



Nombre de alumnos: *BARTOLA BERNAL ALVAREZ*

Nombre del profesor: *JAVIER GOMEZ GALERA*

Nombre del trabajo: *SUPER NOTA*

Materia: *FUNDAMENTOS DE ENFERMERIA I*

Grado: *2° CUATRIMESTRE*

Grupo: *“A”*

Pichucalco, Chiapas a, 13 de Febrero de 2022.

PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS

FASES, OBJETIVOS (TAXONOMIA NOC) E INTERVENCIONES (TAXONOMIA NIC)

Es la etapa de elaboración de estrategias para prevenir, minimizar o corregir los problemas, determinar resultados e intervenciones enfermeras, plasmando este plan de actuación de forma escrita en un plan de cuidados.



Clasificación

Actividades Interdependientes

Autonomía: Parcial, delegada. Orientada hacia la enfermedad-tratamiento.

Responsabilidad: Total

Conocimiento: De ciencias afines (farmacología, medicina, psicología)

Actividades Independientes

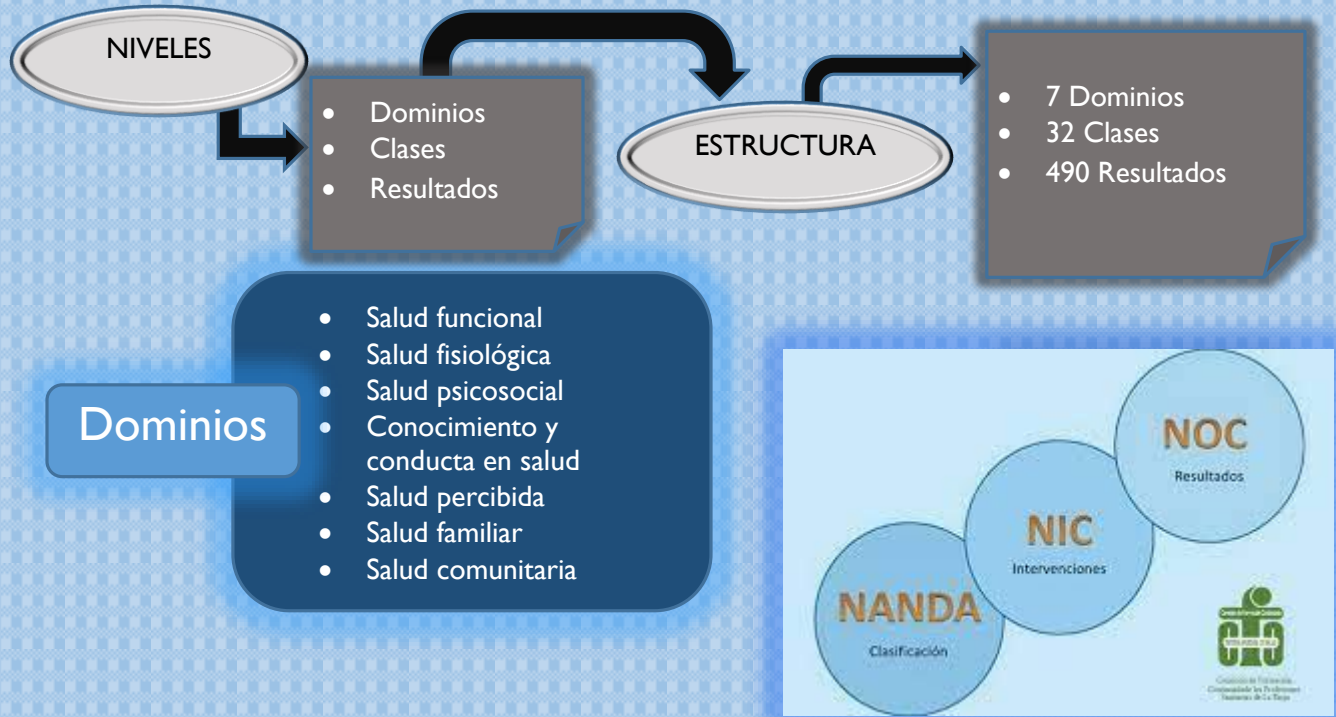
Autonomía: Total. Orientada hacia la salud y el bienestar.

Responsabilidad: Total

Conocimiento: de la ciencia enfermera, para el desarrollo de las actividades específicas de la profesión.

Taxonomía NOC

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



Taxonomía NIC

Es una clasificación normalizada completa de las intervenciones realizadas por los profesionales de enfermería en función de los pacientes, intervenciones tanto independientes como en colaboración, y cuidados tanto directos como indirectos.



Componentes de una intervención.

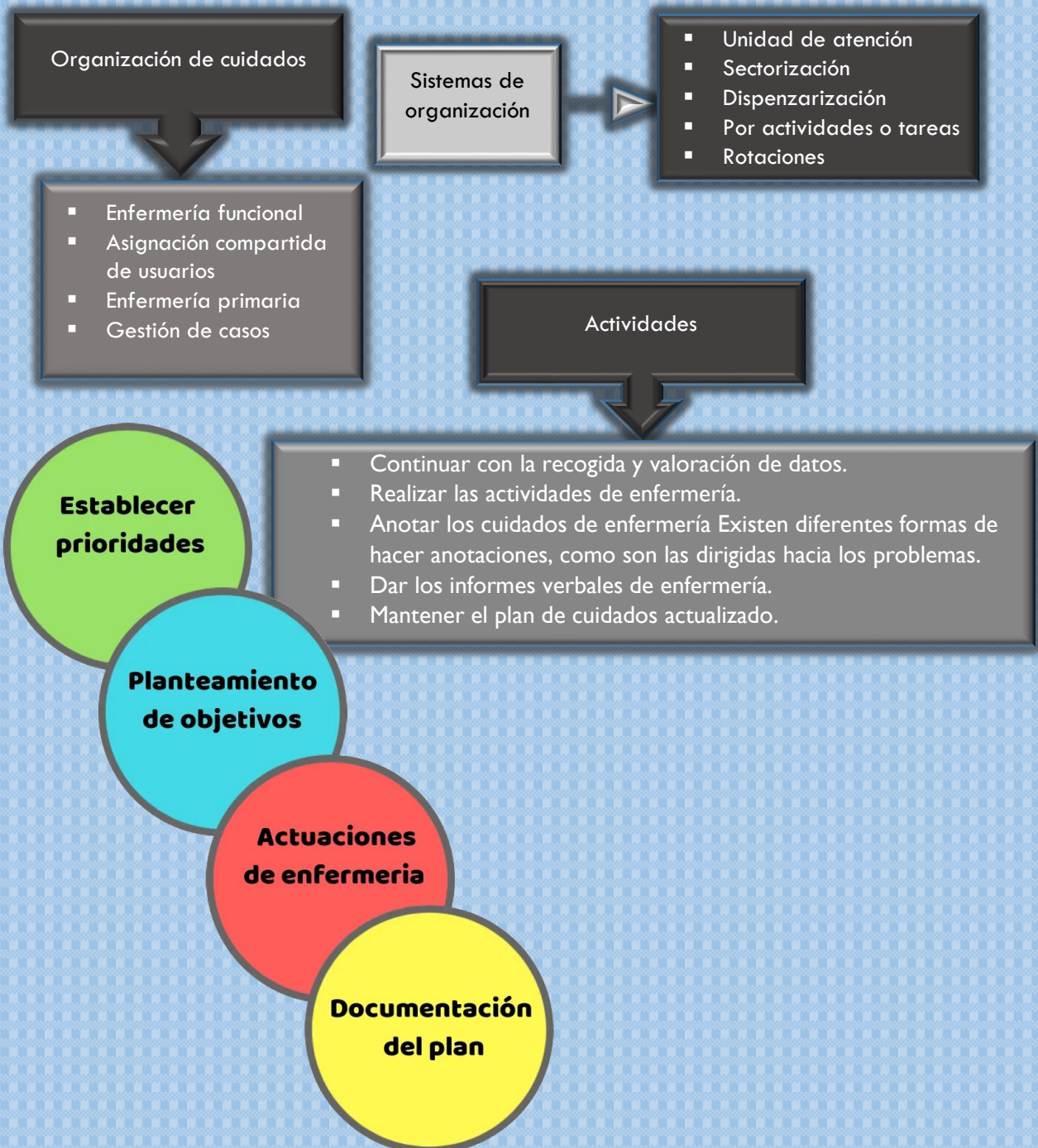
Título/Etiqueta descriptiva: Denominación del resultado.
Definición: Expresa de forma clara y precisa el título.
Actividades: Acción específica que realiza la enfermería para llevar a cabo una intervención.
Referencias bibliográficas.



LA EJECUCION

Sistemas de organización del trabajo del enfermero

Son las formas de división del trabajo y asignación de responsabilidades.



ETAPAS DEL PROCESO

VALORACION

Se realiza inicialmente una recogida de datos en relación al paciente para conocer su situación. Las fuentes de información para la obtención de datos suelen ser las siguientes: el historial médico del paciente, el propio paciente, su familia o alguna persona relacionada con él.

DIAGNOSTICO

Se llega a una conclusión en base a la valoración desde el punto de vista de la enfermería de los datos llevada a cabo en la fase anterior. El diagnóstico de enfermería puede ser distinto del diagnóstico médico.

PLANEACION

Una vez valorada la información proveniente de las diversas fuentes anteriormente mencionadas y elaborado un diagnóstico de enfermería se establecen los cuidados de enfermería que se van a realizar.

EJECUCION

Se valora si la evolución es correcta o se deben introducir cambios en las decisiones tomadas. La evaluación requiere el examen de varios aspectos como: el examen físico del paciente, el análisis del historial clínico y la entrevista con el paciente, entre otros.

EVALUACION

Esta etapa es decisiva dentro del proceso de atención de enfermería y supone la puesta en práctica de las decisiones que se hayan tomado en la etapa anterior, es decir, se ejecutan los cuidados que se ha decidido aplicar.

REGISTRO DE ENFERMERIA

Son el soporte documental donde queda anotada la valoración, el tratamiento y la evolución del paciente, reflejando la información sobre los cuidados de la atención enfermera, la planificación de actividades, la valoración de riesgos, el establecimiento de planes de cuidados y la preparación del paciente de cara al alta.

OBJETIVOS

Conocer la importancia profesional y legal de los registros de enfermería.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Describir la nomenclatura correcta en los registros de enfermería
- Demostrar que los registros de enfermería son también un instrumento para el desarrollo de la profesión.
- Exponer las repercusiones médico-legales implícitas en los mismos.

NORMAS

- Precisión y exactitud
- Legibilidad y claridad
- Simultaneidad

REGISTRO DE HOJA DE INGRESO DE ENFERMERIA

- Datos generales
- Datos subjetivos
- Datos objetivos
- Diagnóstico de enfermería
- Plan de cuidados
- Firma y sello de la enfermera



REFERENCIA BIBLIOGRAFICA:

- Antología Fundamentos de Enfermería II. Universidad Del Sureste
- Universidad Peruana. Cayetano Heredia
- <http://www.aentd.com>
- Clasificación de Resultados NOC Y de Intervención NIC. Profa. Ana Rosado RN.MSN
- Revista electrónica de Portales Médicos
- Umbral Científico. Universidad Manuel Beltrán. Colombia
- Normas básicas para la elaboración de registro de enfermería. Silvia García Ramírez, Ana María Navio Marco.
- Metas de Enfermería. Volumen 21. Febrero 2018. Hernández Esparza LC. Urbina Adriana. Enriqueta Cambero González