



UNIVERSIDAD DE LAS AMÉRICAS

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

VALORACION DE CONOCIMIENTO DE LA ENFERMERA EN EL USO DE LA
TAXONOMIA NANDA EN LOS HOSPITALES DE LOS VALLES Y
NOVACLÍNICA EN EL ÁREA DE EMERGENCIA DURANTE EL SEGUNDO
SEMESTRE DEL 2016

“Trabajo de titulación presentado en conformidad con los requisitos
establecidos para optar el título de Licenciados en Enfermería”

PROFESOR GUÍA:

LCDA. VERONICA CASTRO

AUTORES:

LIZETH GUAMÁN
MIGUEL DUTÁN

AÑO

2017

DECLARACION DEL PROFESOR GUÍA

“Declaro haber recibido este trabajo a través de reuniones periódicas con los estudiantes: Miguel Dután y Lizeth Guamán, orientando sus conocimientos y competencias para un eficiente desarrollo del tema escogido dando cumplimiento a todas las disposiciones vigentes que regulan el trabajo de Titulación”

Lcda. Verónica Castro

C.I.: 0602922403

DECLARACION PROFESOR CORRECTOR

“Declaro (amos) haber revisado este trabajo dando cumplimiento a todas las disposiciones vigentes que regulan los trabajos de Titulación.

Lcda. Nérida Lasso

C.I.: 1717728669

DECLARACIÓN DE AUTORÍA DEL ESTUDIANTE

“Declaró (amos) que este trabajo es original de mi autoría (nuestra) que se han citado las fuentes correspondientes y que en su ejecución se respetaron las disposiciones legales que protegen los derechos de autor vigente”.

Miguel Ángel Dután Romero
C.I: 171774672-9

Lizeth Patricia Guamán García
C.I: 172553946-2

DEDICATORIA

Este proyecto se lo dedicamos a Dios como parte fundamental y motor de nuestras vidas y por darnos la sabiduría, fuerza y ánimo de seguir cada día sin desmayar con único objetivo de servir a los que necesitan de nuestro conocimiento como profesionales de la salud.

A nuestras familias por su apoyo incondicional, comprensión, amor y paciencia en los momentos difíciles que hubo. También por ayudarnos económicamente sin ningún interés para formarnos como profesionales.

AGRADECIMIENTO

Agradecemos a Dios por darnos la bendición de seguir esta carrera con el fin de demostrar su amor a través del servicio.

Lizeth:

Agradezco a las personas que me apoyaron en mi vida estudiantil, a Moisés e Irmita que fueron un pilar fundamental para guiarme en mi formación profesional. A mi madre por su amor y consejos para ser lo que soy como persona guiándome siempre por los caminos de Dios.

Miguel:

Agradezco a una de mis mejores bendiciones en mi vida que es mi esposa Liliana, que ha sido un gran apoyo y soporte en mi vida y a mi familia por sus consejos en cada una de mis etapas de mi vida profesional.

RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal, con el objetivo de valorar el nivel de conocimiento de las enfermeras/os en el uso de la taxonomía NANDA del Hospital de los Valles y Novaclínica. La muestra estuvo constituida por 23 profesionales de enfermería en el área de emergencia; de modo que se realizó una encuesta con preguntas cerradas, la cual nos permitió conocer si utilizan o no el lenguaje NANDA al momento de intervenir en los cuidados del paciente. Los resultados demostraron que el 74% del profesional encuestado de las dos entidades hospitalarias (Hospital de los Valles y Novaclínica) si conocen que es la taxonomía NANDA. Sin embargo, el 65% no aplica dicho proceso ni emite diagnósticos de enfermería basado en la NANDA después de valorar al paciente. El 52% de los profesionales de enfermería confunden el diagnóstico médico con los diagnósticos de enfermería. Como conclusión de este estudio tenemos que la mayoría de los profesionales de enfermería necesitan ser capacitados sobre la aplicación correcta de la taxonomía NANDA, NIC, NOC; por lo que no elaboran diagnósticos de enfermería al momento de la valoración al paciente. Por lo tanto, se realizó guías de planes de cuidados (PAE) de las patologías más frecuentes del hospital de Los Valles y Novaclínica en el área de emergencia.

Palabras claves: Aplicación, conocimientos, Taxonomía NANDA, NIC, NOC

ABSTRACT

A descriptive study was conducted cross-sectional, with the aim of assessing the level of knowledge of nurses in the use of the NANDA taxonomy Hospital of the Valleys and Novaclínica. The sample consisted of 23 nurses in the emergency area; So that a closed-question survey was conducted, which allowed us to know whether or not they use the NANDA language when intervening in the care of the patient. The results showed that 74% of the professional surveyed of the two hospitals (Hospital de Los Valles and Novaclínica) know the NANDA taxonomy. However, 65% do not apply this process or issue nursing diagnoses based on NANDA after assessing the patient. 52% of nursing professionals confuse medical diagnosis with nursing diagnoses. As a conclusion of this study we have that most nursing professionals need to be trained on the correct application of NANDA taxonomy, NIC, NOC; So they do not elaborate nursing diagnoses at the time of patient assessment. Therefore, care plan guides (PAE) of the most frequent pathologies of the hospital of Los Valles and Novaclínica were carried out in the emergency area.

Keywords: Application, Knowledge, Taxonomy NANDA, NIC, NOC

ÍNDICE DE CONTENIDO

1.	Introducción	1
1.1	Desarrollo del tema	2
1.2	Planteamiento del problema	2
1.3	Objetivo general.....	2
1.4	Objetivos específicos.....	2
1.5	Justificación	3
2.	Marco teórico	4
2.1	Generalidades del proceso de atención de enfermería	4
2.1.1	Definición del proceso de atención de enfermería	4
2.1.2	Características	4
2.1.3	Importancia del lenguaje enfermero	5
2.1.4	Pensamiento crítico en enfermería.....	5
2.2	Fases del proceso de atención de enfermería	5
2.2.1	Valoración	6
2.2.2	Valoración por patrones funcionales de marjory gordon	6
2.2.3	Despliegue de los 11 patrones funcionales de la salud de Marjory Gordon	7
2.3	Diagnóstico	10
2.3.1	Historia de la nanda	10
2.3.2	Taxonomía II	11
2.3.3	Estructura de la taxonomía II	12
2.3.4	Despliegue de los dominios y clases.....	12
2.3.5	Diagnóstico de enfermería	19
2.3.6	Tipos de diagnósticos	20
2.3.7	Ejemplo de un diagnóstico de enfermería.....	21
2.4	Planificación.....	22
2.4.1	Clasificación de resultados NOC.....	22
2.4.2	Clasificación de intervenciones NIC.....	25

2.5	Ejecución	26
2.6	Evaluación.....	27
3.	Diseño metológico.....	30
4.	Análisis e interpretación de datos	32
5.	Discusión y resultados	50
6.	Conclusiones	50
7.	Recomendaciones.....	51
	Referencias.....	52
	Anexos	54

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Sexo	32
Tabla 2. Edad.....	33
Tabla 3. Instrucción que posee	34
Tabla 4. Tiempo que labora.....	35
Tabla 5. Conoce usted sobre la taxonomía NANDA, NIC, NOC.	36
Tabla 6. Ha recibido capacitación sobre la taxonomía NANDA, NIC, NOC.	37
Tabla 7. De qué forma recibió capacitación acerca de la taxonomía NANDA, NIC, NOC.	38
Tabla 8. Usted sabe que significa las siglas NIC, NOC.....	40
Tabla 9. Usted realiza diagnósticos enfermero usando taxonomía NANDA	41
Tabla 10. Dentro de la taxonomía NANDA NIC, NOC abarca los patrones funcionales de Marjory Gordon ¿usted conoce estos patrones funcionales?	42
Tabla 11. Cuando realizan la valoración de su paciente usted emite diagnósticos de enfermería	43
Tabla 12. Considera que necesita capacitación sobre la utilización de la Taxonomía NANDA, NIC, NOC.....	44
Tabla 13. Cree usted que los diagnósticos enfermeros son iguales a los diagnósticos médicos	45
Tabla 14. Las intervenciones de enfermería son actividades que se practican por el profesional de enfermería para:	47
Tabla 15. Cuáles son las estructuras de la Taxonomía NOC.....	48

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Tipos de diagnóstico	20
Figura 2. Escala Likert.....	24
Figura 3. Sexo	32
Figura 4. Edad.....	33
Figura 5. Instrucción que posee	34
Figura 6. Tiempo que labora	35
Figura 7. Conoce usted sobre la taxonomía NANDA, NIC, NOC	36
Figura 8. Ha recibido capacitación sobre la taxonomía NANDA, NIC, NOC	37
Figura 9. De qué forma recibió capacitación acerca de la taxonomía NANDA, NIC, NOC	39
Figura 10. Usted sabe que significa las siglas NIC, NOC	40
Figura 11. Usted realiza diagnósticos enfermero usando taxonomía NANDA	41
Figura 12. Dentro la taxonomía NANDA, NIC, NOC abarca los patrones funcionales de Marjory Gordon ¿usted conoce estos patrones funcionales?	42
Figura 13. Emite diagnósticos de enfermería.....	43
Figura 14. Capacitación sobre utilización la taxonomía NANDA, NIC, NOC.....	44
Figura 15. Los diagnósticos enfermeros son iguales a los diagnósticos médicos.....	46
Figura 16. Las intervenciones de enfermería son actividades que se practican por el profesional de enfermería.....	47
Figura 17. Cuáles son las estructuras de la taxonomía.....	48

1. INTRODUCCIÓN

El proyecto “Valoración del conocimiento de las enfermeras/os en el uso de taxonomía NANDA en los hospitales de los Valles y Novaclínica” comenzó en nuestras prácticas pre-profesionales porque se vio la necesidad que la/el enfermero/a incorpore nuevos lenguajes como es la taxonomía NANDA, en relación a la valoración es el primer paso del proceso enfermero y el más crítico. Si este paso no se maneja de manera adecuada, las enfermeras perderán el control sobre las siguientes etapas del proceso enfermero. Sin una valoración enfermera apropiada no puede haber diagnóstico enfermero y sin el diagnóstico no se pueden identificar intervenciones enfermeras.

La atención que brinda el personal de enfermería debe ser integral y holística para satisfacer las necesidades de los pacientes es decir incorporando el conocimiento científico sin importar cultura, raza o creencia. El uso de Taxonomía NANDA y los diagnósticos específicos de enfermería para cada paciente ayudara a trabajar sistematizadamente en el menor tiempo posible.

Para llegar a ello utilizaremos como guía los 11 patrones funcionales de Marjory Gordon que cumple con todos los requisitos necesarios para la realización de una valoración eficaz, lo cual servirá para brindar una mejor atención y manejo al paciente.

Como parte de apoyo del trabajo de titulación se procederá a capacitar al personal y a dejar 6 planes de cuidado estandarizados con lenguaje NANDA de las patologías más frecuentes que acuden al servicio de emergencia.

Este estudio este estudio permite brindar atención de calidad que utiliza las taxonomías como lenguaje universal, el mismo que se realiza en base a un conocimiento científico.

1.1 DESARROLLO DEL TEMA

1.2 Planteamiento del problema

La inexistencia de diagnósticos de enfermería observado en el Hospital de los Valles y Novaclínica, produce que el cuidado que realiza la/el enfermero/a no sea oportuno y eficiente. Por lo que se vio necesario implementar el lenguaje NANDA en dichas entidades de salud, que ayuden a aportar una evidencia científica en sus intervenciones de enfermería.

1.3 Objetivo general

Valorar el nivel de conocimiento de las enfermeras/os en el uso de taxonomía NANDA en los hospitales de los Valles y Novaclínica para mejorar la atención enfermero/a-paciente.

1.4 Objetivos específicos

- Fortalecer los conocimientos del profesional de enfermería sobre el proceso de atención de enfermería basado en diagnósticos NANDA, NOC, NIC.
- Determinar el nivel de conocimientos de los diagnósticos NANDA.
- Identificar las patologías más frecuentes en el área de emergencia y proponer un PAE para cada patología.

1.5 Justificación

El estudio será de gran importancia para brindar una atención de calidad al paciente. La taxonomía NANDA será utilizado a nivel mundial, con el objetivo de estandarizar un diagnóstico enfermero, el mismo que se realiza en base a un conocimiento científico. Esto permite promover la satisfacción de las necesidades biopsicosociales del usuario mediante la ejecución de cuidados de enfermería con fundamento ético, humano y técnico.

Mediante este proyecto se realizará 6 Procesos de Atención de Enfermería, con sus respectivos diagnósticos de acuerdo a las patologías más frecuentes en el área de emergencia hospital de los Valles y Novaclínica. Por lo que dichos procesos servirán como guía para el profesional de enfermería a elegir diagnósticos específicos basados en la taxonomía NANDA, con ello se va a mejorar la atención al paciente.

Por lo tanto el uso de taxonomía NANDA es una herramienta necesaria y fundamental para desarrollar un proceso de atención de enfermería (PAE) de una forma clara, con pensamiento crítico y científico.

2. MARCO TEÓRICO

2.1 GENERALIDADES DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

2.1.1 DEFINICIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

Es una herramienta que nos permite brindar cuidados de calidad. Es un proceso sistémico y organizado que se aplica de forma individualizada. Es parte fundamental para la ejecución y desarrollo de los cuidados enfermeros. En síntesis el proceso de atención de enfermería es esencial para el cuidado y satisfacer cada necesidad de salud que presenta el paciente. (S.A, 2016)

2.1.2 CARACTERÍSTICAS

Sistémico: Se denomina de este modo ya que toma una serie de procesos para alcanzar un cuidado a largo plazo y con resultados positivos.

Dinámico: El profesional de enfermería en su largo camino por conocer el proceso diagnóstico, en el futuro podrá manipular los diagnósticos en cada nueva valoración de esta manera le permitirá centrarse mejor en cuanto a la valoración de los pacientes.

Humanístico: Se basa en la creencia de que a medida que planificamos y brindamos los cuidados debemos considerar los intereses, valores y deseos específicos del usuario. Por lo tanto la enfermera/o debe conocer a cabalidad tanto el cuerpo y la mente del paciente es decir que no debe ser fraccionada ya que de esta manera entenderá con más exactitud el problema por el que está pasando el paciente y así asignar un plan de cuidado con determinadas actividades. (R. Alfaro, 2003)

Centrado en los objetivos (resultados), el proceso enfermero se centra en las actividades para resolver cada uno de los problemas que se van presentando

de esta forma se disminuirá los riesgos y que además quedaran establecidos cada uno de las actividades para el uso de pacientes con similar situación.

2.1.3 IMPORTANCIA DEL LENGUAJE ENFERMERO

“Solo cuando sea una enfermera que se rige por la reflexión, en vez de una enfermera centrada en las tareas, estará en el mundo actual”. (R, Alfaro, 2003).

El autor nos enseña que la enfermera mejor preparada y que es capaz de tomar decisiones en el momento exacto para restablecer la salud del paciente es la indicada para el cuidado. Por lo tanto es fundamental obtener el criterio científico para ser eficientes y eficaces al momento de brindar servicios de salud.

2.1.4 PENSAMIENTO CRÍTICO EN ENFERMERÍA

El proceso de atención de enfermería implica mucha responsabilidad y del mismo modo debe demostrar habilidades netas desde el momento en que entra el paciente y empieza a identificar problemas analizando y evaluando la situación que presenta el paciente, para tomar decisiones correctas basadas en la evidencia para llegar al objetivo. (Rosales, 2004).

2.2 FASES DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

El proceso de atención de enfermería configura un número de pasos sucesivos que se relacionan entre sí. Consta de 5 fases:

- Valoración
- Diagnostico
- Planificación
- Ejecución
- Evaluación

2.2.1 VALORACIÓN

La valoración se define como un proceso planificado, sistemático, continuo y deliberado para la recolección e interpretación de información, que permite determinar la situación de salud. (Álvarez y Castillo, 2010).

La valoración enfermero es útil en la planificación de cuidados a la persona, familia y/o a la comunidad y no solamente en situación de enfermedad, consta de datos subjetivos procedentes de la persona (historia de salud) y datos objetivos procedentes de pruebas diagnósticas y otras fuentes de datos.

FUENTES DE LOS DATOS:

- **Fuente primaria:** Se obtienen directamente de la persona (Individuo).
- **Fuente secundaria:** Se obtienen directamente de familia, miembros del equipo de salud, registros clínicos.

Por lo tanto, no hay que olvidar el derecho a la intimidad y confidencialidad.

2.2.2 VALORACIÓN POR PATRONES FUNCIONALES DE MARJORY GORDON

Para el proyecto a realizar se ha optado por el modelo de los 11 patrones funcionales de Marjory Gordon la cual define los patrones como los comportamientos que atribuyen a la persona, a la salud, a la calidad de vida; independiente de la edad, sexo, cultura.

Los 11 patrones de Marjory Gordon es una estructura del funcionamiento humano, obteniendo datos relevantes como son los físicos, psicológicos,

sociales y del su entorno. Cumpliendo con todos los requisitos necesarios para la realización eficaz de una valoración enfermera/o. (Álvarez y Castillo, 2010).

PATRONES FUNCIONALES

- Patrón 1:** Manejo – percepción de la salud
- Patrón 2:** Nutricional – Metabólico
- Patrón 3:** Eliminación
- Patrón 4:** Actividad – Ejercicio
- Patrón 5:** Reposo – Sueño
- Patrón 6:** Cognitivo – Perceptivo
- Patrón 7:** Autopercepción – Autoconcepto
- Patrón 8:** Rol - Relaciones
- Patrón 9:** Sexualidad – Reproducción
- Patrón 10:** Afrontamiento – Tolerancia al estrés
- Patrón 11:** Valores – Creencias

2.2.3 DESPLIEGUE DE LOS 11 PATRONES FUNCIONALES DE LA SALUD DE MARJORY GORDON

Patrón 1: Manejo – percepción de la salud

En este patrón determina la situación de salud y bienestar del paciente.

- Estilos de vida
- Promoción de la salud
- Prevención de riesgos

Patrón 2: Nutricional – Metabólico

Este patrón determina el consumo de alimentos y de líquidos en relación con sus necesidades metabólicas del paciente.

- Hábitos alimenticios
- Medida antropométricas
- Aspectos psicológicos de la alimentación
- Alimentación del lactante
- Lesiones de la piel

Patrón 3: Eliminación

Este patrón determina la función excretora del paciente.

- Eliminación intestinal, urinaria y piel

Patrón 4: Actividad – Ejercicio

Este patrón determina la actividad, movilidad, el ocio y recreo del paciente.

- Actividades de la vida diaria, fuerza, energía
- Independencia para el autocuidado
- Tensión arterial
- Respiración
- Actividades de ocio

Patrón 5: Reposo – Sueño

Este patrón determina los patrones de sueño, descanso y relajación

- Cantidad y calidad del sueño
- Energía
- Necesita ayuda para dormir

Patrón 6: Cognitivo – Perceptivo

En este patrón determina las funciones sensoriales y cognitivas del paciente.

- Funciones visual, auditiva, gustativa, táctil y olfativa.
- Dolor

- Toma de decisiones
- Memoria
- Lenguaje

Patrón 7: Autopercepción – Autoconcepto

Este patrón determina la percepción de sí mismo del paciente.

- Actitud de la persona de cómo se ve así mismo
- Imagen corporal
- Identidad hacia su sentido general
- Lenguaje no verbal

Patrón 8: Rol – Relaciones

Este patrón determina las relaciones en el círculo social en el que se relaciona el paciente.

- Relaciones o problemas familiares
- Relaciones o problemas laborales
- Estudiantil
- Responsabilidades delegadas

Patrón 9: Sexualidad – Reproducción

Este patrón determina la satisfacción o la insatisfacción de la sexualidad, la parte reproductiva.

- Datos de la menarquia o menopausia
- Periodo menstrual
- Historia de embarazo
- Problema relacionado con la reproducción
- Métodos anticonceptivos
- Problemas o cambios en las relaciones sexuales

Patrón 10: Afrontamiento – Tolerancia al estrés

Este patrón determina la adaptación, efectividad y tolerancia al estrés.

- Forma de manejar el estrés
- Apoyo familiar
- Como maneja las situaciones

Patrón 11: Valores – Creencias

En este patrón determina los valores, creencias espirituales, que son importantes para el paciente.

- Conflicto en los valores, creencias
- Expectativas relacionadas con la salud

2.3 DIAGNÓSTICO

2.3.1 HISTORIA DE LA NANDA

La North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) fue fundada en 1982 para desarrollar y refinar la nomenclatura, los criterios y la taxonomía de diagnósticos de enfermería. Para el año 2002, NANDA se convierte en NANDA International.

En 1973 Kristine Gebbie y Mary Ann Lavin fueron las pioneras en realizar la clasificación de los diagnósticos de enfermería a nivel oficial. Impulsaron la creación de un grupo de trabajo planeando así reunirse con los miembros de la organización cada dos años para explorar en lo que cada miembro aporte en St. Louis. Marjory Gordon ejerce como presidenta del grupo de trabajo de la Conferencia del Grupo Nacional de la Clasificación de Diagnósticos de Enfermería creando el Centro de Diagnósticos de Enfermería en Saint Louis University.

En 1977 inició un grupo de trabajo teórico impulsado por la enfermera Callista Roy. El grupo de trabajo expuso sus conclusiones durante las conferencias de 1978 y 1980. Los resultados de este trabajo llegarían en el año 1982, cuando Callista Roy y otras brillantes teóricas de la enfermería moderna como: Dorothea Orem, Imogene King, Margaret Newman y Martha Rogers, presentaron un marco de organización para los diagnósticos de enfermería llamado Patrones del Hombre Unitario, a la NANDA y al comité de Taxonomía.

Durante el año 1982 incorporan a los miembros estadounidenses y canadienses del grupo de trabajo fundado en la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA). La primera presidenta electa fue Marjory Gordon. Reelegida en 1986 y manteniendo su cargo hasta 1988.

“La NANDA-I es una red mundial de profesionales de enfermería cuyo propósito es definir, promover y seguir trabajando para que se implante la terminología que refleja los juicios clínicos de las/los enfermeras/os también conocidos como diagnósticos de enfermería”. (González, Prieto, Sánchez, 2014)

En conclusión, la utilización de un lenguaje enfermero estándar reconocido internacionalmente ofrece numerosas ventajas en la gestión del cuidado de la salud del individuo, familia y comunidad cuyo objetivo es estandarizar el diagnóstico de enfermería.

2.3.2 TAXONOMÍA II

Tras la 20ª Conferencia NANDA-I, realizada en septiembre de 2014, en la Universidad Católica de Oporto, la Asociación Americana de enfermeras realizó unos ligeros cambios en la Taxonomía I, actualmente se incorpora la Taxonomía II la cual tiene un diseño multiaxial mejorando la flexibilidad de la nomenclatura para mejorar el cuidado del paciente. (NANDA, 2015).

Para el 2015-2017 se han añadido 25 diagnósticos nuevos, se han revisado 13 diagnósticos y retirado 7 hay un total de 253 diagnósticos activos. (NANDA, 2015)

2.3.3 ESTRUCTURA DE LA TAXONOMÍA II

Taxonomía II se divide:

- **13 Dominios:** Estructura de conocimiento, estudio o interés.
- **47 Clases:** Grupo, género que comparten algo en común.
- **Diagnostico Enfermero:** Compuesto de 5 dígitos para identificar cada diagnóstico de enfermería.

2.3.4 DESPLIEGUE DE LOS DOMINIOS Y CLASES

DOMINIO 1: Promoción de la salud

Toma de conciencia del bienestar para mantener el control y la normalidad del funcionamiento.

Clase 1: Toma de conciencia de la salud

Reconocimiento del bienestar y funcionamiento normal.

Clase 2: Gestión de la salud

Identificación, control, realización e integración de actividades para mantener la salud y el bienestar.

DOMINIO 2: Nutrición

Actividades de ingerir, asimilar y usar los nutrientes a fin de mantener y reparar los tejidos y producir energía.

Clase 1: Ingestión

Introducción a través de la boca de alimentos y nutrientes en el cuerpo.

Clase 2: Digestión

Actividades físicas y químicas que convierten los alimentos en sustancias apropiadas para su absorción y asimilación.

Clase 3: Absorción

Acto de captar los nutrientes a través de los tejidos corporales.

Clase 4: Metabolismo

Procesos físicos y químicos que se producen en los organismos y células vivas para su desarrollo, la producción de desecho y energía, y la liberación de energía para todos los procesos vitales.

Clase 5: Hidratación

Captación y absorción de líquidos y electrolitos.

DOMINIO 3: Eliminación

Secreción y excreción de los productos corporales de desecho.

Clase 1: Función urinaria

Procesos de excreción y secreción de orina.

Clase 2: Función gastrointestinal

Expulsión y excreción de productos de desecho del intestino.

Clase 3: Función tegumentaria

Proceso de secreción y excreción a través de la piel.

Clase 4: Función respiratoria

Eliminación de los derivados de los productos metabólicos, secreciones y material extraño de los pulmones y bronquios.

DOMINIO 4: Actividad / reposo

Producción, conservación, gasto o equilibrio de los recursos energéticos.

Clase 1: Reposo / sueño

Sueño, descanso, tranquilidad o inactividad.

Clase 2: Actividad / ejercicio

Movimiento de partes del cuerpo (movilidad), hacer un trabajo o llevar a cabo acciones frecuentemente (pero no siempre) contra resistencia.

Clase 3: Equilibrio de la energía

Estado de armonía dinámica entre el aporte y el gasto de recursos.

Clase 4: Respuestas cardiovascular / pulmonar

Mecanismos cardiovasculares que apoyan la actividad/reposo.

Clase 5: Autocuidado

Habilidad para realizar las actividades de cuidado del propio cuerpo y de las funciones corporales.

DOMINIO 5: Percepción/cognición

Sistema de procesamiento de la información humana incluyendo la atención, orientación, sensación, percepción, cognición y comunicación.

Clase 1: Atención

Disponibilidad mental para percatarse de algo u observar.

Clase 2: Orientación

Conciencia del tiempo, el espacio y las personas.

Clase 3: Sensación I percepción

Información visual, auditiva, gustativa, olfatoria, táctil y cinestésica a través de los sentidos, así como la comprensión de tales datos que conduce a la identificación, asociación y patrón de reconocimiento.

Clase 4: Cognición

Uso de la memoria, el aprendizaje, pensamiento, solución de problemas, abstracción, juicio, introspección, capacidad intelectual, cálculo y lenguaje.

Clase 5: Comunicación

Enviar y recibir información verbal y no verbal.

DOMINIO 6: Autopercepción

Conciencia del propio ser.

Clase 1: Autoconcepto

Percepción o percepciones sobre la totalidad del propio ser.

Clase 2: Autoestima

Valoración de la propia valía personal, significación, capacidad y éxito.

Clase 3: Imagen corporal

Imagen mental del propio cuerpo.

DOMINIO 7: Rol/relaciones

Conexiones y asociaciones negativas y positivas entre personas o grupos de personas y los medios por los que se demuestran tales conexiones.

Clase 1: Roles de cuidador

Patrones de conducta socialmente esperados de las personas que brindan cuidados sin ser profesionales de la salud.

Clase 2: Relaciones familiares

Asociaciones de personas relacionadas biológicamente o por elección propia.

Clase 3: Desempeño del rol

Calidad del funcionamiento de acuerdo con los patrones socialmente esperados.

DOMINIO 8: Sexualidad

Identidad sexual, función sexual y reproducción.

Clase 1: Identidad sexual

Forma de ser una persona específica respecto a la sexualidad o el género

Clase 2: Función sexual

Capacidad o habilidad para participar en las actividades sexuales.

Clase 3: Reproducción

Cualquier proceso por el que se producen nuevos Individuos.

DOMINIO 9: Afrontamiento/Tolerancia al Estrés

Forma de hacer frente a los acontecimientos / procesos vitales

Clase 1: Respuesta postraumática

Reacciones tras un trauma físico o psicológico

Clase 2: Respuestas de afrontamiento

Procesos para manejar el estrés ambiental.

Clase 3: Estrés neurocompartimental

Respuestas conductuales que reflejan la función nerviosa y cerebral.

DOMINIO 10: Principios vitales

Principios que subyacen en las reacciones, pensamiento y conductas sobre los actos, costumbres o instituciones contempladas como verdaderas o poseedores de un valor intrínseco

Clase 1: Valores

Identificación y jerarquización de los objetivos finales o modos de conducta preferidos.

Clase 2: Creencias

Opiniones, expectativas o juicios sobre actos, conductas o instituciones consideradas verdaderas o poseedores de un valor intrínseco.

Clase 3: Congruencia de las acciones con los valores/creencias

Congruencia o equilibrio entre los valores, las creencias y las acciones.

DOMINIO 11: Seguridad/protección

Ausencia de peligro, lesión física o trastorno del sistema inmunitario, evitación de las pérdidas y preservación de la protección y seguridad

Clase 1: Infección

Respuestas de huésped a la infección por gérmenes patógenos.

Clase 2: Lesión física

Lesión o daño corporal.

Clase 3: Violencia

Empleo de una fuerza o poder excesivos de modo que provoque lesión o abuso.

Clase 4: Peligros ambientales

Fuentes de peligro en el entorno.

Clase 5: Procesos defensivos

Procesos mediante los que la persona se auto-protege de lo que no es ella misma.

Clase 6: Termorregulación

Procesos fisiológicos de regulación del calor y la energía corporales con el objetivo de proteger el organismo.

DOMINIO 12: Confort

Sensación de bienestar o comodidad física, mental o social.

Clase 1: Confort físico

Sensación de bienestar o comodidad.

Clase 2: Confort ambiental

Sensación de bienestar o comodidad en el propio entorno.

Clase 3: Confort social

Sensación de bienestar o comodidad en las situaciones sociales.

DOMINIO 13 Crecimiento/desarrollo

Aumento o mejora de las dimensiones físicas, sistemas corporales y logro de las tareas de desarrollo acordes con la edad.

Clase 1: Crecimiento

Aumento o mejora de las dimensiones físicas o madurez de los sistemas corporales.

Clase 2: Desarrollo

Logro, falta de logro o pérdida de las tareas de desarrollo. (NANDA, 2015)

2.3.5 DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

“Es un juicio clínico sobre la respuesta de un individuo, familia o comunidad de sus problemas reales o potenciales”. (NANDA, 2012)

El profesional de enfermería identifica problemas de salud del paciente de manera holística e integradora. (NANDA, 2015)

FORMATO PARA LA ELABORACIÓN DEL DIAGNÓSTICO ENFERMERO

Consta de 7 ejes, por lo que es una dimensión de la respuesta humana para la elaboración del diagnóstico de enfermería:

EJE 1: EL NÚCLEO DIAGNÓSTICO

- Parte fundamental de la formulación diagnóstica.
- Describe la respuesta humana, es decir es la raíz para seleccionar un diagnóstico de enfermería.

EJE 2: SUJETO DEL DIAGNÓSTICO

- Población para la que se formula un diagnóstico determinado (individuo, familia, comunidad).

EJE 3: JUICIO

- El juicio es aquel que especifica o define el significado de un diagnóstico enfermero.

EJE 4: LOCALIZACIÓN

- Se evalúa las partes o regiones corporales de la persona.

EJE 5: EDAD

- Se refiere a la edad de la persona del diagnóstico.

EJE 6: TIEMPO

- Duración de un periodo, se divide en crónico, agudo, intermitente, continuo.

EJE 7: ESTADO DEL DIAGNÓSTICO

- Existencia o potencialidad del problema de la persona: real, riesgo, promoción de la salud, síndrome. (NANDA, 2015)

2.3.6 TIPOS DE DIAGNÓSTICOS

DIAGNOSTICO REAL	DIAGNÓSTICO RIESGO	PROMOCIÓN DE LA SALUD	SÍNDROME
<ul style="list-style-type: none"> • Problemas de salud en ese momento. (Signos y síntomas) • Factores etiológicos o relacionados. • características definitoria. 	<ul style="list-style-type: none"> • Problemas de salud a futuro • Factores de riesgo 	<ul style="list-style-type: none"> • Motivación del paciente, familia o comunidad para aumentar su estado de salud y valora su implicación en los cuidados de salud. 	<ul style="list-style-type: none"> • Conjunto de síntomas que son característicos de una enfermedad o de un cuadro patológico. Engloba un grupo de diagnósticos.

Figura 1. Tipos de diagnóstico. Adaptado de NANDA Internacional 2015

2.3.7 EJEMPLO DE UN DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

DIAGNÓSTICO MÉDICO: Postlaparotomía por apendicitis aguda más peritonitis

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: REAL

Dominio 3: Eliminación e intercambio

Clase 2: Función gastrointestinal

Código: 00196

Motilidad gastrointestinal disfuncional

Características Definitorias: Cambios en los ruidos intestinales hipoactivos, residuo gástrico de color bilioso

Factores relacionados: cirugía, inmovilidad

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: DE RIESGO

Dominio 11: Seguridad/protección

Clase 1: infección

Código: 00004

Riesgo de infección

Factores de riesgo: Ruptura de piel por procedimientos invasivos, peristaltismo alterado.

2.4 PLANIFICACIÓN

Proceso que contempla el desarrollo de estrategias, organización, de forma individualizada y orientada a los objetivos, e intervenciones de enfermería, priorizando los problemas de individuo, familia o comunidad. Moorherad y otros (2009)

2.4.1 CLASIFICACIÓN DE RESULTADOS NOC

N.O.C (Nursing Outcomes Classification)

C.R.E (Clasificación de Resultados de Enfermería)

La clasificación de resultados NOC es parte de la taxonomía NANDA, el cual va evaluando el estado de salud actual del paciente, familia o comunidad antes y después de una intervención.

Para la identificación de los resultados los cuales corresponden a los cuidados de enfermería permiten que el profesional de enfermería mejore la calidad del cuidado de los pacientes y amplíen la base de conocimientos científicos. Los resultados del NOC son estandarizados y permiten que el profesional de enfermería estudie los efectos de las intervenciones en el tiempo y en distintos entornos de cuidados. Moorherad y otros (2009)

La medición de los resultados valida si el paciente responde a las intervenciones de enfermería:

- Aclara el conocimiento enfermero
- Avanza en el desarrollo teórico

Determina la efectividad de los cuidados de enfermería. Moorherad y otros (2009)

ESTRUCTURA DE LA TAXONOMÍA NOC

- Dominio
- Clase
- Resultado: indicadores y medidas

En la actualidad tras la Conferencia de Oporto 2014, la Taxonomía NOC tiene 7 dominios, 32 clases, 490 resultados. (NANDA, 2015)

CODIFICACIÓN:

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

COMPONENTES DE LOS RESULTADOS NOC

- Etiqueta
- Definición
- Indicador asociado al concepto
- Escala Likert
- Puntuación DIANA

CLASIFICACIÓN DE RESULTADOS DE ENFERMERÍA:

RESULTADO:

Un resultado de enfermería es un estado, conducta o percepción real del individuo, familia comunidad que pueden ser medibles utilizando una escala Likert. Moorherad y otros (2009)

ETIQUETA:

Denominación del resultado

DEFINICIÓN:

Expresa de forma clara el título

INDICADOR

Sirve como indicación para medir un resultado:

- Determina el estado, conducta o percepción más concreta del salud de un individuo, familia o comunidad (NANDA, 2015)

ESCALA LIKERT

El formato de puntuación Likert consta de 5 puntos que proporciona un número adecuado de opciones para demostrar la variabilidad del estado de salud del paciente descrita por el resultado. Las escalas de puntuación están estandarizadas de una forma de puntuación de 5 (valor deseable) y 1 (valor comprometido). (NANDA, 2015)

Escala de medición

Likert	
1 Gravemente comprometido	1
2 Sustancialmente comprometido	2
3 Moderadamente comprometido	3
4 Levemente comprometido	4
5 No comprometido	5

Figura 2. Escala Likert. Adaptado de NANDA Internacional 2015

PUNTUACIÓN DIANA

La puntuación diana es un objetivo a obtener o mejorar un resultado deseado, además se da una puntuación para saber de dónde a donde llegaremos con el paciente después de las intervenciones realizadas. Se evalúa el resultado esperado con dos parámetros:

Mantener a...

Aumentar a...

2.4.2 CLASIFICACIÓN DE INTERVENCIONES (NIC)

N.I.C (Nursing Interventions Classification)

C.I.E (Clasificación de Intervenciones de Enfermería)

Las intervenciones de enfermería están basadas en el conocimiento y juicio clínico para favorecer el resultado que se espera en el estado de salud del paciente, incluye los cuidados directos e indirectos dirigidos al individuo, familia, comunidad. (Bulechek, Howard, Dochterman, 2009)

Intervención directa: acciones de enfermería fisiológicas, psicosociales o de apoyo a través de la interacción netamente con el paciente. (Bulechek, Howard, Dochterman, 2009)

Intervención indirecta: acciones de enfermería dirigidas al entorno que rodea al paciente y la colaboración interdisciplinaria. (Bulechek, Howard, Dochterman, 2009)

Sin embargo, en la actualidad tras la Conferencia de Oporto 2014, la Taxonomía NIC tiene 7 campos, 30 clases, 565 intervenciones y más de 13.000 actividades. (NANDA, 2015)

ESTRUCTURA DE LAS INTERVENCIONES (NIC)

- Campos
- Clases
- Intervenciones (NANDA, 2015)

COMPONENTES DE LAS INTERVENCIONES

- **Título/Etiqueta descriptiva:** Denominación del resultado
- **Definición:** Expresa de forma clara el título seleccionado
- **Actividades:** acción que realiza la enfermera para las intervenciones en el cuidado del paciente. (NANDA, 2015)

2.5 EJECUCIÓN

La ejecución de enfermería es el comienzo del plan de cuidados para conseguir los objetivos deseados incluye al paciente, familia, así como al equipo de salud. (Bulechek, Howard, Dochterman, 2009)

Preparación:

- Desarrollo de las actividades
- Requiere de conocimientos
- Habilidades, materiales
- Ambiente seguro

Intervención:

- Valoración
- Plan de cuidados
- Educación al paciente

Documentación:

- Registro legal de enfermería
- Datos de valoración
- Intervenciones de enfermería. (Larrea, 2015)

2.6 EVALUACIÓN

En parte del proceso de enfermería, de manera continua y sistemática en la cual consiste en evaluar si se han conseguido los objetivos en el estado de salud del paciente.

ETAPAS DE EVALUACIÓN

- Determinar la eficacia de los objetivos
- Hacer modificaciones en el plan de enfermería
- Paciente ha alcanzado el resultado esperado.

INFORME DE ENFERMERÍA

El informe de enfermería es un documento legal que sirve como respaldo en beneficio del centro asistencial y personal y forma parte de la historia clínica del paciente. Es un método en el cual la/el enfermera/o escriben los acontecimientos más importantes durante el turno que le permite priorizar la atención y elaborar planes de atención e intervenir en los cuidados necesarios del paciente de manera inmediata y oportuna. (Verdugo, 2014)

TEMA LEGAL DEL INFORME DE ENFERMERÍA

La profesión de enfermería, como cualquier otra disciplina, requiere de criterios éticos y jurídicos que definan o reglamenten su ejercicio profesional. En los casos de demanda, la justicia debe llamar a un perito enfermero para que interprete los registros y asesore al juzgado acerca de la pertinencia de los actos con el efecto causado. Lo que nunca debe olvidar una enfermera es “Lo que no está escrito, no está hecho”. Los registros de enfermería son importantes porque se consideran como un documento que avala la calidad, la continuidad de los cuidados, la mejora de la comunicación y que evitan errores, que pueden producirse en el cuidado. Por lo tanto, son un respaldo legal frente a posibles demandas y también permiten evaluar retrospectivamente los cuidados del paciente. (Verdugo, 2014)

Características del informe de enfermería

Objetividad: contiene información descriptiva y objetiva sobre lo que la enfermera observa, escucha en el paciente.

Exactitud: contiene una información exacta, llevando una información detallada sobre el estado de salud del paciente para ver si se alcanzaron los objetivos.

Veraz: detallando lo ocurrido en ese momento, evitando los tachones y llenando todos los espacios

Organizada: el personal de enfermería comunica de manera lógica y ordenada. (Verdugo, 2014)

SOAPIE ENFERMERÍA

Es un método sistemático para el registro de los datos objetivos y subjetivos de la persona y la interpretación de los problemas y necesidades. Incluye la recolección de datos, respuestas del paciente, desarrollo del plan de cuidados y la evaluación de los objetivos deseados.

Las siglas SOAPIE corresponden al siguiente contenido:

S: Datos subjetivos

O: Datos objetivos

A: Análisis de los datos (Diagnóstico NANDA real o potencial)

P: Planificación (Resultados NOC)

I: intervención o ejecución (Intervenciones NIC)

E: Evaluación

(Verdugo, 2014)

3. DISEÑO METOLÓGICO

3.1 Tipo de estudio

- El presente estudio es cualitativo porque se indagará sobre el nivel de conocimientos del personal de enfermeros/as sobre el Lenguaje NANDA.
- Es Comparativo porque nos permitirá evaluar en cuál de las dos instituciones se utiliza el lenguaje NANDA.
- Es prospectivo porque se realizará en el presente año a partir del mes de agosto.
- Es transversal por que se realizara en el segundo semestre del 2016.

3.2 Universo

- Todos los profesionales de enfermería del hospital de los valles y Novaclínica con un total de 170 enfermeras.

3.3 Muestra

- Profesionales de enfermería que laboran en el área de emergencia con un total de 23 personas (Hospital de los Valles y Novaclínica).

3.4 Criterio de Inclusión

- Todos los profesionales de enfermería del Hospital de los Valles y Novaclínica en el área de emergencia que tengan una relación contractual.
- Profesionales de enfermería que quieran ser parte del proyecto.

3.5 Criterios de Exclusión

- Personal auxiliar.
- Profesionales de enfermería que no quieran ser parte del proyecto.
- Enfermeras/os por reemplazo.

3.6 Métodos y Técnicas

Para realizar el proyecto se creó una encuesta donde permite valorar el nivel de conocimiento que tienen el profesional de enfermería que laboran en el área de emergencia del Hospital de los Valles y Novaclínica.

3.7 Recolección de datos

Para la recolección de los datos se elaboró una encuesta dirigida al profesional de enfermería del Hospital de los Valles y Novaclínica sobre el nivel de conocimiento que poseen sobre la taxonomía NANDA, NIC, NOC, en el cual cada encuestador se dirigió a la entidad hospitalaria designada entregando dicho instrumento en el que obtuvimos buena apertura por parte del profesional de enfermería encuestado.

3.8 Instrumento de investigación

El instrumento realizado al profesional de enfermería del Hospital de los Valles y Novaclínica fue una encuesta con preguntas cerradas dando alternativa a escoger su respuesta adecuada.

4. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS

Tabla 1

Sexo

Femenino	21	91%
Masculino	2	9%
Total	23	100%

Adaptada de la encuesta realizada al personal del Hospital de los Valles y Novaclínica

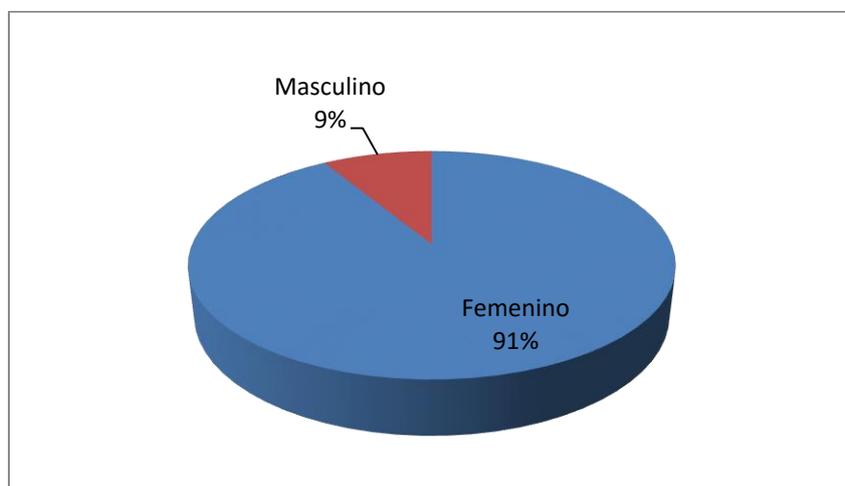


Figura 3. Sexo. Adaptada de la encuesta realizada al personal del Hospital de los Valles y Novaclínica

Análisis:

Del 100% de encuestados de los profesionales de enfermería del Hospital de los Valles y Novaclínica, el 91% corresponde al sexo femenino y el 9% son masculinos.

Interpretación:

Del total de encuestados que laboran en el área de emergencia del Hospital de los Valles y Novaclínica, predomina el sexo femenino que masculino.

Tabla 2

Edad

Entre 20 – 30	13	57%
Entre 40 – 60	10	43%
Total	23	100%

Adaptada de la encuesta realizada al personal del Hospital de los Valles y Novaclínica

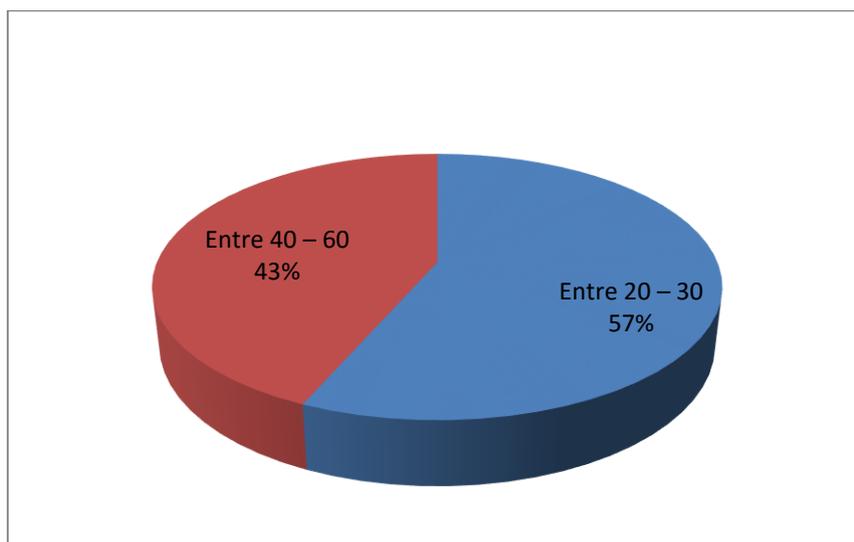


Figura 4. Edad. Adaptada de la encuesta realizada al personal del Hospital de los Valles y Novaclínica

Análisis:

Del 100% de encuestados de los profesionales de enfermería del Hospital de los Valles y Novaclínica, el 57% corresponde entre las edades de 20 – 30 años, el 43% corresponde entre 40 – 60 años.

Interpretación:

Del total de encuestados que laboran en el área de emergencia del Hospital de los Valles y Novaclínica, la mayoría de los profesionales de enfermería están entre la edad de 20 – 30 años.

Tabla 3

Instrucción que posee

Pregrado	16	69%
Maestría y/o postgrado	5	22%
Especialidad	2	9%
Total	23	100%

Adaptada de la encuesta realizada al personal del Hospital de los Valles y Novaclínica



Figura 5. Instrucción que posee. Adaptada de la encuesta realizada al personal del Hospital de los Valles y Novaclínica

Análisis:

Del 100% de encuestados de los profesionales de enfermería del Hospital de los Valles y Novaclínica, el 69% corresponde a pregrado, el 22% tienen maestría y/o posgrado, y el 9% tienen especialidad.

Interpretación:

Del total de encuestados que laboran en el área de emergencia del Hospital de los Valles y Novaclínica, la mayoría de los profesionales de enfermería posee un nivel de pregrado.

Tabla 4

Tiempo que labora

1 a 5 años	13	57%
5 a 10 años	4	17%
10 a 15 años	3	13%
15 a 20 años	3	13%
Más de 20 años	0	0%
Total	23	100%

Adaptada de la encuesta realizada al personal del Hospital de los Valles y Novaclínica

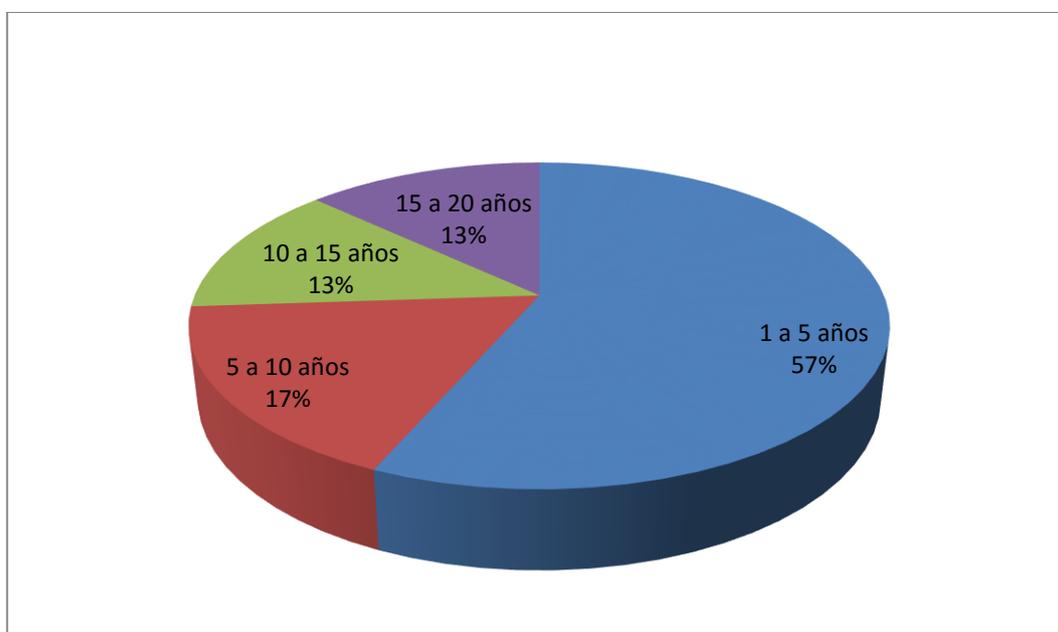


Figura 6. Tiempo que labora. Adaptada de la encuesta realizada al personal del Hospital de los Valles y Novaclínica

Análisis:

Del 100% de encuestados de los profesionales de enfermería del Hospital de los Valles y Novaclínica, el 57% labora de 1 a 5 años, el 17% labora de 5 a 10 años, el 13% laboran de 10 a 15 años y el 13% laboran de 15 a 20 años.

Interpretación:

Del total de encuestados que laboran en el área de emergencia del Hospital de los Valles y Novaclínica, la mayoría de personal laboran de 1 a 5 años.

Tabla 5

Conoce usted sobre la taxonomía NANDA, NIC, NOC.

Si	17	74%
No	5	22%
No sabe	1	4%
Total	23	100%

Adaptada de la encuesta realizada al personal del Hospital de los Valles y Novaclínica

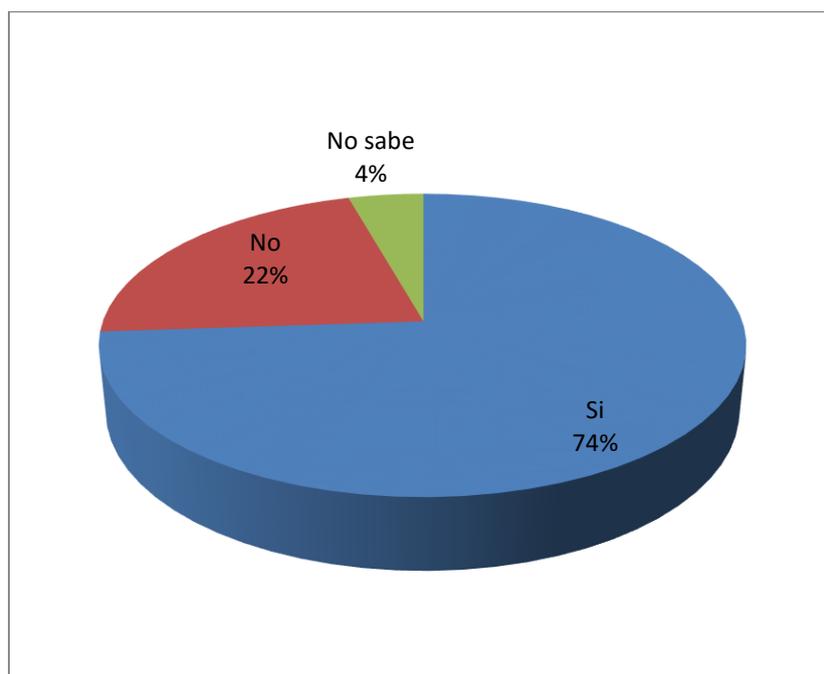


Figura 7. Conoce usted sobre la taxonomía NANDA, NIC, NOC. Adaptada de la encuesta realizada al personal del Hospital de los Valles y Novaclínica

Análisis:

Del 100% de encuestados de los profesionales de enfermería del Hospital de los Valles y Novaclínica, el 74% conocen sobre la taxonomía NANDA, NIC, NOC, el 22% no conoce y el 4% no sabe.

Interpretación:

Del total de encuestados la mayoría de los profesionales de enfermería del Hospital de los Valles y Novaclínica, conocen sobre la taxonomía NANDA, NIC, NOC.

Tabla 6

Ha recibido capacitación sobre la taxonomía NANDA, NIC, NOC.

Si	15	65%
No	8	35%
No sabe	0	0%
Total	23	100%

Adaptada de la encuesta realizada al personal del Hospital de los Valles y Novaclínica

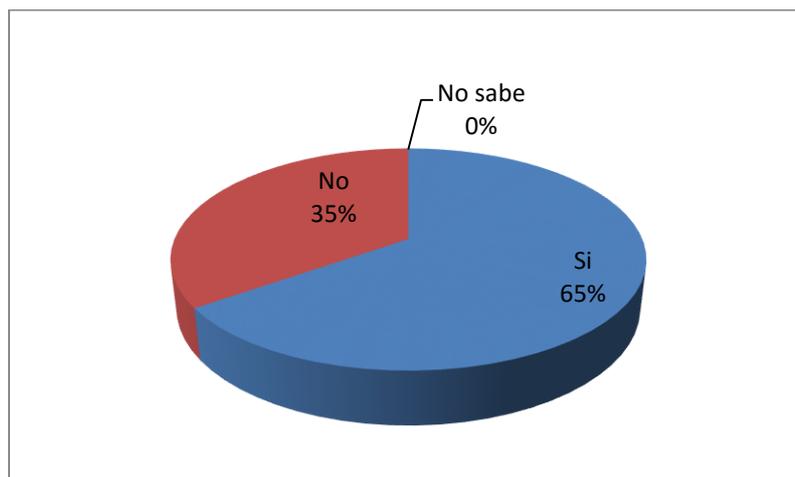


Figura 8. Ha recibido capacitación sobre la taxonomía NANDA, NIC, NOC. Adaptada de la encuesta realizada al personal del Hospital de los Valles y Novaclínica

Análisis:

Del 100% de encuestados de los profesionales de enfermería del Hospital de los Valles y Novaclínica, el 65% han recibido capacitación sobre la taxonomía ANDA, NIC, NOC, el 35% no han recibido capacitación.

Interpretación:

Del total de encuestados que laboran en el área de emergencia del Hospital de los Valles y Novaclínica, la mayoría de personal han recibido capacitación sobre la taxonomía NANDA, NIC, NOC.

Tabla 7

De qué forma recibió capacitación acerca de la taxonomía NANDA, NIC, NOC.

Taller participativo	5	22%
Charla magistral	4	17%
Conferencia	0	0%
Capacitación en el servicio	5	22%
Ninguno	9	39%
Total	23	100%

Adaptada de la encuesta realizada al personal del Hospital de los Valles y Novaclínica

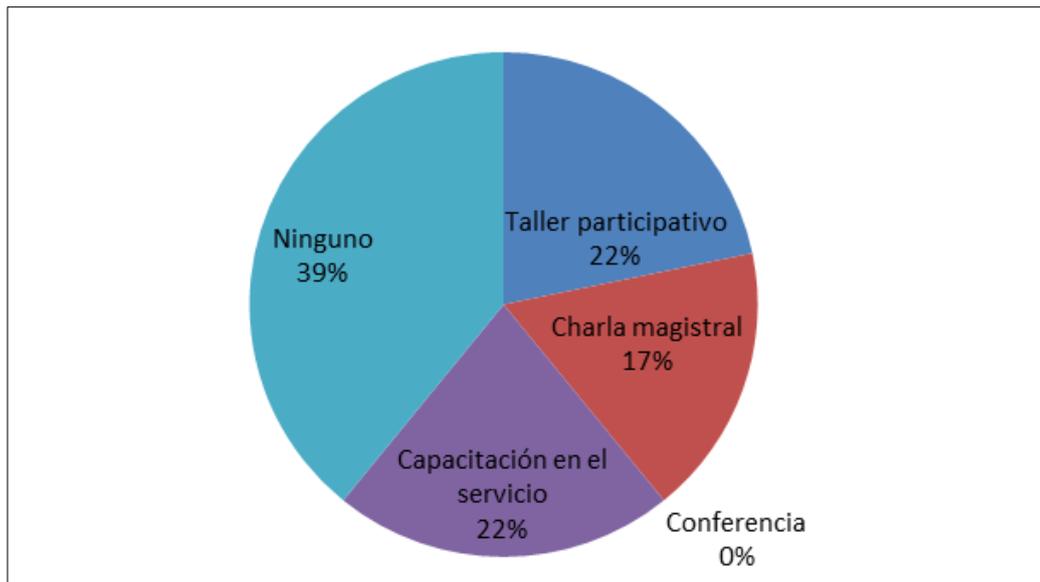


Figura 9. De qué forma recibió capacitación acerca de la taxonomía NANDA, NIC, NOC. Adaptada de la encuesta realizada al personal del Hospital de los Valles y Novaclínica

Análisis:

Del 100% de encuestados de los profesionales de enfermería del Hospital de los Valles y Novaclínica, el 39% no han recibido ninguna forma capacitación sobre la taxonomía NANDA, NIC, NOC, el 22% han recibido por capacitación en el servicio, el 22% recibieron un taller participativo y el 17% recibieron en una charla magistral.

Interpretación:

Del total de encuestados que laboran en el área de emergencia del Hospital de los Valles y Novaclínica, la mayoría de personal no han recibido ninguna forma de capacitación sobre la taxonomía NANDA, NIC, NOC.

Tabla 8.

Usted sabe que significa las siglas NIC, NOC.

Si	14	61%
No	9	39%
No sabe	0	0%
Total	23	100%

Adaptada de la encuesta realizada al personal del Hospital de los Valles y Novaclínica

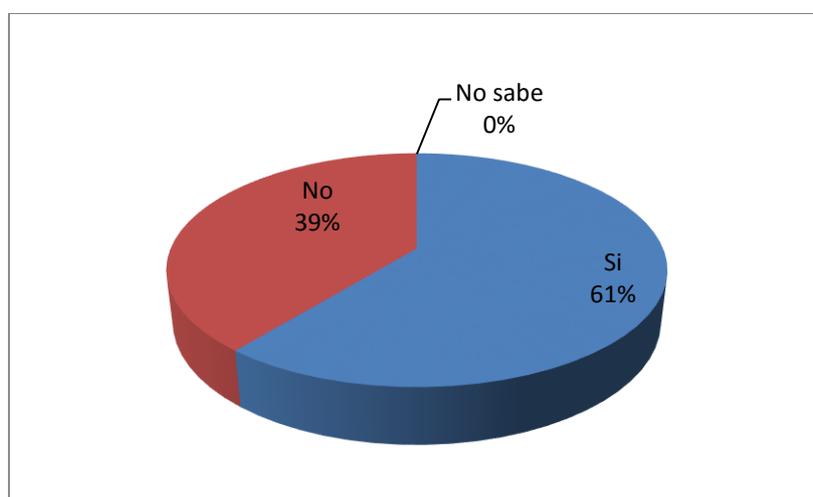


Figura 10. Usted sabe que significa las siglas NIC, NOC. Adaptada de la encuesta realizada al personal del Hospital de los Valles y Novaclínica

Análisis:

Del 100% de encuestados de los profesionales de enfermería del Hospital de los Valles y Novaclínica, el 61% si saben que significan las siglas NIC, NOC, el 39% no conocen.

Interpretación:

Del total de encuestados que laboran en el área de emergencia del Hospital de los Valles y Novaclínica, la mayoría del personal si conocen que significa las siglas NIC, NOC.

Tabla 9

Usted realiza diagnósticos enfermero usando taxonomía NANDA

Si	8	35%
No	15	65%
No sabe	0	0%
Total	23	100%

Adaptada de la encuesta realizada al personal del Hospital de los Valles y Novaclínica

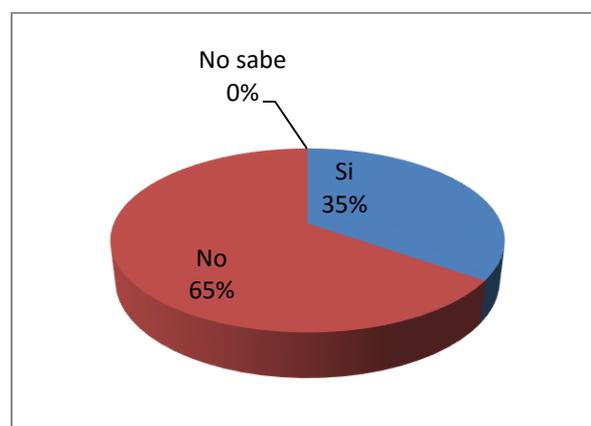


Figura 11. Usted realiza diagnósticos enfermero usando taxonomía NANDA. Adaptada de la encuesta realizada al personal del Hospital de los Valles y Novaclínica

Análisis:

Del 100% de encuestados de los profesionales de enfermería del Hospital de los Valles y Novaclínica, el 65% no realizan diagnósticos de enfermería usando taxonomía NANDA, el 35% si realiza.

Interpretación:

Del total de encuestados que laboran en el área de emergencia del Hospital de los Valles y Novaclínica, la mayoría del personal no realizan diagnósticos de enfermería usando taxonomía NANDA.

Tabla 10

Dentro de la taxonomía NANDA NIC, NOC abarca los patrones funcionales de Marjory Gordon ¿usted conoce estos patrones funcionales?

Si	11	48%
No	10	43%
No sabe	2	9%
Total	23	100%

Adaptada de la encuesta realizada al personal del Hospital de los Valles y Novaclínica

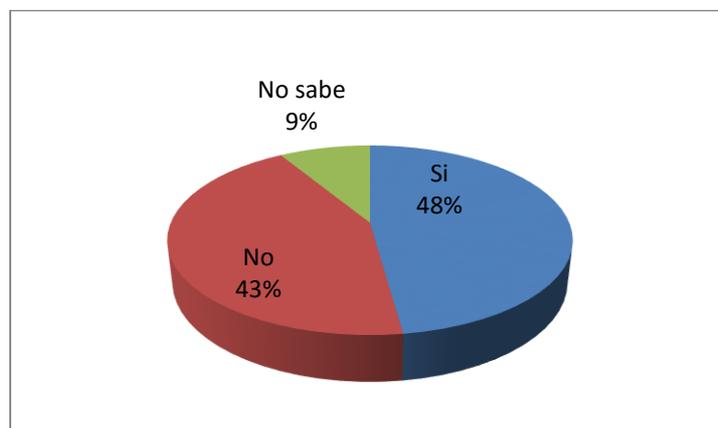


Figura 12. Dentro la taxonomía NANDA, NIC, NOC abarca los patrones funcionales de Marjory Gordon ¿usted conoce estos patrones funcionales?. Adaptada de la encuesta realizada al personal del Hospital de los Valles y Novaclínica

Análisis:

Del 100% de encuestados de los profesionales de enfermería del Hospital de los Valles y Novaclínica, el 48% si conocen los patrones funcionales de Marjory Gordon, el 43% no conoce los patrones funcionales, el 9% no saben.

Interpretación:

Del total de encuestados que laboran en el área de emergencia del Hospital de los Valles y Novaclínica, la mayoría del personal si conocen los patrones funcionales de Marjory Gordon.

Tabla 11

Quando realizan la valoración de su paciente usted emite diagnósticos de enfermería

Si	10	43%
No	13	57%
No sabe	0	0%
Total	23	100%

Adaptada de la encuesta realizada al personal del Hospital de los Valles y Novaclínica

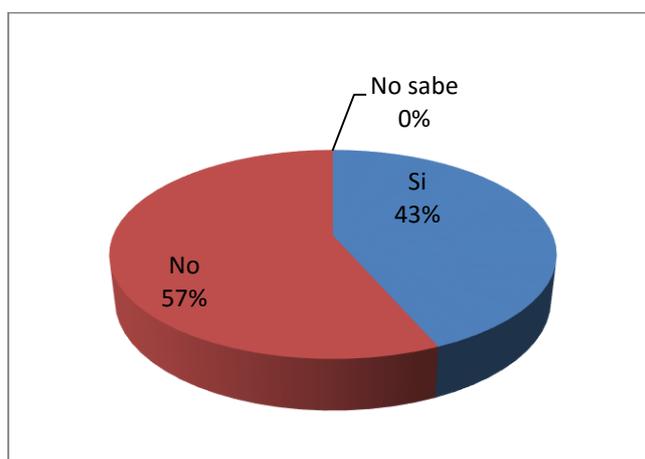


Figura 13. Emite diagnósticos de enfermería. Adaptada de la encuesta realizada al personal del Hospital de los Valles y Novaclínica

Análisis:

Del 100% de encuestados de los profesionales de enfermería del Hospital de los Valles y Novaclínica, el 57% no emiten diagnósticos de enfermería en la valoración al paciente, 43% si realizan diagnósticos de enfermería en la valoración.

Interpretación:

Del total de encuestados que laboran en el área de emergencia del Hospital de los Valles y Novaclínica, la mayoría del personal no emiten diagnósticos de enfermería en la valoración al paciente.

Tabla 12

Considera que necesita capacitación sobre la utilización de la Taxonomía NANDA, NIC, NOC

Si	21	91%
No	2	9%
No sabe	0	0%
Total	23	100%

Adaptada de la encuesta realizada al personal del Hospital de los Valles y Novaclínica



Figura 14. Capacitación sobre utilización la taxonomía NANDA, NIC, NOC. Adaptada de la encuesta realizada al personal del Hospital de los Valles y Novaclínica

Análisis:

Del 100% de encuestados de los profesionales de enfermería del Hospital de los Valles y Novaclínica, el 91% si consideran que necesitan capacitación sobre la Taxonomía NANDA, NIC, NOC, el 9% no consideran que necesitan capacitación.

Interpretación:

Del total de encuestados que laboran en el área de emergencia del Hospital de los Valles y Novaclínica, la mayoría del personal consideran que si necesitan capacitación sobre la Taxonomía NANDA, NIC, NOC

Tabla 13.

Cree usted que los diagnósticos enfermeros son iguales a los diagnósticos médicos

Si	12	52%
No	11	48%
No sabe	0	0%
Total	23	100%

Adaptada de la encuesta realizada al personal del Hospital de los Valles y Novaclínica

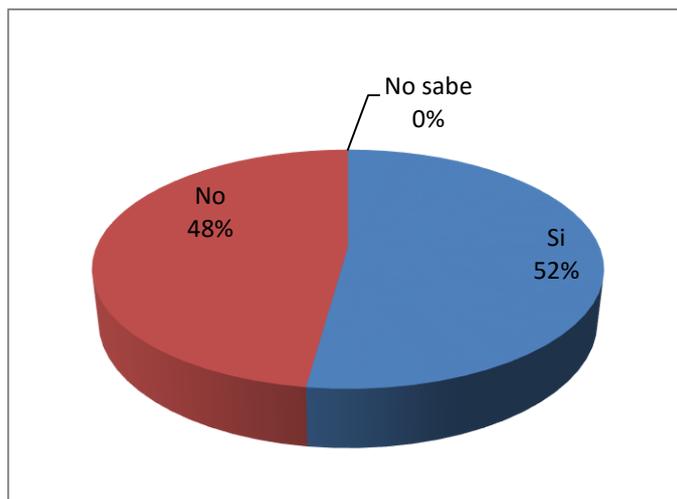


Figura 15. Los diagnósticos enfermeros son iguales a los diagnósticos médicos. Adaptada de la encuesta realizada al personal del Hospital de los Valles y Novaclínica

Análisis:

Del 100% de encuestados de los profesionales de enfermería del Hospital de los Valles y Novaclínica, el 52% si consideran que los diagnósticos médicos son iguales que los diagnostico de enfermería, 48% dicen que no son iguales.

Interpretación:

Del total de encuestados que laboran en el área de emergencia del Hospital de los Valles y Novaclínica, la mayoría del personal si consideran que los diagnósticos médicos son iguales que los diagnostico de enfermería.

Tabla 14.

Las intervenciones de enfermería son actividades que se practican por el profesional de enfermería para:

Controlar el estado de salud del paciente	1	4%
Reducir los riesgos de salud del paciente	3	13%
Resolver, prevenir y/o mejorar un problema	19	83%
Total	23	100%

Adaptada de la encuesta realizada al personal del Hospital de los Valles y Novaclínica

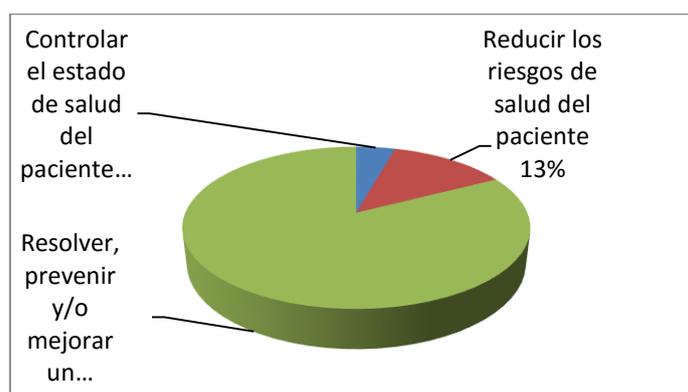


Figura 16. Las intervenciones de enfermería son actividades que se practican por el profesional de enfermería. Adaptada de la encuesta realizada al personal del Hospital de los Valles y Novaclínica

Análisis:

Del 100% de encuestados de los profesionales de enfermería del Hospital de los Valles y Novaclínica, el 83% dicen que las intervenciones de enfermería son actividades para resolver prevenir y/o mejorar un problema, el 13% dicen que reducen los riesgos de la salud del paciente y el 4% que controla el estado de salud del paciente.

Interpretación:

Del total de encuestados que laboran en el área de emergencia del Hospital de los Valles y Novaclínica, la mayoría del personal dicen que las intervenciones de enfermería son actividades para resolver prevenir y/o mejorar un problema.

Tabla 15

Cuáles son las estructuras de la Taxonomía NOC

Deben ser medibles y claros	6	26%
Dominios, clase, resultados, indicadores, escala de medición	8	35%
Deben ser realistas según las condiciones actuales y potenciales del paciente.	9	39%
Total	23	100%

Adaptada de la encuesta realizada al personal del Hospital de los Valles y Novaclínica

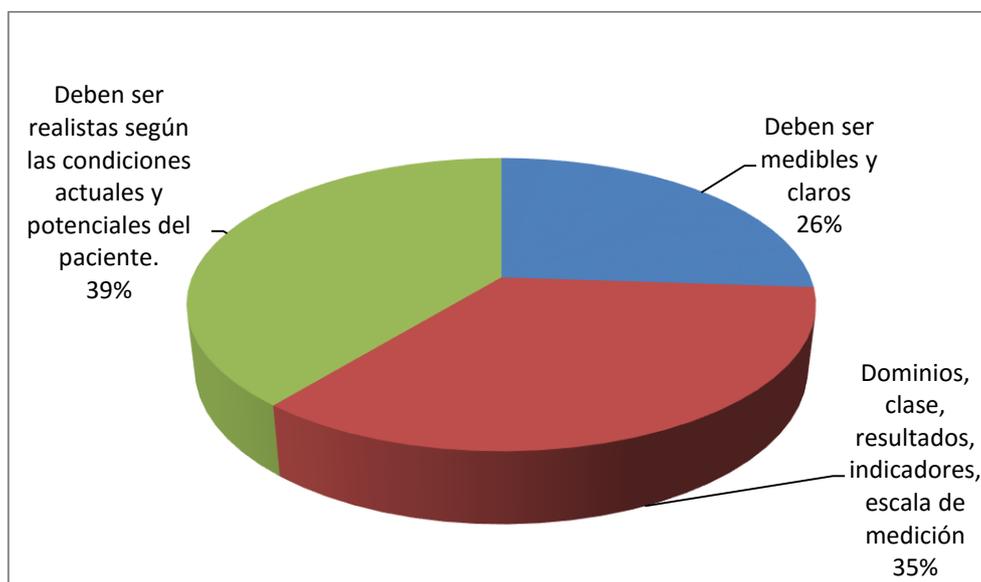


Figura 17. Cuáles son las estructuras de la taxonomía. Adaptada de la encuesta realizada al personal del Hospital de los Valles y Novaclínica

Análisis:

Del 100% de encuestados de los profesionales de enfermería del Hospital de los Valles y Novaclínica, el 39% dicen que las estructuras de la taxonomía NOC deben ser realistas según las condiciones actuales y potenciales del paciente, el 35% dicen que son los dominio, clase, resultados, indicadores, escala de medición y el 26% dicen que las estructuras de la taxonomía NOC deben ser medibles y claros.

Interpretación:

Del total de encuestados que laboran en el área de emergencia del Hospital de los Valles y Novaclínica, la mayoría del personal dicen que las estructuras de la taxonomía NOC deben ser realistas según las condiciones actuales y potenciales del paciente.

5. DISCUSIÓN Y RESULTADOS

La taxonomía NANDA es reconocida a nivel internacional por tener diagnósticos de enfermería aprobados para su uso en los cuidados del paciente, dando una facilidad a la/el enfermero/a para el manejo del paciente con sus respectivas actividades.

Actualmente la utilización del lenguaje NANDA no es usado en las entidades hospitalarias y esto dificulta brindar un cuidado oportuno y eficaz al paciente. Esta es la razón e incentivo para realizar este proyecto con el fin de concientizar al profesional de enfermería para que aplique un lenguaje NANDA en sus cuidados diarios.

En los resultados obtenidos de las encuestas realizadas en las dos instituciones hospitalarias se observa que el 74% de los profesionales de enfermería si conocen sobre la taxonomía NANDA, sin embargo el 65% no aplica diagnósticos de enfermería después de valorar al paciente. Mientras que al comparar con otra tesis realizada sobre el uso de taxonomía NANDA en la Universidad de Loja de la carrera de enfermería, se evidencia que el 75% no aplican la taxonomía NANDA. (Castillo, 2015). Esto demuestra que el uso de esta herramienta no está siendo aplicado en el cuidado del paciente y no se está dando una atención integral y holístico al individuo, familia y comunidad.

6. CONCLUSIONES

- Los resultados reflejan que existe un porcentaje mayoritario de profesionales de enfermería del hospital de Los Valles y Novaclínica que no conocen sobre la Taxonomía NANDA.
- La mayoría de enfermeros/as no elaboran diagnósticos de enfermería al momento de la valoración al paciente.

- Se logró elaborar guías de planes de cuidados (PAE) de las patologías más frecuentes del hospital de Los Valles y Novaclínica, las cuales fueron de ayuda para los profesionales de enfermería que laboran en el área de emergencia.

7. RECOMENDACIONES

- De las dos instituciones encuestadas (Hospital de los Valles y Novaclínica), ambas necesitan ser capacitadas sobre cómo realizar un proceso de atención de enfermería aplicando la taxonomía NANDA, NIC, NOC, por lo que se recomienda establecer planes de cuidados que sirvan como guía para el profesional de enfermería, mejorando la calidad de atención al paciente que está a nuestro cargo.
- Se debería motivar mediante capacitaciones al personal de enfermería del hospital de los Valles y Novaclínica sobre el manejo del lenguaje Nanda, y así mejorar las actividades que realiza la enfermera/o al paciente.
- Se debería realizar estudios en las instituciones hospitalarias (Hospital de los Valles y Novaclínica) para saber el grado de conocimiento que tienen sobre la taxonomía NANDA y así incentivar a los profesionales de la salud sobre la importancia de aplicar esta herramienta estandarizada a nivel mundial con el objetivo de brindar un cuidado con pensamiento crítico y científico.

REFERENCIAS

- Alfaro, R. (2003). *Aplicación del proceso enfermero*. España: Elsevier.
- Bulechek, G. (2009). En *Clasificación de Intervenciones de Enfermería*. Barcelona: ELSEVIER.
- Castillo, C. (2015). *Conocimientos y aplicación del PAE con la Taxonomía NANDA, NIC, NOC en las enfermeras del hospital Manuel Ignacio Monteros*. Recuperado de <http://dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/12099/1/Conocimientos%20y%20Aplicacion%20del%20PAE%20con%20la%20Taxonomia%20ONANDA,%20NIC%20y%20NOC.pdf>
- Cisneros, F. (S.F). *Proceso de atención de enfermería*. Recuperado de <http://artemisa.unicauca.edu.co/~pivalencia/archivos/ProcesoDeAtencionDeEnfermeria-PAE.pdf>
- González, I. (2015). *Historia de la NANDA*. Recuperado de <https://yoliandkiwi.files.wordpress.com/2015/04/nanda-docx-1.pdf>
- González, J. (S.F). *Introducción al proceso de atención de enfermería*. Recuperado de http://aniorte.eresmas.com/archivos/trabaj_introducc_proces_enfermer.pdf
- Granados, S. (2013). *Técnicas Básicas en enfermería*. (1era edición). Madrid: PARANINFO.
- Heedman, T. (2013). *Dignosticos Enfermeros*. Barcelona, España: ELSEVIER S.L.
- Moorherad, E. (2009). En *Clasificación de Resultados de Enfermería*. Barcelona: ELSEVIER.
- NANDA, I. (2015). *Diagnósticos enfermeros*. España: ELSIEVER.
- Newberry, L. (2007). *Manual de Urgencia de Enfermería*. (6ta edición). Madrid: ELSEVIER.
- Noguera, N. (2010). *Etapas del proceso de atención de enfermería*. Recuperado de <https://encolombia.com/medicina/revistas-medicas/enfermeria/ve-114/procesosdeatenciondeenfermeria/>

- Reyes, E. (2012). *Fundamentos de enfermería*. Recuperado de <https://play.google.com/books/reader?id=zO4VCgAAQBAJ&printsec=frontcover&output=reader&hl=es&pg=GBS.PT166>
- Rosales, S. (2004). En *Fundamentos de enfermería*. España: Manual Moderno.
- S, A. (2010). *Manual de Valoración de Patrones Funcionales*. Recuperado de <http://seapaonline.org/UserFiles/File/Ayuda%20en%20consulta/MANUAL%20VALORACION%20NOV%202010.pdf>
- S, A. (2012). *Actualizaciones de enfermería NANDA, NIC, NOC*. Recuperado de <http://enfermeriaactual.com/patrones-funcionales/>
- S, A. (S.F). *Definición del proceso enfermero*. Recuperado de <http://aprendeonline.udea.edu.co/lms/moodle/mod/page/view.php?id=61914>
- Taxonomías. (2010). *14 Necesidades de Virginia Henderson*. Recuperado de http://www.taxonomiaenfermera.com/pag/diagnosticos_necesidades.html
- Verdugo, E. (2014). *Informe de enfermería*. Recuperado de <https://es.scribd.com/doc/65594524/INFORMES-DE-ENFERMERIA>

ANEXOS

MODELO DE LA ENCUESTA



FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD CARRERA DE ENFERMERIA

OBJETIVO: Encuestar al personal de enfermeras/os y recolectar información sobre el conocimiento y uso de la taxonomía NANDA, NIC y NOC del Hospital de los Valles y Novaclínica en el área de emergencia de la ciudad Quito durante el octavo semestre 2016 - 2017.

FECHA:.....

INSTRUCCIONES: Lea detenidamente cada pregunta y marque con una **X** su respuesta. Recuerde que la encuesta a realizar no está sujeta a ninguna evaluación que ponga en riesgo su integridad profesional, por lo que es completamente anónimo.

1.- Sexo

Masculino	
Femenino	

2.- Edad

Entre 20-30	
Entre 40-60	

3.- Grado de instrucción que posee

Pregrado	
Maestría y/o Posgrado	
Especialidad	

4.- Tiempo que labora

1 a 5 años	
5 a 10 años	
10 a 15 años	
15 a 20 años	
Más de 20 años	

II. Datos sobre el conocimiento de la Taxonomía NANDA, NIC, NOC.

5.- ¿Conoce Ud. Sobre la Taxonomía NANDA, NIC, NOC?

Si	
No	
No sabe	

6.- ¿Ha recibido capacitación sobre la Taxonomía NANDA, NIC, NOC?

Si	
No	
No sabe	

7.- ¿De qué forma recibió capacitación acerca de la Taxonomía NANDA, NIC, NOC?

Taller participativo	
Charla magistral	
Conferencia	
Capacitación en el servicio	
Ninguno	

8.- ¿Usted sabe que significa las siglas NIC y NOC?

Si	
No	
No sabe	

9.- ¿Usted realiza Diagnósticos enfermeros usando Taxonomía NANDA?

Si	
No	
No sabe	

10.- Dentro de la Taxonomía NANDA, NIC y NOC abarca los Patrones Funcionales de Marjorie Gordon ¿Ud conoce estos patrones funcionales?

Si	
No	
No sabe	

11.- ¿Cuándo realiza la valoración de su paciente Ud. emite diagnósticos de enfermería?

Si	
No	
No sabe	

12.- ¿Considera que necesita capacitación sobre la utilización de la Taxonomía NANDA, NIC y NOC?

Si	
No	
No sabe	

13.- ¿Cree Ud. que los diagnósticos enfermeros son iguales a los diagnósticos médicos?

Si	
No	
No sabe	

14.- ¿Las intervenciones de enfermería son actividades que se practican por el profesional de enfermería para?

Controlar el estado de salud del paciente	
Reducir los riesgos en la salud del paciente	
Resolver, prevenir y/o mejorar un problema	

15.- ¿Cuáles son las estructuras de la Taxonomía NOC?

Deben ser medibles y claros	
Dominios, clase, resultados, indicadores y escalas de medición	
Deber ser realistas según las condiciones actuales y potenciales del paciente	

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

GUÍAS PARA REALIZAR UN PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

TRAUMA CRÁNEO ENCEFÁLICO

Diagnóstico (NANDA)	Clasificación de los Resultados NOC															
	Resultados	Indicadores	Clasificación de las Intervenciones NIC Funciones de Enfermería Interdependientes	Fundamento Científico												
<p>Dominio 4: Actividad/Reposo</p> <p>Clase 4: Respuestas cardiovasculares/pulmonares</p> <p>Código: 00032 Pág. 235</p> <p>Patrón respiratorio ineficaz.</p> <p>Características definitorias: lesión neurológica</p> <p>Factores relacionados: disminución de la capacidad vital</p>	<p>Dominio2: Salud fisiológica Clase E: Cardiopulmonar.</p> <p>Estado respiratorio</p> <p>Definición: Intercambio alveolar de CO₂ y O₂ para mantener las condiciones de gases arteriales.</p> <p>Escala de Medición</p> <table border="1" data-bbox="548 982 787 1284"> <thead> <tr> <th colspan="2">Likert</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1 Gravemente comprometido</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>2 Sustancialmente comprometido</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>3 Moderadamente comprometido</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>4 Levemente comprometido</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>5 No comprometido</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table>	Likert		1 Gravemente comprometido	1	2 Sustancialmente comprometido	2	3 Moderadamente comprometido	3	4 Levemente comprometido	4	5 No comprometido	5	<p>Indicadores:</p> <p>Capacidad vital</p> <p>Puntuación Diana</p> <p>Días Hospitalización:</p> <p>Mantener a ___1___</p> <p>Aumentar a ___4___</p>	<p>Dominio 2: Fisiológico Complejo.</p> <p>Clase K: Control respiratorio.</p> <p>Ayuda a la ventilación Código: 3390</p> <ol style="list-style-type: none"> Mantener vía aérea permeable Colocar al paciente de forma que facilite la concordancia ventilación/perfusión, si procede. Administrar medicación prescrita adecuada contra el dolor para evitar hipoventilación. Controlar periódicamente el estado respiratorio y de oxigenación. <p>Manejo de las vías aéreas artificiales Código: 3180</p>	<p>Permite obtener una mejor entrada de aire por lo tanto una buena saturación de oxígeno.</p> <p>Los medicamentos contra el dolor ayudan a nivel de las terminaciones nerviosas y esto ayuda a que no se reduzca el nivel de oxígeno.</p>
Likert																
1 Gravemente comprometido	1															
2 Sustancialmente comprometido	2															
3 Moderadamente comprometido	3															
4 Levemente comprometido	4															
5 No comprometido	5															

			<ol style="list-style-type: none"> 1. Mantener el inflado del globo del tubo endotraqueal de 15 a 20 mmHg durante la ventilación mecánica. 2. Cambiar las cintas/ sujeción (reatas) del tubo endotraqueal cada 8 horas, inspeccionar la piel y la mucosa bucal. 3. Marcar la referencia en cm en el tubo endotraqueal para comprobar posibles desplazamientos. 4. Observar si hay la presencia de crepitaciones y ronus en las vías aéreas. 5. Proporcionar cuidados bucales y aspirar orofaringe, si procede. 6. Observar si hay descenso del volumen exhalado y aumento de la presión inspiratoria 	<p>Evita el ingreso de microorganismo al intersticio pulmonar a demás evita la extracción del tubo.</p> <p>Evita laceraciones de la piel de la mucosa y la extracción del tubo.</p> <p>El desplazamiento exagerado del tubo hace que haya una sobre oxigenación sobre el uno o sobre el otro pulmón o por ultimo una extubación por mal cuidado.</p> <p>La limpieza bucal diaria evita la acumulación de microorganismos en la cavidad bucal.</p> <p>Esto nos permite saber si el paciente se está llenando de CO2</p>
--	--	--	--	--

Diagnóstico (NANDA)	Clasificación de los Resultados NOC														
<p>Dominio 9</p> <p>Afrontamiento/ Tolerancia al estrés</p> <p>Clase 3: Estrés Neurocomportamental.</p> <p>Disminución de la capacidad adaptiva intracraneal</p> <p>Código: (00049).</p> <p>Características definitorias: Lesiones cerebrales.</p> <p>Factores relacionados: elevación de la PIC.</p>	Resultados	Indicadores	Clasificación de las Intervenciones NIC Funciones de Enfermería Interdependientes	Fundamento Científico											
	<p>Dominio2: Salud fisiológica</p> <p>Clase E: Cardiopulmonar.</p> <p>Perfusión tisular: cerebral</p> <p>Código: 0406</p> <p>Definición: Adecuación del flujo sanguíneo a través de los vasos cerebrales para mantener la función cerebral.</p> <p>Escala de Medición</p> <table border="1" data-bbox="548 1045 785 1349"> <thead> <tr> <th colspan="2">Likert</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1 Gravemente comprometido</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>2 Sustancialmente comprometido</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>3 Moderadamente comprometido</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>4 Levemente comprometido</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>5 No comprometido</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table>	Likert		1 Gravemente comprometido	1	2 Sustancialmente comprometido	2	3 Moderadamente comprometido	3	4 Levemente comprometido	4	5 No comprometido	5	<p>Indicadores: Presión Intracraneal.</p> <p>Puntuación Diana</p> <p>Días Hospitalización:</p> <p>Mantener a ___1___</p> <p>Aumentar a ___4___</p>	<p>Dominio 2: Fisiológico complejo. Clase I: Control Neurológico Mejora de la perfusión cerebral Código: 2550</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Consultar con el médico para determinar los parámetros hemodinámicos y mantener dichos parámetros dentro del margen debido. 2. Inducir la hipertensión con la expansión del volumen o con agentes inotrópicos o vasoconstrictores según prescripción. 3. Administrar que expandan el volumen intravascular (coloides, productos sanguíneos y cristaloides) 4. Mantener el nivel de hematocrito alrededor del 33%, para terapia de hemodilución hipovolemia. 5. Consultar con el médico para determinar la posición óptima del cabecero de la
Likert															
1 Gravemente comprometido	1														
2 Sustancialmente comprometido	2														
3 Moderadamente comprometido	3														
4 Levemente comprometido	4														
5 No comprometido	5														

			<p>cama (15 o 30°)</p> <ol style="list-style-type: none"> 6. Calcular y monitorizar la PPC 7. Monitorizar la PIC y la respuesta neurológica a las actividades de cuidado 8. Controlar la PAM 9. Administrar fármacos analgésicos 10. Administrar medicamentos anticoagulantes, según prescripción <p>Dominio 2: Fisiológico complejo. Clase H: Control de Fármacos.</p> <p>Manejo de la sedación Código: 2260</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Comprobar si existe alergias a fármacos. 2. Revisar otros medicamentos que esté tomando el paciente y comprobar la ausencia de contraindicaciones para la sedación. 3. Obtener signos vitales basales, saturación de O₂, escala de coma de Glasgow, altura y peso. 4. Asegurarse de que el equipo de reanimación de urgencias esté disponible con facilidad. 	<p>que haya una buena irrigación cerebral.</p> <p>Determina si tejido cerebral entre en estado de isquemia (con flujo inadecuado de sangre), o si está elevado y se produzca la presión intracraneal (PIC).</p> <p>La PAM se considera como la presión de perfusión de los órganos corporales.</p> <p>Ayuda a que no haya una formación de trombos en paciente encamado.</p> <p>Evita que se produzca un shock anafiláctico en el paciente y provocarle la muerte.</p> <p>Determina en qué condiciones está el paciente y así de acuerdo al peso administrar una adecuada sedación.</p> <p>Estar alertas por posibles complicaciones en el paciente crítico y actuar de manera rápida y eficiente.</p>
--	--	--	---	--

**LAVADO
GÁSTRICO POR
INTOXICACIÓN
MEDICAMENTOSA**

Diagnóstico (NANDA)	Clasificación de los Resultados NOC															
	Resultados	Indicadores	Clasificación de las Intervenciones NIC Funciones de Enfermería Interdependientes	Fundamento Científico												
<p>Dominio 11 Seguridad/ Protección</p> <p>Clase:4</p> <p>Peligros del Entorno</p> <p>Código: 00037</p> <p>Riesgo de intoxicación</p> <p>Factores relacionados: confusión y delirio, dificultades emocionales</p>	<p>Dominio: 2 Salud fisiológica. Clase: (a) Respuesta terapéutica</p> <p>Disminuir efectos de la medicación</p> <p>Definición: Efectos terapéuticos y adversos de la medicación prescrita.</p> <p>Escala de Medición</p> <table border="1" data-bbox="548 948 785 1248"> <thead> <tr> <th colspan="2">Likert</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1 Gravemente comprometido</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>2 Sustancialmente comprometido</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>3 Moderadamente comprometido</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>4 Levemente comprometido</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>5 No comprometido</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table>	Likert		1 Gravemente comprometido	1	2 Sustancialmente comprometido	2	3 Moderadamente comprometido	3	4 Levemente comprometido	4	5 No comprometido	5	<p>Indicadores:</p> <p>Puntuación Diana</p> <p>Días Hospitalización:</p> <p>Mantener a__1__</p> <p>Aumentar a__4__</p>	<p>Dominio: 3 Conductual. Clase: O Terapia Conductual.</p> <p>Tratamiento por el consumo de sustancias nocivas: Sobredosis.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Disminuir la absorción de la cantidad y tipo de fármaco ingerido. 2. Vigilar estado cardiaco, respiratorio y neurológico. 3. Inducir emésis en paciente consciente, solo después de que se haya descartado sustancias acidas o álcalis fuertes. 4. Administrar fármaco emético (Ipecacuana). 5. Realizar lavado gástrico por medio de sonda si procede. 6. Administrar Carbón Activado. Cuando la sustancia consumida sea desconocida, si procede. 	<p>Ayuda a que el medicamento ingerido no sea absorbido por los órganos y se produzca un daño irremediable.</p> <p>El provocar el vómito ayuda a eliminar la sustancia ingerida hasta que haya sido absorbido por el organismo.</p> <p>Absorbe los químicos, desechos y toxinas, siendo un gran aliado para la desintoxicación.</p>
Likert																
1 Gravemente comprometido	1															
2 Sustancialmente comprometido	2															
3 Moderadamente comprometido	3															
4 Levemente comprometido	4															
5 No comprometido	5															

			<ol style="list-style-type: none"> 7. Administrar antídotos de drogas específicos cuando la sustancia consumida sea conocida. 8. Observar si hay convulsiones y depresión del SNC. 9. Proporcionar apoyo emocional al paciente y la familia. 10. facilitar un asesoramiento de seguimiento cuando se confirme el diagnóstico de sobredosis. 11. Fomentar el apoyo familiar del paciente. 	<p>Ayuda a revertir los efectos causados por la sustancia ingerida.</p> <p>Ayuda a dar tranquilidad a los familiares para que puedan ayudar a su paciente a salir de su problema.</p>
--	--	--	---	---

Diagnóstico (NANDA)	Clasificación de los Resultados NOC															
	Resultados	Indicadores	Clasificación de las Intervenciones NIC Funciones de Enfermería Interdependientes	Fundamento Científico												
<p>Dominio 3 Eliminación e intercambio</p> <p>Clase:2 Función Gastrointestinal</p> <p>Código: 00196</p> <p>Motilidad gastrointestinal disfuncional</p> <p>Características definitorias: medicamentos</p> <p>Factores relacionados: dolor abdominal y náuseas.</p>	<p>Dominio: 2 salud fisiológica.</p> <p>Clase: K Digestión y nutrición</p> <p>Mejorar Función Gastrointestinal</p> <p>Definición: Grado en que los alimentos pasan de la ingestión a la excreción.</p> <p>Escala de Medición</p> <table border="1" data-bbox="590 1045 827 1344"> <thead> <tr> <th colspan="2">Likert</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1 Gravemente comprometido</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>2 Sustancialmente comprometido</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>3 Moderadamente comprometido</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>4 Levemente comprometido</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>5 No comprometido</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table>	Likert		1 Gravemente comprometido	1	2 Sustancialmente comprometido	2	3 Moderadamente comprometido	3	4 Levemente comprometido	4	5 No comprometido	5	<p>Indicadores:</p> <p>Puntuación Diana</p> <p>Días Hospitalización:</p> <p>Mantener a ___1___</p> <p>Aumentar a ___4___</p>	<p>Dominio:1 Fisiológico: Básico</p> <p>Clase: B Control de la eliminación.</p> <p>Manejo Intestinal</p> <p>Actividades.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluar el estado intestinal a intervalos regulares. 2. Control de movimientos intestinales, incluyendo la frecuencia, consistencia, forma. 3. Informar si hay disminución de sonidos intestinales. 4. Identificar factores que pueden contribuir a las náuseas. 5. Asegurar una ingesta adecuada de líquidos. 	<p>Determina la movilidad gastrointestinal normal y si hay una disminución de los RHA que pueda comprometer la vida del paciente.</p> <p>Indican si hay una desaceleración de la actividad intestinal debido a la intoxicación.</p> <p>Absorción de la sustancia puede provocar vómito.</p> <p>Evita que haya deshidratación del paciente a causa del vómito.</p>
Likert																
1 Gravemente comprometido	1															
2 Sustancialmente comprometido	2															
3 Moderadamente comprometido	3															
4 Levemente comprometido	4															
5 No comprometido	5															

SHOCK

HIPOVOLÉMICO

Diagnóstico (NANDA)	Clasificación de los Resultados NOC															
<p>Dominio 4: Actividad/Reposo</p> <p>Clase 4:</p> <p>Respuestas cardiovasculares/ pulmonares</p> <p>Código: 00029</p> <p>Características definitorias: volumen de eyección</p> <p>Factores relacionados: Alteración de la precarga, pos-carga y contractibilidad</p>	Resultados	Indicadores	Clasificación de las Intervenciones NIC Funciones de Enfermería Interdependientes	Fundamento Científico												
	<p>Dominio 4: Salud fisiológica</p> <p>Clase 2: Cardiopulmonar</p> <p>Severidad de la pérdida de sangre</p> <p>Código: (0413)</p> <p>Definición: gravedad del sangrado/hemorragia interna o externa</p> <p>Escala de Medición</p> <table border="1" data-bbox="548 1000 785 1300"> <thead> <tr> <th colspan="2">Likert</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1 Gravemente comprometido</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>2 Sustancialmente comprometido</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>3 Moderadamente comprometido</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>4 Levemente comprometido</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>5 No comprometido</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table>	Likert		1 Gravemente comprometido	1	2 Sustancialmente comprometido	2	3 Moderadamente comprometido	3	4 Levemente comprometido	4	5 No comprometido	5	<p>Indicadores:</p> <p>041301 Pérdida sanguínea visible</p> <p>041309 Disminución de la presión arterial sistólica y diastólica</p> <p>041313 Palidez de las membranas cutáneas y mucosas.</p> <p>041317 Disminución del hematocrito.</p> <p>Puntuación Diana</p> <p>Días Hospitalización:</p> <p>Mantener a ___1___</p>	<p>Campo 2: Fisiológico complejo</p> <p>Clase N: control de la perfusión tisular</p> <p>Prevención de Shock(4260)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Comprobar las respuestas tempranas de compensación del shock (presión arterial normal, presión del pulso estrecho, piel pálida y fría, ligera taquipnea, sed aumentada o debilidad). 2. Observar si hay signos de oxigenación tisular inadecuada: aumento de ansiedad, agitación, oliguria, extremidades frías. <p>Vigilar estado respiratorio.</p> <p>Campo 2: Fisiológico complejo</p> <p>Clase N: control de la perfusión tisular</p>	<p>Determina el grado de shock que puede estar presentando el paciente.</p> <p>Mantener la vía aérea permeable ayuda a ventilar correctamente y que reciba oxígeno y no se comprometa órganos DIANA.</p>
Likert																
1 Gravemente comprometido	1															
2 Sustancialmente comprometido	2															
3 Moderadamente comprometido	3															
4 Levemente comprometido	4															
5 No comprometido	5															

		<p>Aumentar a <u>4</u></p>	<p>Manejo de hipovolemia (4180)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Controlar el ECG. 2. Controlar el SAT O2. 3. Administrar oxígeno, si procede. 4. Ayudar a la intubación endotraqueal, si procede 5. Comprobar el estado de líquidos, incluyendo ingresos y excretas, si procede. 6. Combinar soluciones cristaloides (salina normal y soluciones Ringer Lactato) para remplazar el volumen intravascular. 7. Realizar autotransfusión de la sangre perdida, si procede. 8. Vigilar la aparición de reacción transfusional 9. Colocar al paciente en posición de trendelenburg cuando esté hipotenso, si está indicado. 	<p>Determina si hay un deterioro neurológico.</p> <p>Determina si la oxigenación en la sangre está en parámetros normales.</p> <p>Ayuda a la ventilación si no puede hacerlo por su cuenta.</p> <p>Determina el balance del equilibrio de los líquidos ingresados al organismo</p> <p>Diuresis horaria: es un buen indicador de la reposición adecuada de volumen al ser un reflejo del flujo sanguíneo renal.</p> <p>Repone el volumen de líquido intravascular.</p> <p>Repone las pérdidas de sangre para mantener el Hct y Hb en valores normales.</p> <p>Es una de las primeras medidas para el tratamiento de la hipotensión en el shock, mejorar la hemodinámica sistémica al favorecer la redistribución sanguínea desde las piernas hacia la circulación central.</p>
--	--	--------------------------------	--	---

NEUMONÍA

Diagnóstico (NANDA)	Clasificación de los Resultados NOC														
<p>Patrón respiratorio ineficaz</p> <p>Dominio: 2 Clase: 4 Código:00032</p> <p>Características Definitorias:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Alteraciones en la profundidad respiratoria. ○ Alteración de los movimientos torácicos. ○ Disnea. ○ Aleteo nasal. ○ Respiración con los labios fruncidos. ○ Taquipnea. ○ Uso de los músculos accesorios para respirar. 	Resultados	Indicadores	NIC	Fundamento Científico											
	<p>Dominio:2 Clase: E Resultado: ESTADO RESPIRATORIO</p> <p>Escala de Medición</p> <table border="1" data-bbox="384 678 699 1162"> <thead> <tr> <th colspan="2" data-bbox="384 678 699 716">Likert</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="384 716 625 792">1 Gravemente comprometido</td> <td data-bbox="625 716 699 792">1</td> </tr> <tr> <td data-bbox="384 792 625 902">2 Sustancialmente Comprometido</td> <td data-bbox="625 792 699 902">2</td> </tr> <tr> <td data-bbox="384 902 625 1013">3 Moderadamente Comprometido</td> <td data-bbox="625 902 699 1013">3</td> </tr> <tr> <td data-bbox="384 1013 625 1089">4 Levemente Comprometido</td> <td data-bbox="625 1013 699 1089">4</td> </tr> <tr> <td data-bbox="384 1089 625 1162">5 No comprometido</td> <td data-bbox="625 1089 699 1162">5</td> </tr> </tbody> </table>	Likert		1 Gravemente comprometido	1	2 Sustancialmente Comprometido	2	3 Moderadamente Comprometido	3	4 Levemente Comprometido	4	5 No comprometido	5	<p>-Frecuencia respiratoria -Ritmo respiratorio -Profundidad de la inspiración -Capacidad de eliminar secreciones - disnea en reposo</p> <p>Puntuación Diana</p> <p>Días Hospitalización :</p> <p>Mantener a 2</p> <p>Aumentar a 3</p>	<p>MONITORIZACIÓN RESPIRATORIA Campo:2 Clase: K</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Vigilar la frecuencia, ritmo, profundidad y esfuerzo de las respiraciones. 2. Anotar el movimiento torácico, mirando la simetría, utilización de músculos accesorios y retracciones de músculos intercostales y supraclaviculares. 3. Observar si se producen respiraciones ruidosas, como cacareos o ronquidos. 4. Controlar el esquema de respiración: bradipnea, taquipnea, hiperventilación, respiraciones de Kussmaul, respiraciones de Cheyne-Stokes, apnea, Biot y esquemas atáxicos. 5. Palpar para ver si la expansión pulmonar es igual. 6. Realizar percusión en tórax anterior y posterior desde los vértices hasta las bases de forma bilateral. 7. Observar si aumenta la intranquilidad, ansiedad o falta de aire. 8. Observar si hay disnea y sucesos que
Likert															
1 Gravemente comprometido	1														
2 Sustancialmente Comprometido	2														
3 Moderadamente Comprometido	3														
4 Levemente Comprometido	4														
5 No comprometido	5														

<p>Factores relacionados:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Posición corporal. ○ Fatiga. ○ Dolor. ○ Fatiga de los músculos respiratorios. 			<p>la mejoran y empeoran.</p> <ol style="list-style-type: none"> 9. Realizar el seguimiento de los informes radiológicos. 10. Instaurar tratamientos de terapia respiratoria (nebulizador), cuando sea necesario. <p>OXIGENOTERAPIA</p> <p>Campo: 2</p> <p>Clase: K</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Eliminar las secreciones bucales, nasales y traqueales, si procede. 2. Mantener la permeabilidad de las vías aéreas. 3. Preparar el equipo de oxígeno y administrar a través de un sistema calefactado y humidificado. 4. Administrar oxígeno suplementario según órdenes. 5. Vigilar el flujo de litro de oxígeno. 6. Comprobar la posición del dispositivo de aporte de oxígeno. 7. Instruir al paciente acerca de la importancia de dejar el dispositivo de aporte de oxígeno encendido. 8. Comprobar periódicamente el dispositivo de aporte de oxígeno para asegurar que se administra la concentración prescrita. 9. Controlar la eficacia de la oxigenoterapia (SAT O₂, gasometría 	<p>con tos y/o dificultad para respirar, acompañadas o no de fiebre, la neumonía se diagnostica por la presencia de taquipnea o tiraje subcostal Las sibilancias son más frecuentes en las infecciones víricas.</p> <ul style="list-style-type: none"> • El diagnóstico mediante exámenes radiológicos permitirá evidenciar las zonas afectadas del pulmón y así identificar los requerimientos de terapia respiratoria. • La oxigenoterapia es la administración de oxígeno (O₂) a concentraciones mayores de la del aire ambiente (21%), con la intención de tratar o prevenir la hipoxemia, aunque el objetivo final de un tratamiento efectivo es prevenir o solucionar la hipoxia tisular. • La presencia de secreciones en las vías aéreas superiores obstruye el paso del oxígeno por lo que si estas no son eliminadas la
---	--	--	--	---

			<p>de sangre arterial), si procede.</p> <ol style="list-style-type: none"> 10. Asegurar la recolocación de la máscara/cánula de oxígeno cada vez que se extrae el dispositivo. 11. Comprobar la capacidad del paciente para tolerar la suspensión de la administración de oxígeno mientras come. 12. Cambiar el dispositivo de aporte de oxígeno de la máscara a cánulas nasales durante las comidas, según tolerancia. 13. Observar si hay signos de hipoventilación inducida por el oxígeno. 14. Observar si hay signos de toxicidad por el oxígeno y atelectasia por absorción. 15. Observar la ansiedad del paciente relacionada con la necesidad de la terapia de oxígeno. 16. Observar si se producen roturas de la piel por la fricción del dispositivo de oxígeno 17. Proporcionar oxígeno durante los traslados del paciente. 	<p>administración de oxígeno no cubrirá los requerimientos del paciente.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un control regular de la SO₂% permitirá evaluar la eficacia de la oxigenoterapia y al mismo tiempo asegurar que la concentración prescrita está de acuerdo a las necesidades del paciente. • Se debe realizar destete del paciente en intervalos de tiempo para de esta manera valorar la evolución del paciente y verificar si aún es necesario que continúe con oxigenoterapia. • Los dispositivos como las cánulas nasales pueden producir rotura de la piel debido a la fricción que se produce con el movimiento por lo que es recomendable proteger las zonas que presentan más riesgos de resultar afectadas.
--	--	--	--	--

Diagnóstico (NANDA)	Clasificación de los Resultados NOC														
<p>Limpieza ineficaz de vías aéreas</p> <p>Dominio:11 Clase: 4 Código:00030</p> <p>Características Definitorias:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sonidos respiratorios adventicios. • Cambios en la frecuencia respiratoria. • Cambios en el ritmo respiratorio. • Cianosis. • Disnea. • Excesiva cantidad de esputo. • Tos inefectiva. • Ortopnea. • Agitación. <p>Factores relacionados:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mucosidad excesiva. • Exudado alveolar. 	Resultados	Indicadores	NIC	Fundamento Científico											
	<p>Dominio:2 Clase: E Resultado: ESTADO RESPIRATORIO: permeabilidad de las vías respiratorias</p> <p>Escala de Medición</p> <table border="1" data-bbox="384 716 699 1198"> <thead> <tr> <th colspan="2">Likert</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1 Gravemente comprometido</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>2 Sustancialmente Comprometido</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>3 Moderadamente Comprometido</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>4 Levemente Comprometido</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>5 No comprometido</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table>	Likert		1 Gravemente comprometido	1	2 Sustancialmente Comprometido	2	3 Moderadamente Comprometido	3	4 Levemente Comprometido	4	5 No comprometido	5	<ul style="list-style-type: none"> • Frecuencia respiratoria • Ritmo respiratorio • Profundidad de la inspiración • Capacidad para eliminar secreciones <p>Puntuación Diana</p> <p>Días Hospitalización :</p> <p>Mantener a 2</p> <p>Aumentar a 3</p>	<p>FISIOTERAPIA RESPIRATORIA</p> <p>Campo:2 Clase: K</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Determinar el(los) segmento(s) pulmonar(es) que necesita ser drenado. 2. Colocar al paciente con el segmento pulmonar que ha de drenarse en la posición más alta. 3. Utilizar almohadas para que el paciente se apoye en la posición determinada. 4. Practicar percusión con drenaje postural juntando las manos y golpeando la pared torácica en rápida sucesión para producir una serie de sonidos huecos. 5. Administrar broncodilatadores, si está indicado. 6. Administrar agentes mucolíticos, si procede. 7. Controlar la cantidad y tipo de expectoración de esputos. 8. Estimular la tos durante y después del drenaje postural.
Likert															
1 Gravemente comprometido	1														
2 Sustancialmente Comprometido	2														
3 Moderadamente Comprometido	3														
4 Levemente Comprometido	4														
5 No comprometido	5														

<ul style="list-style-type: none"> • Retención de las secreciones. • Secreciones en los bronquios. • Infección 			<p>ASPIRACIÓN DE LAS VÍAS AÉREAS Campo: 2 Clase: K</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Determinar la necesidad de la aspiración oral y / o traqueal. 2. Auscultar los sonidos respiratorios antes y después de la aspiración. 3. Informar al paciente y a la familia sobre la aspiración. 4. Aspirar la nasofaringe con una jeringa de ampolla o tirador o dispositivo de aspiración, si procede. 5. Proporcionar sedación, si procede. 6. Disponer precauciones universales: guantes, gafas y máscara, si es el caso. 7. Abordar una vía aérea nasal para facilitar la aspiración nasotraqueal, si procede. 8. Enseñar al paciente a realizar varias respiraciones profundas antes de la succión nasotraqueal y utilizar oxígeno suplementario, si procede.. 9. Anotar el tipo y cantidad de secreciones obtenidas. 10. Enviar las secreciones para test de cultivo y de sensibilidad, si procede 	<p>sea a nivel nasotraqueal y orotraqueal, o bien la aspiración traqueal en pacientes con vía aérea artificial con el objetivo de mantener la permeabilidad de las vías aéreas.</p> <ul style="list-style-type: none"> • La aspiración de secreciones solo estará prescrita a paciente en los que la fisioterapia respiratoria no es suficiente para eliminar las secreciones, ya que es un procedimiento incómodo para el paciente. • Antes, durante y después de la aspiración se debe hacer un control de los niveles de SO₂% para corroborar el estado respiratorio del paciente y evitar desaturaciones por el procedimiento. • Registrar la cantidad y características de secreciones y enviar una muestra para cultivo para determinar los agentes que están causando la enfermedad
---	--	--	---	--

Diagnóstico (NANDA)	Clasificación de los Resultados NOC														
<p>Hipertermia</p> <p>Dominio:11 Clase: 6 Código:00007</p> <p>Características Definitorias:</p> <ul style="list-style-type: none"> Rubor. Calor al tacto. Aumento de la temperatura corporal Taquicardia, por encima del límite normal. Taquipnea. <p>Factores relacionados:</p> <ul style="list-style-type: none"> Enfermedad. 	Resultados	Indicadores	NIC	Fundamento Científico											
	<p>Dominio:2 Clase: I Resultado: TERMORREGULACIÓN Escala de Medición</p> <table border="1" data-bbox="384 602 699 1084"> <thead> <tr> <th colspan="2">Likert</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1 Gravemente comprometido</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>2 Sustancialmente Comprometido</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>3 Moderadamente Comprometido</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>4 Levemente Comprometido</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>5 No comprometido</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table>	Likert		1 Gravemente comprometido	1	2 Sustancialmente Comprometido	2	3 Moderadamente Comprometido	3	4 Levemente Comprometido	4	5 No comprometido	5	<ul style="list-style-type: none"> Frecuencia del pulso radial Frecuencia respiratoria Temperatura a cutánea Hipertermia <p>Puntuación Diana</p> <p>Días Hospitalización :</p> <p>Mantener a 2</p> <p>Aumentar a 3</p>	<p>REGULACIÓN DE LA TEMPERATURA Campo: 2 Clase: M</p> <ol style="list-style-type: none"> Comprobar la temperatura al menos cada 2 horas, si procede. Instaurar un dispositivo de monitorización de temperatura central continua, si es preciso. Observar el color y la temperatura de la piel. Observar y registrar si hay signos y síntomas de hipotermia e hipertermia. Favorecer una ingesta nutricional y de líquidos adecuada. Explicar los indicios de agotamiento por calor y el tratamiento de urgencia adecuado, si es el caso. Ajustar la temperatura ambiental a las necesidades del paciente. Administrar medicamentos antipiréticos, si está indicado.
Likert															
1 Gravemente comprometido	1														
2 Sustancialmente Comprometido	2														
3 Moderadamente Comprometido	3														
4 Levemente Comprometido	4														
5 No comprometido	5														

CONVULSIONES FEBRILES

Diagnóstico (NANDA)	Clasificación de los Resultados NOC										
<p>Termorregulación Ineficaz.</p> <p>Dominio 11: Seguridad/Protección</p> <p>Clase 6: Termorregulación.</p> <p>Código: 00008.</p> <p>Definición: fluctuación de la temperatura entre la hipotermia y la hipertermia.</p> <p>Características definitorias:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Piel caliente al tacto. • Rubor. • Temperatura corporal por encima del valor normal. • Taquipnea. • Taquicardia. <p>Factores relacionados:</p>	<p>Resultados</p>	<p>Indicadores</p>	<p>NIC</p>	<p>Fundamento Científico</p>							
	<p>Dominio II: Salud Fisiológica</p> <p>Clase I: Regulación Metabólica</p> <p>NOC: Control de la Hipertermia.</p> <p>Código: 1922.</p> <p>Definición: acciones personales para prevenir, detectar o reducir la amenaza de una temperatura corporal alta.</p> <p>Escala de Medición</p> <table border="1" data-bbox="468 1109 785 1370"> <thead> <tr> <th colspan="2">Likert</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Gravemente comprometido</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>Sustancialmente Comprometido</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Moderadamente Comprometido</td> <td>3</td> </tr> </tbody> </table>	Likert		Gravemente comprometido	1	Sustancialmente Comprometido	2	Moderadamente Comprometido	3	<p>NOC: Control de la Hipertermia.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Temperatura cutánea aumentada. • Aumento de frecuencia de pulso radial. • Aumento de frecuencia respiratoria. • Irritabilidad. • Hipertermia. • Cefalea, • Deshidratación. • Cambios de coloración cutánea. <p>Puntuación Diana</p>	<p>Campo 2: Fisiológico Complejo</p> <p>Clase M: Termorregulación</p> <p>NIC: Regulación de la Temperatura.</p> <p>Código: 3900</p> <p>NIC: Tratamiento de la fiebre.</p> <p>Código: 3740</p> <p>Intervenciones Independientes</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitoreo de signos vitales. (T/A; FC; FR; Sat, T°. 2. Curva térmica cada 2/ h. 3. Aplicación de medios físicos para bajar la fiebre. 4. Vigilar color, turgencia de la piel y temperatura. 5. Realizar baño en agua tibia de 15-20 minutos si procede.
Likert											
Gravemente comprometido	1										
Sustancialmente Comprometido	2										
Moderadamente Comprometido	3										

<ul style="list-style-type: none"> Exposición a ambientes excesivamente cálidos. Aumento de la tasa metabólica. <p>Deshidratación.</p>	Levemente Comprometido	4	<p>Días Hospitalización:</p> <p>Mantener a <u>3</u></p> <p>Aumentar a _____</p>	<ol style="list-style-type: none"> Fomentar la ingesta de líquidos orales. Canalización de vía si procede. Administra líquidos IV si procede. Administración de antipiréticos para regular la temperatura prescrita por médico. Valorar laboratorios BH (Formula leucocitaria y PCR). Educar a la madre sobre los signos de alarma de una fiebre. Control de ingesta y excreta. 	<p>caliente dilata los vasos sanguíneos, favoreciendo la transpiración y relajación de músculos y articulaciones haciendo fluir la sangre y al mismo tiempo regula la temperatura del cuerpo.</p> <p>La ingesta de líquidos por vía oral previene deshidrataciones.</p> <p>La hidratación ayuda a compensar el estado hídrico del paciente.</p> <p>Los fármacos antipiréticos bajan la temperatura, inhibiendo la biosíntesis directa de prostaglandinas y tromboxanos.</p> <p>El control de I/E ayuda a mantener el balance hídrico del paciente.</p>
	No comprometido	5			

Diagnóstico (NANDA)	Clasificación de los Resultados NOC															
	Resultados. NOC	Indicadores	Intervenciones NIC Funciones de Enfermería Interdependientes	Fundamento Científico												
<p>Dominio 11: Seguridad/Protección.</p> <p>Clase 6: Termorregulación</p> <p>Diagnóstico: Hipertermia.</p> <p>Código: 00007</p> <p>Definición: elevación de la T° corporal por encima del rango normal.</p> <p>Características Definitivas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aumento de la temperatura corporal por encima del rango normal • Crisis convulsivas. <p>Factores relacionados:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aumento de la tasa metabólica. 	<p>Dominio IV: Conocimiento y conducta de salud</p> <p>Clase T: Control del riesgo y seguridad.</p> <p>NOC: Control de las convulsiones.</p> <p>CODIGO: 1620.</p> <p>Definición: cuidados del paciente durante un proceso convulsivo y el estado postictal.</p> <p>Escala de Medición.</p> <table border="1" data-bbox="464 911 730 1382"> <thead> <tr> <th colspan="2">Likert</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Gravemente comprometido</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>Sustancialmente comprometido</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Moderadamente comprometido</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>Levemente comprometido</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>No comprometido</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table>	Likert		Gravemente comprometido	1	Sustancialmente comprometido	2	Moderadamente comprometido	3	Levemente comprometido	4	No comprometido	5	<p>NOC: Control de las convulsiones.</p> <p>Código: 1620.</p> <p>*Describe factores precipitantes de las convulsiones</p> <p>* Obtención de la medicación necesaria.</p> <p>*Utiliza la medicación según prescripción.</p> <p>*Evita factores de riesgos desencadenantes de las convulsiones.</p> <p>*Implanta prácticas de seguridad en el entorno.</p> <p>Puntuación Diana</p>	<p>Campo 2: Fisiológico Complejo</p> <p>Clase I: Control Neurológico.</p> <p>Manejo de las convulsiones.</p> <p>Código: 2680</p> <p>Actividades:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Colocar oxígeno. 2. Monitoreo de signos vitales. 3. Posición semifowler. 4. Mantener un equipo de succión al alcance- 5. Registrar la duración, características de las convulsiones. 6. Canalización de vía periférica. 	<p>La oxigenoterapia es una medida terapéutica que ayuda a prevenir los síntomas de la hipoxia</p> <p>Determina el estado de salud del paciente.</p> <p>La posición semifowler ayuda a mejorar la respiración y prevenir posible bronco aspiraciones.</p> <p>El equipo de succión ayuda a eliminar la secreción producida por los episodios convulsivos.</p>
Likert																
Gravemente comprometido	1															
Sustancialmente comprometido	2															
Moderadamente comprometido	3															
Levemente comprometido	4															
No comprometido	5															

<ul style="list-style-type: none"> • Enfermedad. 		<p>Días Hospitalización: Mantener a__3_ Aumentar a__</p>	<ol style="list-style-type: none"> 7. Administrar anticonvulsivos prescritas. 8. Mantener barandillas elevadas. 9. Instruir a la familia sobre los cuidados para prevenir riesgos. 10. Brindar seguridad y confort. 	<p>El registro de tiempo y tipo de las convulsiones ayuda para mejorar la atención y los registros de enfermería.</p> <p>El acceso venoso permeable facilita la administración de los medicamentos después de un episodio convulsivo.</p> <p>Los anticonvulsivantes Inhibe la actividad del umbral GABA, al mismo tiempo estabiliza las neuronas de la corteza motora cerebral.</p> <p>La colocación de barandillas previene los riesgos de caídas.</p>
---	--	---	---	---

ENFERMEDAD

DIARRREICA

AGUDA

Diagnóstico (NANDA)	Clasificación de los Resultados NOC															
<p>Diarrea</p> <p>Dominio: 3 Eliminación/ Intercambio</p> <p>Clase: 2 Función gastrointestinal</p> <p>Código: 00013</p> <p>Eliminación de heces líquidas, no formadas r/c alteraciones fisiológicas m/p eliminación de al menos tres deposiciones líquidas al día.</p>	<p>Resultados</p> <p>Dominio: Salud Fisiológica II</p> <p>CLASE: Nutrición</p> <p>RESULTADO: Función gastrointestinal</p> <p>Escala de Medición</p> <table border="1" data-bbox="422 906 709 1386"> <thead> <tr> <th colspan="2">Likert</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1 Gravemente comprometido</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>2 Sustancialmente comprometido</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>3 Moderadamente comprometido</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>4 Levemente comprometido</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>5 No comprometido</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table>	Likert		1 Gravemente comprometido	1	2 Sustancialmente comprometido	2	3 Moderadamente comprometido	3	4 Levemente comprometido	4	5 No comprometido	5	<p>Indicadores</p> <p>Signos vitales</p> <p>Escala de caritas de dolor</p> <p>Tolerancia a los alimentos</p> <p>Perímetro abdominal</p> <p>Frecuencia de deposiciones</p> <p>Color de las deposiciones</p> <p>Consistencia de las deposiciones</p> <p>Volumen de las deposiciones</p>	<p>Clasificación de las Intervenciones NIC Funciones de Enfermería Independientes/Interdependientes</p> <p>Campo Fisiológico: Básico</p> <p>Clase: B Control de la eliminación</p> <p>Manejo de la diarrea (0460)</p> <p>Intervenciones independientes:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Determinar la historia de la diarrea 2. Palpar abdomen para evidenciar si hay distensión abdominal 3. Obtener una muestra de heces para realizar cultivo 4. Lavado de manos antes y después de estar en contacto con el paciente 5. Observar la turgencia de la piel 6. Identificar los factores 	<p>Fundamento Científico</p> <p>Con el fin de evitar la propagación ano-boca de micro organismos patógenos que pueden estar presentes en las heces fecales del infante. Obtener datos sobre el inicio de los episodios de diarrea, inicio, frecuencia, características, presencia de sangre, etc. La turgencia de la piel es un signo de la pérdida de líquidos o la deshidratación que pueden ser causados por diarrea o vomito. Los bebés y los niños más pequeños que presentan estas afecciones pueden perder rápidamente una cantidad considerable de líquidos si no toman suficiente agua.</p>
Likert																
1 Gravemente comprometido	1															
2 Sustancialmente comprometido	2															
3 Moderadamente comprometido	3															
4 Levemente comprometido	4															
5 No comprometido	5															

		<p>Ruidos abdominales</p> <p>Color de la piel sobre el abdomen</p> <p>Nivel de actividad</p>	<p>(medicamentos, bacterias y alimentación) que puedan ocasionar o contribuir a la existencia de la diarrea.</p> <ol style="list-style-type: none"> 7. Observar la piel perianal para ver si hay irritación o ulceración. 8. Medir la producción de la diarrea. 9. Educación a la familia 10. Educación sobre el esquema de vacunación 11. Practicar acciones que supongan un descanso intestinal (NPO, dieta líquida). 12. Reponer volumen a volumen las pérdidas con SRO según sea el caso. 13. Monitorizar signos vitales (T°, T/A, FC, Sat. O2, FR) 14. Pesar regularmente al paciente y/o pañal y comunicar cambios 15. Auscultar sonidos hidro aéreos. 16. Administrar y controlar los líquidos IV, según prescripción médica. 	<p>La fiebre acelera el proceso de pérdida de líquidos.</p> <p>Determina la turgencia de la piel.</p> <p>Se sostiene por unos pocos segundos y luego la suelta. La piel con turgencia normal regresa rápidamente a su posición normal, mientras que la piel con disminución de la turgencia retorna lentamente a su posición normal.</p> <p>La educación a la familia es de vital importancia ya que tratándose de desechos del organismo, se pueden encontrar micro organismos patógenos que se pueden transmitir a través de las manos infectando a las personas más cercanas.</p> <p>La muestra de heces puede revelar la causa que está provocando los episodios de diarreas en el infante.</p> <p>Llevar una hoja de control de alimentos ingeridos para evaluar retención, absorción y eliminación de los mismos.</p>
--	--	--	--	---

Diagnóstico (NANDA)	Clasificación de los Resultados NOC															
<p>Riesgo de desequilibrio electrolítico</p> <p>Dominio: 2 Nutrición</p> <p>Clase: 5 Hidratación</p> <p>Código: 00195</p> <p>Riesgo por cambio en los niveles de electrolitos séricos que puede comprometer la salud r/c desequilibrio de líquidos, diarrea, vomito.</p>	Resultados	Indicadores	Clasificación de las Intervenciones NIC Funciones de Enfermería Independientes/Interdependientes	Fundamento Científico												
	<p>DOMINIO: Salud Fisiológica II</p> <p>CLASE: Líquidos y electrolitos (G)</p> <p>RESULTADO: Equilibrio electrolítico y ácido base.</p> <table border="1" data-bbox="436 922 737 1333"> <thead> <tr> <th colspan="2">Likert</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1 Gravemente comprometido</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>2 Sustancialmente comprometido</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>3 Moderadamente comprometido</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>4 Levemente comprometido</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>5 No comprometido</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table>	Likert		1 Gravemente comprometido	1	2 Sustancialmente comprometido	2	3 Moderadamente comprometido	3	4 Levemente comprometido	4	5 No comprometido	5	<p>Frecuencia cardiaca</p> <p>Frecuencia respiratoria</p> <p>Sodio sérico</p> <p>Potasio sérico</p> <p>Calcio sérico</p> <p>Magnesio sérico</p> <p>pH sérico</p> <p>Creatinina sérica</p> <p>Glucosa sérica</p> <p>Hematocrito</p>	<p>Campo Fisiológico: Complejo</p> <p>Clase: G Control de electrolitos y ácido - base</p> <p>Manejo de líquidos/electrolitos (2080)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Canalización de accesos venosos 2. Favorecer la ingesta oral, si está indicado. 3. Llevar un registro preciso de ingestas y eliminaciones. 4. Observar si hay signos y síntomas de retención de líquidos 5. Vigilar signos vitales, si procede. 6. Ajustar un nivel de flujo de perfusión intravenosa adecuado. 7. Observar si hay manifestaciones de desequilibrio de líquidos 8. Observar si hay efectos secundarios como consecuencia del suplemento de electrolitos 	<p>Canalización de una vía periférica para la administración de solución electrolítica según sea el caso. Al instalar la venoclisis si es indicada se debe tener estricto cumplimiento en el cálculo del goteo y rótulo que refleje la cantidad de líquidos y electrolitos, fecha, hora, escala y personas que lo preparará e instalara. Pesar y tallar al niño con la técnica correcta es imprescindible para el cálculo de la medicación. Administrar Sales de Rehidratación Oral según requerimientos. Para reponer las pérdidas de líquidos y electrolitos y prevenir la deshidratación. Instalación de antibioticoterapia indicada. Una vez identificada la causa que provoca los episodios de</p>
Likert																
1 Gravemente comprometido	1															
2 Sustancialmente comprometido	2															
3 Moderadamente comprometido	3															
4 Levemente comprometido	4															
5 No comprometido	5															

		<p>sérico</p> <p>Deterioro cognitivo</p> <p>Fatiga</p> <p>Debilidad muscular</p> <p>Cólicos abdominales</p> <p>Náuseas</p> <p>Irritabilidad</p>	<p>prescrito.</p> <p>9. Valorar mucosas orales del paciente, la esclerótica y al piel, por si hubiera indicios de alteración de líquidos y del equilibrio de electrolitos (sequedad, cianosis e ictericia).</p> <p>10. Administrar líquidos, si procede.</p> <p>11. Administrar el suplemento de electrolitos prescrito, si procede.</p> <p>12. Observar si los niveles de electrolitos en suero son normales, si existe disponibilidad</p> <p>13. Obtener muestras para el análisis en el laboratorio de los niveles de líquidos o electrolitos alterados (nivel de hematocrito, BUN, proteínas, sodio y potasio) y vigilar resultados, si procede.</p> <p>14. Monitorizar el estado hemodinámico, incluyendo niveles de PVC, PAM, según disponibilidad</p> <p>15. Controlar la respuesta del paciente a la terapia de electrolitos prescritos.</p>	<p>diarrea. Estar alerta si se presentaran efectos secundarios a la administración de medicamentos.</p> <p>Valorar continuamente el estado de hidratación. (Hidratación de mucosas orales, turgencia de la piel, llanto sin lágrimas).</p> <p>Realizar balance hídrico estricto, lo que permite conocer ingresos y egresos, y establecer el estado general de hidratación.</p> <p>Ejecutar medidas antitérmicas si son necesarias. Ya que con la pérdida de sudor a causa de la elevación de la temperatura también se pierden líquidos.</p> <p>Vigilar y anotar vómitos y presencia de distensión abdominal.</p> <p>Controlar y obtener muestras para exámenes de laboratorio.</p> <p>Colocar la cabecera levantada a 30° con la finalidad de evitar aspiración por la presencia de vómitos.</p> <p>Pesar el pañal para evidenciar posible pérdida de peso.</p>
--	--	---	--	--