterales									
Hemoderivados									

Medicamento / Dosis / Vía / Horario	M	V	N	M	V	N	Dispositivos invasivos	Fecha instalación	Turno	Observaciones

PUNTOS QUE COINCIDEN

- Nombre
- Fecha
- Sexo
- Dx
- Edad
- F. respiratoria
- Temperatura
- Peso
- Talla
- T/A
- Hora

4.6 REGISTRO DE ENFERMERIA

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. Hacer el registro de los cuidados que la enfermería proporciona diariamente a los pacientes, es una tarea esencial, tanto para dar una adecuada calidad sanitaria como para el desarrollo de la profesión. 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, DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA, PLANIFICACIÓN, EJECUCIÓN, EVALUACIÓN. 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

*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

*Calidad de información: La calidad de la información registrada, influye en la efectividad de la práctica profesional, por tanto, los registros de enfermería deben cumplir unos estándares básicos que favorezcan la eficacia de los cuidados en las personas y legitimesen la actuación del profesional sanitario. que llevemos a cabo en el proceso de cuidados

BLIBLIOGRAFIAS

- Antología
- <https://www.studocu.com>
- mira.ired.unam.mx/enfermeria/wp-content