



Mi Universidad

Ensayo

NOMBRE DEL ALUMNO: Seleny Domingo Cardenas

TEMA: Problemas interdependientes/de colaboración, Formulación, La Planificación de Cuidados. Fases, objetivos (taxonomía NOC) e intervenciones (taxonomía NIC), La Ejecución. Sistemas de organización del trabajo enfermero, Etapas del proceso, Registros de enfermería, Criterios de cumplimentación.

PARCIAL: I

MATERIA: fundamentos de enfermería II

NOMBRE DEL PROFESOR: Rubén Eduardo Domínguez García

LICENCIATURA: enfermería

En enfermería es muy importante prepararse y actualizarse constantemente en la ciencia de los conocimientos para dar servicios adecuados y sobre todo con vocación, y así también poder brindar todo lo que sabemos en la toma de decisiones a la hora de realizar procedimientos para la mejoría de la salud de los pacientes. De igual manera poder solucionar los diferentes problemas a los que nos podemos enfrentar.

*Como son:

Los problemas interdependientes: son aquellos que son realizados por el personal de enfermería y no necesitan la aprobación de terceros.

Mientras que los problemas de colaboración: están realizados en colaboración con las enfermeras y otros miembros del personal de salud.

Las actividades realizadas en el proceso enfermero consta de tres partes:

1. Real: son las actividades que nos ayudan a contralar y a reducir los problemas que le ocasionan la enfermedad al individuo.
2. Riesgo: son las actividades que nos ayudan a saber si el problema es real.
3. Bienestar: son todas aquellas actividades que nos ayudan a la mejoría para el bienestar del paciente.

Las fases de la ejecución igual se dividen en 3 pasos muy importantes a seguir:

- Preparación: se trata de prepararse con datos, signos y síntomas e identificar el problema al paciente.
- Intervención: realizar el plan de cuidados y el tratamiento requerido para la mejoría del paciente.
- Documentación: llevar un registro de todo lo realizado.

Al realizar todo esto debemos formular nuestro diagnostico en el formato (PES). Para expresar el problema o reacción de la persona, relacionado con R/C (etiología/problema), manifestado por M/P (signos y síntomas).

Como ejemplo: alteración de la integridad cutánea R/C alteración en el volumen de líquidos M/P agente farmacológico, alteración en la sensibilidad (diabetes mellitus), y deterioro de la circulación.

Diagnostico NANDA.

Para poder realizar nuestros diagnósticos de enfermería es importante tomar en cuenta la taxonomía de NANDA, NOC, y NIC.

NIC es el sistema de clasificación para las intervenciones de enfermería.

NOC es sistema de clasificación de los resultados de enfermería.

Para poder hacer un buen diagnóstico debemos conocer las necesidades del paciente, ofrecer cuidados humanizados y personalizados, saber la importancia del rol que tiene Enfermería, proporcionar información, saber evaluar, y sobre todo saber ser enfermero.

NIC nos ayuda a clasificar las intervenciones que enfermería tiene que realizar a los pacientes para ayudarles en su enfermedad.

NOC va tomado de la mano de NIC ya que podemos revisar los resultados que queremos en nuestros pacientes antes de realizar las intervenciones decididas por el enfermero(a).

Cada resultado NOC tiene definiciones e indicadores que nos ayudan a identificar el estado del paciente, y los cambios que ha tenido en diferentes puntos. Y listas de referencias para desarrollar nuestros resultados.

Debe haber una organización en el trabajo enfermero para poder dar buenos resultados, y se puede organizar de las siguientes maneras:

Enfermería funcional: asignación de tareas

Asignación compartida de usuarios: cada usuario tiene una enfermera asignada.

Enfermería primaria: la enfermera es responsable de los cuidados a brindarle a su lista de usuarios.

Gestión de casos: la enfermera es responsable del plan de cuidados en coordinación con todos los responsables de salud implicados en la atención del usuario, darle continuidad a los casos más allá de la estancia de un determinado servicio o ingreso al hospital.

Las etapas del proceso enfermero (PAE) consta de 5 etapas:

★ Valoración: esta etapa se dice que es la de más importancia, ya que aquí es donde tratamos de utilizar todos nuestros conocimientos y todo nuestro esfuerzo para la recolección de datos, buscando en ellos factores de riesgo para la salud del paciente.

★ Diagnóstico: en esta etapa evaluamos los diagnósticos enfermeros para una eficaz atención, es aquí donde vemos los problemas con los que nos podemos encontrar cuando ya aparecieron o antes que aparezcan y así poder evitar los padecimientos al paciente o darle oportuno tratamiento.

★ Planificación: en esta etapa tratamos de llevar a cabo los cuidados de enfermería para poder reducir el problema del paciente, primero debemos plantearnos los objetivos para poder llevar a cabo nuestros planes.

- 1) Ordenar las prioridades en el tratamiento, y priorizar los cuidados identificando cuales son más urgentes y cuales pueden esperar para que de esta manera se le dé una mejor atención al usuario.
- 2) Los objetivos a conseguir debemos centrarnos en las medidas oportunas de prevención, vigilar la evolución del paciente en conjunto con el medico asignado.
- 3) Debemos poner en marcha las intervenciones y los cuidados que le realizaremos al paciente, también medidas preventivas para la enfermedad, tomando nuestras propias decisiones para poder mejorar las condiciones y la calidad de salud del usuario.

★ Ejecución: en esta etapa ponemos en marcha el plan de cuidados, siempre teniendo en cuenta las necesidades del paciente.

Para poder realizar bien nuestras actividades, debemos realizar una serie de acciones para lograr mayor eficacia en la ejecución:

- Continuar con la recogida de datos.
- Realizar las actividades.
- Anotar todo lo que realizamos.
- Mantener nuestro plan de cuidados actualizado.

★ Evaluación: este proceso está conformado en dos partes:

- 1) Recoger los datos sobre el problema, salud/diagnóstico del paciente respecto a la situación actual y final con respecto al problema del paciente.

- 2) Comparar los resultados esperados con los resultados finales. Esperando que estos coincidan con lo planeado de lo contrario no estaríamos logrando los objetivos que establecimos al principio.

Por su parte los registros de enfermería son parte fundamental de la asistencia sanitaria, integrados en la historia clínica del paciente. Todo esto conlleva a responsabilidades de índole profesional y legal, y hay que llevarlos a la práctica con rigor y profesionalismo para calidad de resultados.

Realizar los registros diariamente a los pacientes es esencial y de suma importancia, para la calidad sanitaria y para el desarrollo de nuestra profesión. El (PAE) método científico aplicado en la práctica de enfermería nos permite dar cuidados de forma racional y sistemática, cubriendo las necesidades del paciente, familia y/o comunidad. Este consta de las 5 etapas mencionadas anteriormente: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución, y evaluación.

Cada etapa del PAE dispone de su respectivo registro de enfermería constituyendo así:

- Un sistema de comunicación entre los profesionales de salud.
- Calidad de cuidados.
- Un sistema de evaluación, permitiendo de esta manera investigación, formación, y prueba de carácter legal, y así organizar y registrar cada una de las etapas del proceso enfermero.

Necesitamos clasificar nuestros cuidados de acuerdo a las necesidades y demandas de los pacientes, siendo los más utilizados los modelos de las 14 necesidades de Virginia Henderson y los patrones funcionales de Marjorie Gordon, y en base al modelo elegido se realizará el plan de cuidados.

El plan de cuidados puede ser estandarizado o no estandarizado de soporte informático o en papel pero el objetivo de este es dar a conocer el estado de paciente en cada proceso de su estancia en el hospital.

En los registros de enfermería quedan documentados todos los actos y conductas del enfermero referente al estado de salud, tratamiento y evolución, del paciente.

El desarrollo de la enfermería, como disciplina profesional desarrollada en base a la existencia de documentos, a través de los cuales el enfermero deja constancia de todas las

actividades que realiza en el proceso de cuidados, y de esta manera mejorar la calidad de atención que se presta, permitiendo diferenciar la actividad propia de la de los demás, manifestando de esta manera el rol que ocupa enfermería, y así facilitar la investigación clínica, y de esta manera formular protocolos y procedimientos específicos para cada área de trabajo.

Y así registrando todo lo que la enfermera realice podemos transformar el conocimiento común sobre los cuidados, en conocimiento científico y así contribuir grandemente al desarrollo disciplinario y profesional.

La calidad de la información registrada influye mucho en la efectividad de la práctica profesional, por eso los registros deben cumplir con los estándares básicos que favorezcan la eficacia de los cuidados en los pacientes, y también que sean legítimos a la actuación del profesional de salud. Todo esto para mejorar la calidad de la información como base de principios éticos, y profesionales, como el derecho a la intimidad y confidencialidad, autonomía e información del paciente.

Los criterios de cumplimentación:

- * deben ser fidedignos, precisos y completos.
- * los hechos deben anotarse de forma clara y precisa.
- * expresar las observaciones en términos cuantificables.
- * los hallazgos deben medirse de forma meticulosa, tipo, forma, tamaño, y aspecto.
- * firma legible de la enfermera responsable.

Los registros incompletos indican cuidados de enfermería deficientes, “lo que no está escrito no está hecho”.

- Deben ser claros y legibles, ya que si los demás no lo entienden es inútil.
- Si no se tiene una buena caligrafía se recomienda utilizar letra de imprenta.
- Las anotaciones deben ser correctas ortográfica y gramaticalmente.
- Tenemos que utilizar sólo abreviaturas de uso común y evitar aquellas que puedan entenderse con más de un significado, cuando existan dudas escribir completamente el término.

- No debemos utilizar líquidos correctores ni emborronar. debemos corregir los errores tachando solamente con una línea, para que sean legibles, anotar al lado “error” con firma de la enfermera responsable.
- Debe tener una firma y categoría profesional legible: Inicial del nombre más el apellido completo.
- No debemos dejar espacios en blanco, ni tampoco escribir entre líneas.
- Los registros se tienen que hacer de forma simultánea y no tenemos que dejarlos al final del turno. Nunca debemos hacer nuestras anotaciones antes de realizarlas porque si no sucede como lo anotamos estas son incompletas e inexactas.

*En las hojas de administración de medicamentos:

- debemos anotar toda la información acerca de los medicamentos, para cada uno de ellos que se administre se debe anotar fecha, hora y las iniciales de la enfermera responsable.
- Si las órdenes médicas no están claras o la caligrafía es ilegible, se debe pedir al médico que las aclare y lea la prescripción.
- No se deben tomar órdenes verbales o telefónicas, en caso necesario, repita la orden confirmándola así el medico Marroquín ordena vía telefónica aplicar ceftriaxona, y pedir el nombre y apellidos del médico que lo prescribe; a continuación, registrarlo.
- Si otra enfermera administra medicación, también se deberá anotar su nombre y hora en la que lo realizó.

*Todo aquello que no se debe anotar:

- Los adjetivos que califiquen conductas o comportamientos del paciente, deben especificar que se refieren a dicha conducta o comportamiento, no descalificando al paciente. Ej.: El paciente se muestra agresivo verbalmente con el personal de enfermería, en lugar de paciente agresivo.
- No hacer referencia a la escasez de personal ni a conflictos entre compañeros.
- No intentar explicar que se ha producido un error o utilizar expresiones como “accidentalmente”, “de alguna forma”.
- No mencionar que se ha redactado un informe de incidencias, ya que esto, es un informe administrativo confidencial, hay que redactar los hechos tal y como ocurren Ej.: Informes de caídas No referirse al nombre u otros datos personales

de los compañeros de habitación en el registro de otro paciente, esto atenta contra la confidencialidad

- No anotar que se ha informado a compañeros o superiores de determinados hechos, si esta información se ha producido de forma informal o en determinados lugares o situaciones no apropiadas. La realización correcta de los registros, puede ser nuestra mejor defensa ante un problema legal.

Es muy importante aplicar todos nuestros conocimientos y habilidades en el proceso enfermero porque de esta manera nosotros como profesionales de la salud damos cuidados y tratos de calidad a nuestros pacientes, respetando cada uno de los puntos antes mencionados, lograremos nuestros planes y objetivos en nuestra labor como profesionales de la salud. Si alguno de estos puntos llega a fallar, fallara todo lo planeado y no se puede dar lo mejor para la mejoría de nuestros pacientes!