

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA.

Valoración de Enfermería al ingreso



Análisis y síntesis de los datos



Identificación de los problemas

(DIAGNÓSTICOS)

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA.

VALORACION FORMULACION DE PROBLEMAS

Rol de colaboración

Rol propio

Modelo médico
enfermero

Modelo

PROBLEMA
EN COLABORACION

DIAGNOSTICOS
ENFERMEROS

Terminología médica
NANDA

Taxonomía

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA.

“Juicio clínico sobre la respuesta de un individuo, familia o comunidad a problemas de salud reales o potenciales o a procesos vitales. Los diagnósticos enfermeros proporcionan la base para la selección de intervenciones enfermeras para lograr los resultados de los que la enfermera es responsable”.

(NANDA, 1994)

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA.

“Problema de salud real o potencial que las enfermeras en virtud de su formación y experiencias son capaces de tratar y están autorizadas para ello”.

(GORDON, 1976)

“Declaración que describe una respuesta humana real o potencial de los procesos vitales que las enfermera identifican y disponen de actividades que reduzcan, prevengan o eliminen que son de dominio legal y educativo de Enfermería”

(CARPENITO, 1989)

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA.

FORMULACION DE LOS DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS

Manejo del formato PES

- P** Problema: Etiqueta diagnóstica.
- E** Etiología: Relacionado con (R/C).
- S** Signos y Síntomas: Manifestado por (M/P).

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA.

TIPOS DE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

CLASIFICACION NANDA

- * DIAGNÓSTICO REAL
- * DIAGNÓSTICO DE RIESGO
- * DIAGNÓSTICO DE BIENESTAR O DISPOSICIÓN (También llamado DE SALUD)
- * SÍNDROME

CLASIFICACION CARPENITO, LJ

- * DIAGNÓSTICO REAL
- * DIAGNÓSTICO DE RIESGO
- * DIAGNÓSTICO DE BIENESTAR O DISPOSICIÓN (También llamado DE SALUD)
- * SÍNDROME
- * DIAGNÓSTICO POSIBLE

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA.

DIAGNÓSTICO REAL.

Representa un problema que ha sido clínicamente validado mediante el cumplimiento de características definitorias, es decir evidencias de signos y síntomas propios del diagnóstico.

ENUNCIADO EN TRES PARTES

Etiqueta diagnóstica + r/c factores relacionados + m/p signos y síntomas

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA.

Ejemplo:

Dolor crónico
relacionado con
su proceso degenerativo muscular
manifestado por
alteración en la capacidad de seguir con las actividades previas.

La presencia en el enunciado de signos y síntomas valida la existencia de un diagnóstico real.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA.

DIAGNÓSTICO DE RIESGO.

Describe un juicio clínico acerca de la mayor vulnerabilidad de un individuo o grupo a presentar un problema.

Los datos de la persona contienen evidencias de factores relacionados, pero no hay evidencias de las características definitorias (signos y síntomas).

Si las hubiera sería un diagnóstico real, no de riesgo.

ENUNCIADO EN DOS PARTES

Riesgo de... Etiqueta diagnóstica + r/c factores relacionados.

Ej. Riesgo de impotencia r/c la disminución de su fuerza física.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA.

DIAGNÓSTICO DE BIENESTAR O DISPOSICION (también llamado DE SALUD).

Juicio clínico respecto a una persona, grupo o comunidad en transición desde un nivel específico de bienestar hacia un nivel más elevado.

ENUNCIADO EN UNA PARTE

Disposición para mejorar.... Etiqueta diagnóstica

Ej. Disposición para mejorar el desempeño del rol parental.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA.

DIAGNÓSTICO POSIBLE.

Para Carpenito estos diagnósticos son opciones que presenta la enfermera para indicar la presencia de algunos datos para confirmar un diagnóstico, aunque en ese momento son insuficientes.

ENUNCIADO EN UNA PARTE

Posible Etiqueta diagnóstica.

Ej. Posible déficit de autocuidados: vestido / acicalamiento.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA.

SINDROMES DIAGNÓSTICOS.

Se usa cuando el diagnóstico se asocia a otros diagnósticos de idéntico peso dentro del problema, formando un grupo.

ENUNCIADO EN UNA PARTE

Síndrome.... Etiqueta diagnóstica.

Ej. Síndrome traumático de violación.

PROBLEMAS DE COLABORACION

Son complicaciones fisiológicas que las enfermeras controlan para detectar su inicio o su evolución y colaboran con otros profesionales para su tratamiento.

“ Los problemas de colaboración se refieren a ciertas complicaciones fisiológicas, que controla el personal de enfermería, para detectar su aparición o cambios en su estado.

Las enfermeras manejan los problemas en colaboración, utilizando intervenciones prescritas por médicos e intervenciones prescritas por el personal de enfermería, para reducir al mínimo las complicaciones de los acontecimientos”

(Carpenito, 1989)

PROBLEMAS DE COLABORACION

“ Problema de salud real o potencial (complicación), que se centra en una respuesta fisiopatológica del cuerpo (a un traumatismo, enfermedad, estudios diagnósticos o modalidades terapéuticas) que las enfermeras son responsables de identificar y tratar en colaboración con los médicos”

(Alfaro, 1992)

Ej. Hemorragia, flebitis, hipoxemia, infección, etc

**COMPARACION ENTRE DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS
Y PROBLEMAS DE COLABORACIÓN**

**DIAGNÓSTICO
ENFERMERO**

**PROBLEMA DE
COLABORACIÓN**

Principal foco de atención

Respuestas humanas a la
enfermedad, o cambios vitales

Potenciales complicaciones
fisiológicas
de la enfermedad

**COMPARACION ENTRE DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS
Y PROBLEMAS DE COLABORACIÓN**

**DIAGNÓSTICO
ENFERMERO**

**PROBLEMA DE
COLABORACIÓN**

Principal responsable del problema

La enfermera.

El médico.

COMPARACION ENTRE DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS Y PROBLEMAS DE COLABORACIÓN

DIAGNÓSTICO ENFERMERO

PROBLEMA DE COLABORACIÓN

Diagnóstico definitivo

La autoridad para diagnosticar corresponde a la enfermera .

La autoridad para diagnosticar corresponde al médico.

COMPARACION ENTRE DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS Y PROBLEMAS DE COLABORACIÓN

DIAGNÓSTICO ENFERMERO

PROBLEMA DE COLABORACIÓN

Responsabilidades enfermeras

Detección temprana de los problemas reales y potenciales.

Iniciar un plan general (que dirige la enfermera) para prevenir, corregir o minimizar los problemas.

Controlar e iniciar las acciones que son dominio enfermero para prevenir o minimizar los problemas o complicaciones potenciales.

Ejecutar las acciones prescritas por el médico.

De R. Alfaro – Lefevre 1996.

CLASIFICACIÓN DE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERIA

En 1973 un grupo de enfermeras forma el

“Grupo Nacional para la Clasificación de Diagnósticos de Enfermería “

Esfuerzo por identificar categorías de problemas que deberían considerarse como Diagnósticos de Enfermería.

Este grupo compuesto por docentes, teóricas, gestoras y enfermeras asistenciales, se convirtió en 1982 en la

**“Asociación Norteamericana de Diagnósticos de Enfermería”
(NANDA)**

Desde entonces continua desarrollando el sistema de clasificación de diagnósticos.

CLASIFICACIÓN DE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERIA

DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS: Definiciones y clasificación NANDA.
Ed. Elsevier. Edición 2005 – 2006

Componentes del diagnóstico

- **Etiqueta:** nombre.
- **Características definitorias:** signos y síntomas observables y verificables identificados durante la valoración.
- **Factores relacionados:** elementos que tiene una relación directa o indirecta con el Diagnóstico Enfermero.
- **Factores de riesgo:** elementos que aumentan la vulnerabilidad.

CLASIFICACIÓN DE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERIA

Ventajas de utilizar los Diagnósticos Enfermeros.

- El lenguaje de los diagnósticos describe lo que las personas están experimentando.
- Los diagnósticos pueden ser usados para predecir el cuidado que los pacientes necesitan.
- Los diagnósticos pueden vincularse con los resultados e intervenciones con el fin de evaluar el cuidado del paciente.
- Pueden incluirse en los sistemas de información.
- Permite avanzar en el conocimiento de la disciplina enfermera.

CLASIFICACIÓN DE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERIA

TAXONOMIA NANDA (DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS: Definiciones y clasificación NANDA. Ed. Elsevier. Edición 2005 – 2006)

El método por el que se organizan los diagnósticos enfermeros es el llamado sistema de clasificación o taxonomía diagnóstica.

CLASIFICACIÓN DE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERIA

La taxonomía diagnóstica tiene tres niveles:

- **Dominios:** Un dominio es “una esfera de actividad, estudio o interés”. Hay 13 dominios.
- **Clases:** Una clase es “una subdivisión de un grupo mayor; una división de personas o cosas por su calidad, rango o grado”. Hay 46 clases.
- **Diagnósticos:** Un diagnóstico es “un juicio clínico sobre la respuesta de un individuo, familia o comunidad a problemas de salud reales o potenciales o a procesos vitales”.

Los diagnósticos enfermeros proporcionan la base para la selección de intervenciones enfermeras para lograr los resultados de los que la enfermera es responsable”.

Hay 167 diagnósticos a los que se han añadido algunos mas en la última edición 2005-2006.

CLASIFICACIÓN DE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERIA

DOMINIOS, CLASES Y DIAGNÓSTICOS NANDA.

DOMINIOS

Promoción de la salud

Nutrición

Eliminación

CLASES

Toma de conciencia de la salud.
Manejo de la salud

Ingestión
Digestión
Absorción
Metabolismo
Hidratación

Sistema urinario
Sistema gastrointestinal
Sistema integumentario
Sistema pulmonar

CLASIFICACIÓN DE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERIA

DOMINIOS, CLASES Y DIAGNÓSTICOS NANDA.

DOMINIOS

CLASES

Actividad / reposo

Reposo / sueño
Actividad / ejercicio
Equilibrio de la energía
Respuestas cardiovasculares / respiratorias

Percepción / cognición

Atención
Orientación
Sensación / percepción
Cognición
Comunicación

Autopercepción

Autoconcepto
Autoestima
Imagen corporal

CLASIFICACIÓN DE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERIA

DOMINIOS, CLASES Y DIAGNÓSTICOS NANDA.

DOMINIOS

CLASES

Rol / relaciones

Roles de cuidador
Relaciones familiares.
Desempeño del rol

Sexualidad

Identidad sexual
Función sexual
Reproducción

Afrontamiento / tolerancia
al estrés

Respuesta postraumática
Respuestas de afrontamiento
Estrés neuro-comportamental

Principios vitales

Valores / Creencias
Congruencia de las acciones con los valores /
creencias

CLASIFICACIÓN DE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERIA

DOMINIOS, CLASES Y DIAGNÓSTICOS NANDA.

DOMINIOS	CLASES
Seguridad / protección	Infección Lesión física Violencia Peligros ambientales Procesos defensivos Termorregulación
Confort	Confort físico Confort ambiental Confort social
Crecimiento / desarrollo	Crecimiento Desarrollo

CLASIFICACIÓN DE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERIA

EJEMPLOS DE DOMINIO, CLASE Y DIAGNÓSTICO:

DOMINIO	CLASE	DIAGNÓSTICO
Actividad / reposo	Actividad / ejercicio	00085 Deterioro de la movilidad física
Nutrición	Ingestión	00003 Desequilibrio nutricional por defecto.
Percepción / Cognición	Cognición	00126 Conocimientos deficientes (especificar).

III FASE PAE: PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS

Realizada la valoración e identificados los diagnósticos enfermeros y problemas de colaboración se procederá a la planificación de los cuidados

Se pretende establecer y llevar a cabo unos cuidados de enfermería, que conduzcan al paciente a prevenir, reducir o eliminar los problemas detectados.

La enfermera es quién debe elaborarlo, interpretarlo, coordinarlo, delegar actividades si es preciso y evaluarlo.

III FASE PAE: PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS

FASES DE LA PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS

- 1. ESTABLECIMIENTO DE PRIORIDADES**
- 2. ESTABLECIMIENTO DE OBJETIVOS O RESULTADOS ESPERADOS EN EL PACIENTE**
- 3. ESTABLECIMIENTO DE INTERVENCIONES ENFERMERAS**

III FASE PAE: PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS

1. ESTABLECIMIENTO DE PRIORIDADES

- ¿ Que problemas necesitan atención inmediata y cuales pueden esperar?
- ¿ Que problemas son responsabilidad enfermera y cuales deben referirse a otro profesional ?
- ¿ Que problemas se tratarán usando planes de cuidados estandarizados ?

III FASE PAE: PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS

1. ESTABLECIMIENTO DE PRIORIDADES

Según Maslow podemos clasificar las prioridades en cinco apartados:

PRIORIDAD 1 NECESIDADES FISIOLÓGICAS

Problemas que representan una amenaza para la respiración, circulación, nutrición, hidratación, eliminación, regulación térmica, etc.

PRIORIDAD 2 SEGURIDAD Y PROTECCIÓN

Amenaza a la protección y seguridad, como pueden ser los problemas ambientales.

PRIORIDAD 3 AMOR Y PERTENENCIA

Todos aquellos problemas que suponen un atentado contra el sentirse amado, la pertenencia a un grupo, etc.

PRIORIDAD 4 AUTOESTIMA

Se valora como problema todas aquellas situaciones que impiden llevar a cabo actividades habituales.

PRIORIDAD 5 AUTORREALIZACION

Problemas que representa una amenaza para la habilidad de lograr los objetivos personales.

III FASE PAE: PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS

2. ESTABLECIMIENTO DE OBJETIVOS O RESULTADOS ESPERADOS EN EL PACIENTE

El proceso enfermero, como característica definitoria, está centrado y dirigido a que el paciente obtenga unos **resultados esperados, que buscaremos lograr con la provisión de** nuestros cuidados.

Para la formulación de los objetivos usaremos la metodología del libro de la Clasificación de Resultados de Enfermería, más conocido como NOC (Nursing Outcomes Classifications),

III FASE PAE: PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS

2. ESTABLECIMIENTO DE OBJETIVOS O RESULTADOS ESPERADOS EN EL PACIENTE

CLASIFICACION DE RESULTADOS DE ENFERMERIA (NOC)

Tras la valoración del paciente y una vez identificados los problemas de salud y formulado el diagnóstico enfermero,

habrá que elegir los resultados e indicadores buscados en el paciente,

con el objetivo de resolver estos problemas de salud.

III FASE PAE: PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS

2. ESTABLECIMIENTO DE OBJETIVOS O RESULTADOS ESPERADOS EN EL PACIENTE

CLASIFICACION DE RESULTADOS DE ENFERMERIA (NOC)

La característica esencial e inherente al proceso enfermero es que este está centrado y dirigido a que el usuario obtenga unos resultados con la provisión de los cuidados.

Los objetivos están centrados en el paciente y deben formularse antes de determinar y ejecutar las intervenciones enfermeras para dirigir estas hacia la consecución de resultados.

Una vez llevadas a cabo las intervenciones enfermeras y actividades adecuadas, se valorará de nuevo el resultado.

III FASE PAE: PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS

2. ESTABLECIMIENTO DE OBJETIVOS O RESULTADOS ESPERADOS EN EL PACIENTE

CLASIFICACION DE RESULTADOS DE ENFERMERIA (NOC)

Un resultado se define como “ Un estado, conducta o percepción individual, familiar o comunitaria que se mide de manera continua en respuesta a una intervención enfermera”

Cada resultado representa un concepto que puede utilizarse para evaluar el estado de un paciente, cuidador familiar, familia o comunidad y los efectos de las intervenciones enfermeras.

Los resultados describen de esta forma, el estado del paciente tras una intervención y sirven pues, como criterio para juzgar el éxito de una intervención enfermera.

III FASE PAE: PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS

2. ESTABLECIMIENTO DE OBJETIVOS O RESULTADOS ESPERADOS EN EL PACIENTE

CLASIFICACION DE RESULTADOS DE ENFERMERIA (NOC)

El año 1991 se creó un equipo de investigación.
Marion Jonson y Meridean Maas (Profesoras de la Facultad de Enfermería de la University de Iowa)

Desarrollaron una clasificación de los resultados de los pacientes que se correlacionan con los diagnósticos enfermeros.

El trabajo del equipo de investigación dio como resultado la

Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC)

Clasificación global y estandarizada de los resultados de las intervenciones enfermeras, publicada por vez primera en 1997.

III FASE PAE: PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS

2. ESTABLECIMIENTO DE OBJETIVOS O RESULTADOS ESPERADOS EN EL PACIENTE

CLASIFICACION DE RESULTADOS DE ENFERMERIA (NOC)

La Clasificación de Resultados de Enfermería NOC presenta una terminología estandarizada y medidas para los resultados de enfermería consecuencia de las intervenciones enfermeras.

Esta clasificación se actualiza continuamente.

En la actualidad, la NOC camina por la tercera edición publicada en el año 2004 (Jonson m, Mass M & Moorhead S).

III FASE PAE: PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS

2. ESTABLECIMIENTO DE OBJETIVOS O RESULTADOS ESPERADOS EN EL PACIENTE

CLASIFICACION DE RESULTADOS DE ENFERMERIA (NOC)

Tipos de resultados

En la clasificación los resultados se presentan para su uso a nivel:

*Individual

*Familiar y comunitario

*Poblacional

III FASE PAE: PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS

2. ESTABLECIMIENTO DE OBJETIVOS O RESULTADOS ESPERADOS EN EL PACIENTE

CLASIFICACION DE RESULTADOS DE ENFERMERIA (NOC)

Importancia de fijar resultados

1. Son los instrumentos de medición del plan de cuidados.
2. El éxito del plan de cuidados depende de si se alcanzaron los resultados esperados.
3. Dirigen las intervenciones, primero se plantean los resultados a conseguir y luego como se conseguirán.
4. Son elementos motivadores, todos los miembros del equipo conocen la meta a conseguir y dirigen sus esfuerzos a ello.

III FASE PAE: PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS

2. ESTABLECIMIENTO DE OBJETIVOS O RESULTADOS ESPERADOS EN EL PACIENTE

CLASIFICACION DE RESULTADOS DE ENFERMERIA (NOC)

Objetivos de los resultados

1. Resolver el problema del paciente, familia o comunidad.
2. Mejorar el problema.
3. Evitar la aparición del problema.

III FASE PAE: PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS

2. ESTABLECIMIENTO DE OBJETIVOS O RESULTADOS ESPERADOS EN EL PACIENTE

CLASIFICACION DE RESULTADOS DE ENFERMERIA (NOC)

Cada resultado NOC contiene los siguientes elementos:

1. Nombre de identificación y código (etiqueta).
2. Dominio y clase en el que está clasificado y la escala de medida.

III FASE PAE: PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS

2. ESTABLECIMIENTO DE OBJETIVOS O RESULTADOS ESPERADOS EN EL PACIENTE

CLASIFICACION DE RESULTADOS DE ENFERMERIA (NOC)

Existen 7 dominios:

- Salud Funcional
- Salud Fisiológica
- Salud Psicosocial
- Conocimientos y Comportamientos de Salud
- Salud Percibida
- Salud Familiar
- Salud Comunitaria

III FASE PAE: PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS

2. ESTABLECIMIENTO DE OBJETIVOS O RESULTADOS ESPERADOS EN EL PACIENTE

CLASIFICACION DE RESULTADOS DE ENFERMERIA (NOC)

La clase hace referencia al bloque de resultados en función de la necesidad alterada, por ejemplo: movilidad, nutrición, eliminación, etc.

* Definición breve y concisa.

* Lista de indicadores para evaluar el estado del paciente, familiar cuidador o comunidad en relación al resultado.

El indicador es pues, el estado, conducta o percepción del individuo, familia o comunidad más específico que sirve como base para medir un resultado.

III FASE PAE: PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS

2. ESTABLECIMIENTO DE OBJETIVOS O RESULTADOS ESPERADOS EN EL PACIENTE

CLASIFICACION DE RESULTADOS DE ENFERMERIA (NOC)

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.

La clasificación consta de 13 escalas de medición.

III FASE PAE: PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS

2. ESTABLECIMIENTO DE OBJETIVOS O RESULTADOS ESPERADOS EN EL PACIENTE

CLASIFICACION DE RESULTADOS DE ENFERMERIA (NOC)

Ejemplo: Tipos de escalas

1 = Gravemente comprometido	a	5 = No comprometido
1 = Inadecuado	a	5 = Completamente adecuado

III FASE PAE: PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS

2. ESTABLECIMIENTO DE OBJETIVOS O RESULTADOS ESPERADOS EN EL PACIENTE

CLASIFICACION DE RESULTADOS DE ENFERMERIA (NOC)

Ventajas de la NOC

1. Etiqueta y provee medidas para resultados comprensivos que responden a las intervenciones de Enfermería.
2. Define los resultados que se centra en el paciente y pueden ser usados tanto por Enfermería como por otros profesionales.
3. Provee información más específica sobre resultados que los resultados globales del estado de salud.
4. Provee resultados intermedios en el logro de resultados a largo plazo.
5. Provee información cuantificable sobre resultados logrados por el paciente en una organización o sistema sanitario.

III FASE PAE: PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS

2. ESTABLECIMIENTO DE OBJETIVOS O RESULTADOS ESPERADOS EN EL PACIENTE

CLASIFICACION DE RESULTADOS DE ENFERMERIA (NOC)

TAXONOMÍA NOC (Clasificación de Resultados de Enfermería NOC, Moorhead, Jonson & Maas, 3ª edición 2004).

Es una organización sistemática de resultados en grupos o categorías basada en semejanzas, diferencias y relaciones entre los resultados.

Los resultados NOC se reúnen en una taxonomía codificada que los organiza dentro de un marco conceptual para facilitar su localización.

III FASE PAE: PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS

2. ESTABLECIMIENTO DE OBJETIVOS O RESULTADOS ESPERADOS EN EL PACIENTE

CLASIFICACION DE RESULTADOS DE ENFERMERIA (NOC)

Están agrupadas en cinco niveles:

7 dominios:

Salud Funcional, Salud Fisiológica, Salud Psicosocial, Conocimientos y Comportamientos de Salud, Salud Percibida, Salud Familiar y Salud Comunitaria.

31 clases.

330 resultados.

Indicadores.

Medidas.

III FASE PAE: PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS

2. ESTABLECIMIENTO DE OBJETIVOS O RESULTADOS ESPERADOS EN EL PACIENTE

CLASIFICACION DE RESULTADOS DE ENFERMERIA (NOC)

Todos los elementos de la taxonomía están codificados, incluyendo las escalas de medición.

Cada resultado tiene un código de 4 dígitos; los indicadores se codifican añadiendo dos dígitos más al código de su respectivo resultado.

III FASE PAE: PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS

2. ESTABLECIMIENTO DE OBJETIVOS O RESULTADOS ESPERADOS EN EL PACIENTE

CLASIFICACION DE RESULTADOS DE ENFERMERIA (NOC)

DOMINIO 1: SALUD FUNCIONAL

CLASES:

- A. Mantenimiento de la energía
- B. Crecimiento y desarrollo
- C. Movilidad
- D. Autocuidado

III FASE PAE: PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS

2. ESTABLECIMIENTO DE OBJETIVOS O RESULTADOS ESPERADOS EN EL PACIENTE

CLASIFICACION DE RESULTADOS DE ENFERMERIA (NOC)

DOMINIO 2: SALUD FISIOLÓGICA

CLASES:

- | | |
|----------------------------|---------------------------|
| E. Cardiopulmonar | J. Neurocognitiva. |
| F. Eliminación. | K. Nutrición. |
| G. Líquidos y electrolitos | L. Integridad tisular. |
| H. Respuesta inmune | Y. Respuesta terapéutica. |
| I. Regulación metabólica. | a. Función sensitiva. |

CLASIFICACION DE RESULTADOS DE ENFERMERIA (NOC)

DOMINIO 3: SALUD PSICOSOCIAL

CLASES:

- M. Bienestar psicológico
- N. Adaptación psicosocial
- O. O. Autocontrol
- P. Interacción social

DOMINIO 4: CONOCIMIENTO Y CONDUCTA DE SALUD

CLASES:

- Q. Conducta de salud
- R. Creencias sobre la salud
- S. Conocimientos sobre salud.
- T. Control del riesgo y seguridad.

CLASIFICACION DE RESULTADOS DE ENFERMERIA (NOC)

DOMINIO 5: SALUD PERCIBIDA.

CLASES:

- U. Salud y calidad de vida
- V. Sintomatología.
- e. Satisfacción con los cuidados.

DOMINIO 6: SALUD FAMILIAR

CLASES:

- W. Ejecución del cuidador familiar.
- Z. Estado de salud de los miembros de la familia.
- X. Bienestar familiar.
- D. Ser padre.

DOMINIO 7: SALUD COMUNITARIA

CLASES:

- b. Bienestar comunitario
- c. Protección de la salud comunitaria

III FASE PAE: PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS
EJEMPLOS DE DOMINIO, CLASE Y RESULTADO

DOMINIO 1: SALUD FUNCIONAL

Resultados que describen la capacidad y realización de las actividades básicas de la vida.

CLASES:

<p>A. Mantenimiento de la energía Resultados que describen la recuperación, conservación y gasto de la energía de un individuo.</p>	<p>B. Crecimiento y desarrollo Resultados que describen la maduración física, emocional y social de un individuo.</p>
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

RESULTADOS:

0002- Conservación de la energía.	0117- Adaptación del prematuro.
0003- Descanso	0118- Adaptación del recién nacido.
0006- Energía psicomotora.	0110- Crecimiento.
0001- Resistencia.	0120- Desarrollo infantil 1 mes.
0004- Sueño.	0113- Maduración física.
0005- Tolerancia a la actividad	0119- Funcionamiento sexual.
	0116- Participación en juegos.

III FASE PAE: PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS

EJEMPLO DE INDICADORES PARA UN RESULTADO

RESULTADO: MOVILIDAD (0208)

DOMINIO: SALUD FUNCIONAL (1).

CLASE: MOVILIDAD (C)

ESCALA (Likert): De gravemente comprometido hasta no comprometido.

Definición:

Capacidad para moverse con resolución en el entorno independiente con o sin mecanismo de ayuda.

Puntuación diána del resultado:

Mantener a: _____ Aumentar a: _____

Puntuación:	GRAVEMENTE COMPROMETIDO	SUSTANCIALMENTE COMPROMETIDO	MODERADAMENTE COMPROMETIDO	LEVEMENTE COMPROMETIDO	NO COMPROMETIDO
Indicador					
020801					
Mantenimiento del equilibrio	1	2	3	4	5
020810					
Marcha	1	2	3	4	5
020803					
Movimiento muscular	1	2	3	4	5

III FASE PAE: PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS

3. ESTABLECIMIENTO DE INTERVENCIONES ENFERMERAS

Las Intervenciones Enfermeras son aquellas actuaciones que van dirigidas a ayudar al paciente al logro de los resultados esperados.

Para ello se elaborarán acciones focalizadas hacia la causa de los problemas, es decir, deben ir encaminadas a eliminar los factores que contribuyen al problema.

III FASE PAE: PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS

3. ESTABLECIMIENTO DE INTERVENCIONES ENFERMERAS

Una intervención se define como “cualquier tratamiento, basado en el conocimiento y juicio clínico, que realiza un profesional de enfermería para favorecer los resultados esperados del paciente / cliente”.

Las intervenciones enfermeras
“incluyen todas las intervenciones ejecutadas por las enfermeras, tanto los cuidados directos como los indirectos, dirigidos a los individuos, la familia o la comunidad, ya sean tratamientos iniciados por las enfermeras, los médicos o por otros profesionales proveedores de cuidados”

(McCloskey & Bulechek, 2004,)

III FASE PAE: PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS
3. ESTABLECIMIENTO DE INTERVENCIONES ENFERMERAS

La utilidad de la aplicación de intervenciones enfermeras radica en:

- * Permite controlar el estado de salud.
- * Reduce los riesgos de error en la aplicación de los cuidados.
- * Permite resolver, prevenir o manejar mejor los problemas valorados.
- * Promueve una sensación óptima de bienestar físico y espiritual.

III FASE PAE: PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS
3. ESTABLECIMIENTO DE INTERVENCIONES ENFERMERAS
CLASIFICACION DE LAS INTERVENCIONES ENFERMERAS (NIC).

La investigación para desarrollar un vocabulario y una clasificación de intervenciones enfermeras comenzó en 1987.

Formación de un equipo de investigación conducido por Joanne McCloskey y Gloria Bulechek en la University of Iowa.

El equipo desarrolló la Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC), una clasificación global y estandarizada de las intervenciones que realizan las enfermeras, publicada por vez primera en 1992.

En la actualidad, la NIC camina por la cuarta edición publicada en el año 2004 (Dochterman & Bulechek).

III FASE PAE: PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS

3. ESTABLECIMIENTO DE INTERVENCIONES ENFERMERAS CLASIFICACION DE LAS INTERVENCIONES ENFERMERAS (NIC).

Categorías de intervenciones.

La clasificación incluye intervenciones que los enfermeros / as realizan a los pacientes y que se pueden categorizar en:

- *Intervenciones de Enfermería de cuidado directo
- *Intervenciones de Enfermería de cuidado indirecto
- *Intervenciones independientes
- *Intervenciones interdependientes o de colaboración

III FASE PAE: PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS

3. ESTABLECIMIENTO DE INTERVENCIONES ENFERMERAS CLASIFICACION DE LAS INTERVENCIONES ENFERMERAS (NIC).

Intervenciones de Enfermería de cuidado directo:

Consiste en un tratamiento realizado a través de la interacción con el paciente.

La intervención de Enfermería directa comprende acciones de enfermería fisiológicas y psicosociales.

Ejemplos

Cuidados de la sonda gastrointestinal.
Cuidados del sitio de incisión.
Cuidados de la ostomía.

III FASE PAE: PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS

3. ESTABLECIMIENTO DE INTERVENCIONES ENFERMERAS CLASIFICACION DE LAS INTERVENCIONES ENFERMERAS (NIC).

Intervenciones de Enfermería de cuidado indirecto:

Es un tratamiento realizado lejos del paciente pero en beneficio del mismo.

Incluyen las acciones de cuidados dirigidas al ambiente que rodea al paciente y la colaboración interdisciplinar con otros profesionales.

Estas acciones apoyan y complementan la eficacia de las Intervenciones de Enfermería Directas.

Ejemplos : Interpretación de datos de laboratorio.
Planificación del alta.
Informe de turnos.
Preparación del material

III FASE PAE: PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS

3. ESTABLECIMIENTO DE INTERVENCIONES ENFERMERAS CLASIFICACION DE LAS INTERVENCIONES ENFERMERAS (NIC).

Intervenciones independientes:

Son una intervenciones iniciadas por un enfermero / a en respuesta a un diagnóstico de enfermería; se trata de una acción autónoma basada en fundamentos científicos que es ejecutada en beneficio del paciente en una forma previsible relacionada con el diagnóstico de enfermería y los resultados proyectados.

Ejemplos: Cuidados de la incontinencia intestinal.
Prevención de úlceras por presión.

III FASE PAE: PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS

3. ESTABLECIMIENTO DE INTERVENCIONES ENFERMERAS

CLASIFICACION DE LAS INTERVENCIONES ENFERMERAS (NIC).

Intervenciones interdependientes o de colaboración:

Son intervenciones iniciadas por el médico en respuesta a un diagnóstico médico, pero llevada a cabo por un profesional de Enfermería (en respuesta a “una orden del médico”).

Los profesionales también pueden llevar a cabo tratamientos iniciados por otros proveedores de cuidados, como farmacéuticos, fisioterapeutas, etc.

Ejemplos: Administración de medicación parenteral
 Manejo de la hiperglucemia.

III FASE PAE: PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS

3. ESTABLECIMIENTO DE INTERVENCIONES ENFERMERAS

CLASIFICACION DE LAS INTERVENCIONES ENFERMERAS (NIC).

Las actividades de enfermería son aquellas acciones específicas que realiza la enfermera para llevar a cabo una intervención y que ayudan al paciente a avanzar hacia el resultado deseado.

Las actividades de enfermería se traducen en una acción concreta. Para poner en práctica una intervención se requiere una serie de actividades.

III FASE PAE: PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS

3. ESTABLECIMIENTO DE INTERVENCIONES ENFERMERAS CLASIFICACION DE LAS INTERVENCIONES ENFERMERAS (NIC).

Elementos de las intervenciones.

Las 514 intervenciones que aparecen en la Clasificación de la 4ª edición, lo hacen listadas con:

- * Nombre o etiqueta
- * Definición
- * Grupo de actividades para realizar la intervención.

III FASE PAE: PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS

3. ESTABLECIMIENTO DE INTERVENCIONES ENFERMERAS CLASIFICACION DE LAS INTERVENCIONES ENFERMERAS (NIC).

Las intervenciones se seleccionan en función de diagnósticos de enfermería concretos.

La intervención está dirigida a alterar los factores etiológicos (factores relacionados de la taxonomía NANDA) asociados al diagnóstico.

No siempre es posible cambiar los factores etiológicos y cuando se puede, es necesario tratar los signos y síntomas (características definitorias).

Para los diagnósticos de riesgo la intervención va dirigida a modificar o eliminar los factores de riesgo.

III FASE PAE: PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS

3. ESTABLECIMIENTO DE INTERVENCIONES ENFERMERAS

CLASIFICACION DE LAS INTERVENCIONES ENFERMERAS (NIC).

VENTAJAS DE LA NIC.

Estandariza los tratamientos realizados por los enfermeros / as.

Facilita la comunicación entre enfermeros, entre enfermeros y otros miembros del equipo de salud y entre enfermeros y pacientes.

Describe la práctica de enfermería.

Facilita la continuidad del cuidado.

Provee a enfermería, de un lenguaje de tratamientos, que es esencial para la historia informatizada.

Es útil tanto para la planificación de cuidados como para su documentación.

III FASE PAE: PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS

3. ESTABLECIMIENTO DE INTERVENCIONES ENFERMERAS

CLASIFICACION DE LAS INTERVENCIONES ENFERMERAS (NIC).

VENTAJAS DE LA NIC.

Puede ser actualizada en el nivel de actividades para facilitar los planes de cuidados individualizados.

Facilita la toma de decisiones clínicas de los enfermeros y la enseñanza de este proceso a los estudiantes.

Permite el estudio de la efectividad y del coste de los tratamientos de enfermería.

Facilita a los enfermeros las investigaciones sobre resultados del cuidado.

Cada intervención NIC puede ser vinculada a los diagnósticos NANDA y resultados NOC.

III FASE PAE: PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS

3. ESTABLECIMIENTO DE INTERVENCIONES ENFERMERAS
CLASIFICACION DE LAS INTERVENCIONES ENFERMERAS (NIC).

TAXONOMÍA NIC (Clasificación de Intervenciones de Enfermería NIC, J. McCloskey & G. Bulechek, 4ª edición 2004)

Las intervenciones están organizadas en:

7 campos: Son el nivel más abstracto y están numerados del 1 al 7.
Son: Fisiológico Básico, Fisiológico Complejo, Conductual, Seguridad, Familia, Sistema Sanitario y Comunidad.

30 clases: Cada campo incluye clases, identificadas por una letra por orden alfabético.

514 intervenciones: cada clase incluye un grupo de intervenciones relacionadas, cada una con un código único de 4 números.

Más de 12.000 actividades

III FASE PAE: PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS

3. ESTABLECIMIENTO DE INTERVENCIONES ENFERMERAS
CLASIFICACION DE LAS INTERVENCIONES ENFERMERAS (NIC).

En la taxonomía solo se utilizan las etiquetas de las intervenciones.

Las intervenciones NIC han sido vinculadas con los Diagnósticos de Enfermería NANDA y con los resultados de Enfermería NOC.

III FASE PAE: PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS

3. ESTABLECIMIENTO DE INTERVENCIONES ENFERMERAS

CLASIFICACION DE LAS INTERVENCIONES ENFERMERAS (NIC).

Clasificación taxonómica NIC (campos y clases).

Campo 1. Fisiológico básico.

Cuidados que apoyan el funcionamiento físico.

Clases:

Control de actividad y ejercicio: Intervenciones para organizar o ayudar en la actividad física y la conservación y el grado de energía.

Control de la eliminación: Intervenciones para establecer y mantener las pautas de eliminación intestinal y urinaria regulares y controlar las complicaciones resultantes de pautas alteradas.

Control de inmovilidad: Intervenciones para controlar el movimiento corporal restringido y las secuelas.

Apoyo nutricional: Intervenciones para modificar o mantener el estado nutricional.

Fomento de la comodidad física: Intervenciones para fomentar la comodidad utilizando técnicas físicas.

Facilitación de los autocuidados: Intervenciones para proporcionar o ayudar en las actividades rutinarias de la vida diaria.

III FASE PAE: PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS

3. ESTABLECIMIENTO DE INTERVENCIONES ENFERMERAS

CLASIFICACION DE LAS INTERVENCIONES ENFERMERAS (NIC).

Clasificación taxonómica NIC (campos y clases).

Campo 2. Fisiológico complejo.

Cuidados que apoyan la regulación homeostática.

Clases:

Control de electrolitos y ácido – base: Intervenciones para regular el equilibrio de electrolitos y ácido – base y prevenir complicaciones.

Control de fármacos: Intervenciones para facilitar los efectos desados de agentes farmacológicos.

Control neurológico: Intervenciones que optimizan las funciones neurológicas.

Cuidados perioperatorios: Intervenciones para proporcionar cuidados antes, durante y después de la cirugía.

Control respiratorio: Intervenciones para fomentar la permeabilidad de las vías aéreas y el intercambio gaseoso.

Control de la piel / heridas: Intervenciones para mantener o restablecer la integridad de los tejidos:

Termorregulación: Intervenciones para mantener la temperatura corporal dentro de unos límites normales.

Control de la perfusión tisular. Intervenciones para optimizar la circulación sanguínea y de líquidos hacia los tejidos.

III FASE PAE: PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS

3. ESTABLECIMIENTO DE INTERVENCIONES ENFERMERAS
CLASIFICACION DE LAS INTERVENCIONES ENFERMERAS (NIC).

Clasificación taxonómica NIC (campos y clases).

Campo 3. Conductual.

Cuidados que apoyan el funcionamiento psicosocial y facilitan los cambios de estilos de vida.

Clases:

Terapia conductual: Intervenciones para reforzar o fomentar conductas deseables o modificar conductas indeseables.

Terapia cognitiva: Intervenciones para reforzar o fomentar el funcionamiento cognitivo deseable o modificar el funcionamiento cognitivo indeseable.

Potenciación de la comunicación: Intervenciones para facilitar la expresión y recepción de mensajes verbales y no verbales.

Ayuda para hacer frente a situaciones difíciles: Intervenciones para ayudar a otro a crear sus propias resistencias, para adaptarse a un cambio de función o conseguir un nivel más alto de funcionamiento.

Educación de los pacientes: Intervenciones para facilitar el aprendizaje.

Fomentar la comodidad psicológica: Intervenciones para fomentar la comodidad utilizando técnicas psicológicas.

III FASE PAE: PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS

3. ESTABLECIMIENTO DE INTERVENCIONES ENFERMERAS
CLASIFICACION DE LAS INTERVENCIONES ENFERMERAS (NIC).

Clasificación taxonómica NIC (campos y clases).

Campo 4. Seguridad.

Cuidados que apoyan la protección contra peligros.

Clases:

Control en casos de crisis: Intervenciones para proporcionar una ayuda inmediata a corto plazo en casos de crisis fisiológicas o psicológicas.

Control de riesgos: Intervenciones para iniciar actividades de reducción de riesgos y continuar el control de riesgos.

III FASE PAE: PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS

3. ESTABLECIMIENTO DE INTERVENCIONES ENFERMERAS

CLASIFICACION DE LAS INTERVENCIONES ENFERMERAS (NIC).

Clasificación taxonómica NIC (campos y clases).

Campo 5. Familia.

Cuidados que apoyan la unidad familiar.

Clases:

Cuidados de un nuevo bebé: Intervenciones para ayudar a la preparación al parto y controlar los cambios psicológicos y fisiológicos antes, durante y después del parto.

Cuidados de crianza de un nuevo bebé: Intervenciones para ayudar a la crianza de los niños.

Cuidados de la vida: Intervenciones para facilitar el funcionamiento de la unidad familiar y fomentar la salud y el bienestar de los miembros de la familia a lo largo de toda la vida.

III FASE PAE: PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS

3. ESTABLECIMIENTO DE INTERVENCIONES ENFERMERAS

CLASIFICACION DE LAS INTERVENCIONES ENFERMERAS (NIC).

Clasificación taxonómica NIC (campos y clases).

Campo 6. Sistema sanitario.

Cuidados que apoyan el uso eficaz del sistema de prestación del sistema de asistencia sanitaria

Clases:

Mediación del sistema sanitario: Intervenciones para facilitar el encuentro entre el paciente / familia y sistema de asistencia sanitaria.

Gestión del sistema sanitario: Intervenciones para proporcionar y potenciar los servicios de apoyo para el suministro de cuidados.

Control de la información: Intervenciones para facilitar la comunicación sobre la asistencia sanitaria.

III FASE PAE: PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS

3. ESTABLECIMIENTO DE INTERVENCIONES ENFERMERAS
CLASIFICACION DE LAS INTERVENCIONES ENFERMERAS (NIC).

Clasificación taxonómica NIC (campos y clases).

Campo 7. Comunidad.

Cuidados que apoyan la salud de la comunidad.

Clases:

Fomento de la salud de la comunidad: Intervenciones que fomentan la salud de la comunidad.

Control de riesgos de la comunidad: Intervenciones que ayudan a detectar o prevenir riesgos sanitarios en el conjunto de la comunidad

III FASE PAE: PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS

3. ESTABLECIMIENTO DE INTERVENCIONES ENFERMERAS
CLASIFICACION DE LAS INTERVENCIONES ENFERMERAS (NIC).
EJEMPLO DE CAMPO, CLASE E INTERVENCIONES:

CAMPO: FISIOLÓGICO BÁSICO. (Cuidados que apoyan el funcionamiento básico).

CLASE: CONTROL DE LA ELIMINACIÓN (Intervenciones para establecer y mantener las pautas de eliminación intestinal y urinaria regulares y controlar las complicaciones resultantes de pautas alteradas).

INTERVENCIONES:

- 1804 Ayuda con los autocuidados: aseo
- 0410 Cuidados de incontinencia intestinal.
- 0610 Cuidados de la incontinencia urinaria.
- 0480 Cuidados de la ostomía.
- 0620 Cuidados en la retención urinaria.
- 1876 Cuidados del catéter urinario.
- 0600 Entrenamiento del hábito urinario
- 0440 Entrenamiento intestinal
- 0580 Sondaje vesical
- 0420 Irrigación intestinal
- etc

III FASE PAE: PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS

3. ESTABLECIMIENTO DE INTERVENCIONES ENFERMERAS

CLASIFICACION DE LAS INTERVENCIONES ENFERMERAS (NIC).

EJEMPLO DE ACTIVIDADES PARA UNA INTERVENCIÓN ENFERMERA

INTERVENCIÓN: 1876 CUIDADOS DEL CATÉTER URINARIO

DEFINICIÓN: Actuación ante un paciente con un equipo de drenaje urinario.

ACTIVIDADES:

- Mantener un sistema de drenaje urinario cerrado.
- Mantener la permeabilidad del sistema de catéter urinario.
- Irrigar el sistema de catéter urinario mediante técnica estéril, si procede.
- Limpia la zona dérmica genital a intervalos regulares.
- Limpia el catéter urinario por fuera del meato.
- Anotar las características del líquido drenado.
- Fijar el catéter suprapúbico o de retención, según ordenes.
- Vaciar el dispositivo de drenaje urinario en los intervalos especificados.
- Obtener muestra de orina por el orificio del sistema de drenaje urinario cerrado.
- Observar si hay distensión vesical.
- Etc.

III FASE PAE: PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS

INTERRELACIONES NANDA / NIC / NOC

Las interrelaciones entre los diagnósticos NANDA y lo resultados NOC indican las relaciones entre el problema o estado actual del paciente y los aspectos del problema o estado que se espera resolver o mejorar mediante una o más intervenciones.

Las relaciones entre los diagnósticos NANDA y las intervenciones NIC indican la asociación entre el problema del paciente y las acciones enfermeras que resolverán o disminuirán el problema

Las relaciones entre los resultados NOC y las intervenciones NIC indican una asociación parecida a la que existe entre la resolución de un problema y las acciones enfermeras dirigidas a la resolución del mismo, es decir, el resultado sobre el que se espera que influya una intervención.

III FASE PAE: PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS
INTERRELACIONES NANDA / NIC / NOC

En la actualidad, la publicación que interrelaciona los diagnósticos enfermeros, los resultados y las intervenciones enfermeras camina por la 2ª edición, publicada en 2007
(M. Jonson, G. Bulechek, H. Butcher, J.M. Dochterman, M. Maas, S. Moorhead y E. Swanson).

III FASE PAE: PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS
EJEMPLO DE INTERRELACIONES NANDA / NIC / NOC.

DIAGNÓSTICO ENFERMERO:
DESEQUILIBRIO NUTRICIONAL POR DEFECTO (NANDA), relacionado con la absorción inadecuada de nutrientes y una ingesta inadecuada.
RESULTADOS ENFERMEROS (NOC):

Estado nutricional: ingesta alimentaria y de líquidos (NOC 1008).

Indicador: Ingesta alimentaria oral (100801)

Escala: 1. Inadecuada.

- (Likert) 2. Ligeramente adecuada.
3. Moderadamente adecuada.
4. Sustancialmente adecuada.
5. Totalmente adecuada

Indicador: Ingesta de líquidos oral (100803).

Escala: 1. Inadecuada.

- (Likert) 2. Ligeramente adecuada.
3. Moderadamente adecuada.
4. Sustancialmente adecuada.
5. Totalmente adecuada

III FASE PAE: PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS

INTERVENCION ENFERMERA (NIC):

Terapia nutricional (NIC 1120).

Definición: Administración de alimentos y líquidos para apoyar los procesos metabólicos en un paciente malnutrido o con alto riesgo de malnutrición.

Actividades para esta intervención:

- Controlar los alimentos / líquidos ingeridos y calcular la ingesta calórica diaria.
- Determinar - en colaboración con el dietista, si procede- el nº de calorías y tipo de nutrientes necesarios para satisfacer las exigencias de alimentación.
- Determinar las preferencias de comidas del paciente considerando las preferencias culturales y religiosas.
- Determinar la necesidad de alimentación por sonda nasogástrica.
- Seleccionar preparados (batidos y preparados) para complementar la nutrición.
- Animar al paciente a que seleccione alimentos semiblandos si la falta de saliva dificulta la deglución.
- Fomentar la ingesta de alimentos ricos en calcio o potasio, si procede.
- Asegurarse de que la dieta incluye alimentos ricos en fibra para evitar el estreñimiento.
- Proporcionar al paciente alimentos nutritivos, ricos en calorías y proteínas y bebidas que puedan consumirse fácilmente, si procede.
- Administrar líquidos que garanticen la correcta hidratación.
- Estructurar el ambiente para crear una atmósfera agradable y relajante.
- Presentar la comida de manera atractiva y agradable.
- Proporcionar cuidados bucales antes de la comida, si es necesario.
- Explicar al paciente y a la familia la dieta prescrita.
- Dar al paciente y a la familia ejemplos escritos de la dieta prescrita.

PLANES DE CUIDADOS

Los planes de cuidados constituyen la expresión escrita del proceso enfermero y es el registro ordenado de los diagnósticos, resultados esperados e intervenciones de enfermería mediante una documentación adecuada.

PLANES DE CUIDADOS

El plan de cuidados es pues, un instrumento para:

1. Documentar y comunicar la situación del paciente.
2. Asegurar la continuidad de cuidados incorporando a los mismos los lenguajes enfermeros normalizados con los que contamos en la actualidad:

Las etiquetas diagnósticas NANDA, en función de los problemas de salud identificados en la fase de valoración.

Los Resultados NOC y sus indicadores para cada una de las etiquetas diagnósticas NANDA de los planes de cuidados.

Las Intervenciones NIC y sus actividades para cada una de las etiquetas recogidas en los planes de cuidados.

3. Asegurar una comunicación efectiva entre los profesionales de los dos niveles asistenciales (Atención Primaria y Atención Especializada)

PLANES DE CUIDADOS

TIPOS DE PLANES DE CUIDADOS

- A. Planes de cuidados individualizados.
- B. Planes de cuidados estandarizados.
- C. Planes de cuidados estandarizados con posibilidad de individualización.

PLANES DE CUIDADOS

TIPOS DE PLANES DE CUIDADOS

Planes de cuidados individualizados.

Permiten documentar los problemas del paciente, los objetivos y las acciones de enfermería para un paciente concreto. Es más lento de elaborar y poco práctico para el trabajo que actualmente se desarrolla en nuestro sistema público.

PLANES DE CUIDADOS

TIPOS DE PLANES DE CUIDADOS

Planes de cuidados estandarizados.

Son guías o protocolos de cuidados apropiados para aquellos pacientes que padecen los problemas normales o previsibles relacionados con una enfermedad, un procedimiento quirúrgico, diagnóstico o terapéutico. Este tipo de planes de cuidados suelen estar, hoy en día informatizados.

PLANES DE CUIDADOS

TIPOS DE PLANES DE CUIDADOS

Planes de cuidados estandarizados con posibilidad de individualización.

Se trata de planes estandarizados que permiten añadir, suprimir o modificar datos (relativos a valoración, diagnósticos, resultados o intervenciones enfermeras) en función de las características particulares de cada paciente.

PLANES DE CUIDADOS

A la hora de estandarizar los cuidados de enfermería uno de los puntos más importantes es la correcta definición del perfil de nuestro paciente estándar, que permita la correcta asignación del plan de cuidados en función del motivo de ingreso o de asistencia (enfermedad, procedimiento quirúrgico, diagnóstico o terapéutico).

PLANES DE CUIDADOS

Método Individualizado

- Valoración inicial (Entrevista / observación / exploración física).
- Detección de Necesidades alteradas mediante diagnósticos de enfermería o problemas de colaboración (NANDA).
 - Formulación de objetivos/ resultados con el paciente (NOC).
- Planificación de intervenciones y actividades de enfermería (NIC).
- Ejecución de las actividades conforme a la prescripción y pauta.
 - Registro de las actividades realizadas.
 - Evaluación continua

PLANES DE CUIDADOS

Método Estandarizado

- * Asignación del Plan de Cuidados en función del motivo de ingreso. La valoración inicial es utilizada como método de ajuste del Plan de Cuidados asignado al ingreso en función del proceso asistencial principal.
- * Establecimiento de diagnósticos enfermeros (NANDA) / problemas de colaboración, resultados (NOC) e intervenciones enfermeras (NIC), conforme al Plan de Cuidados estandarizado.
- * Ejecución de las actividades al conforme Plan de Cuidados estandarizado.
 - * Registro de las actividades realizadas.
- * Evaluación en cada día de estancia de la persona, ajustando el plan estándar.
- * La continuidad de cuidados entre los dos niveles asistenciales asistenciales (Atención Primaria y Atención Especializada), se establece a través del Informe de Enfermería al Alta.

PLANES DE CUIDADOS

CONCLUSIONES.

1. Cualquier plan de cuidados debe contener:

Diagnósticos de enfermería (NANDA).
Resultados esperados (NOC).
Intervenciones prescritas (NIC).
Evaluación de los resultados (NOC).

2. La aplicación de los planes de cuidados basados en NANDA, NIC, NOC, permitirán a los profesionales de enfermería tener un lenguaje común, valorar los resultados de enfermería de modo similar y disminuir la variabilidad en el arte del cuidado diario.

3. La evaluación del plan de cuidados (NOC) no se sitúa en un orden cronológico al final del plan, sino que constituye un proceso continuo de carácter cíclico.