

PSICOLOGIA Y SALUD

Nombre del Alumno: Daniela Simeí Morales Jiménez

Nombre del tema: cuadro sinóptico Unidad 4 (EJECUCIÓN)

Parcial: I

Nombre del profesor: Lic. Rubén Eduardo Domínguez

Nombre de la Licenciatura: Lic. En Enfermería

Cuatrimestre: I I

4.1. LA PLANIFICACION DE CUIDADOS, FASES Y OBJETIVOS

Elaboración de estrategias diseñadas para reforzar, evitar, reducir o corregir las respuestas de la persona

FASES

Establecer prioridades

La clasificación de las prioridades son altas, intermedias o bajas, según el escenario donde se encuentre la persona y las condiciones de salud en las que esté.

Elaborar objetivos

El propósito de registrar los objetivos y los resultados esperados se centra en proporcionar una guía para las intervenciones enfermeras individualizadas y en formular estándares para determinar la eficacia de las intervenciones

Considerar los resultados cognitivos, psicomotores y afectivos

- ✓ Dominio afectivo
- ✓ Dominio cognitivo.
- ✓ Dominio psicomotor

Determinar los cuidados de enfermería

Los cuidados son las acciones pensadas para ayudar al individuo a progresar del estado presente de salud al que se describe en el objetivo y se mide en los resultados esperados. Las intervenciones las clasifican en independientes y de colaboración.

Documentar el plan de cuidados

La documentación también es el registro que la enfermera realiza de los componentes de un plan de cuidados en un formato especial, permite guiar las intervenciones de enfermería y registrar resultados alcanzados.

Los cuidados son las acciones pensadas para ayudar al individuo a progresar del estado presente de salud al que se describe en el objetivo y se mide en los resultados esperados.

Un diagnóstico de enfermería no es sinónimo de uno médico

Si las funciones de Enfermería tienen tres dimensiones, dependiente, interdependiente o de colaboración e independiente, según el nivel de decisión que corresponde a la enfermera

LA DIMENSIÓN DEPENDIENTE

Incluye aquellos problemas que son responsabilidad directa del médico que es quien designa las intervenciones que deben realizar las enfermeras. La responsabilidad de la enfermera es administrar el tratamiento médico prescrito.

LA DIMENSIÓN INTERDEPENDIENTE

Estos problemas se describirán como problemas colaborativo o interdependiente, y son complicaciones fisiológicas que las enfermeras controlan para detectar su inicio o su evolución y colaboran con los otros profesionales para un tratamiento conjunto definitivo.

LA DIMENSIÓN INDEPENDIENTE

Es toda aquella acción que es reconocida legalmente como responsabilidad de Enfermería, y que no requiere la supervisión o dirección de otros profesionales.

Son los Diagnósticos de Enfermería. (D.E.) Las independientes son todas aquellas acciones que son competencia exclusiva del profesional de enfermería, y es quien, con base en sus conocimientos y experiencia, toma decisiones que contribuyan a la solución del diagnóstico de enfermería o en un momento dado replantearlo

4.2. INTERVENCIONES INTERDEPENDIENTES DE COLABORACIÓN

4.3.
INTERVENCIONES
DE ENFERMERIA

INTERVENCION

Es la implementación del plan de cuidados, y también describe una categoría de conductas enfermeras en las que se ha iniciado y completado las acciones necesarias para conseguir los objetivos y los resultados esperados del cuidado enfermero.

Las Intervenciones de enfermería son todo tratamiento basado en el conocimiento y juicio clínico, que realiza un profesional de enfermería para favorecer el resultado esperado del paciente

SURGIMIENTO

En el año 1986 Mc Closley y Bulecheck

Crean un equipo de investigación cuyo objetivo era desarrollar una clasificación de las intervenciones de enfermería, necesidad surgida, ya que una vez realizado el diagnóstico, el profesional tenía la obligación de hacer algo al respecto

RAZONES PARA DESARROLLAR
INTERVENCIONES

- Ayudar al avance de la base del conocimiento y el descubrimiento de los principios que rigen lo conocido.
- Identificar las lagunas del conocimiento, que luego pueden ser tratadas por la investigación.
- Facilitar la comprensión.
- Mostrar el impacto que tienen los profesionales de enfermería en el sistema de prestación de cuidados.

CARACTERISTICAS

- ❖ Formulada de manera concisa, simple y concreta.
- ❖ Armoniza el diagnóstico enfermero y el objetivo.
- ❖ Afecta a la parte problema y / o a la parte causa del diagnóstico enfermero.
- ❖ Busca la progresión hacia la autonomía o el mayor bienestar de la persona.

REGISTRO DE ENFERMERÍA

constituyen una parte fundamental de la asistencia sanitaria, estando integrados en la historia clínica del paciente, lo que conlleva unas repercusiones y responsabilidades de índole profesional y legal, que precisa llevarlos a la práctica con el necesario rigor científico, que garantice la calidad de los mismos.

REGISTRO DE ENFERMERÍA

Son testimonio documental sobre actos y conductas profesionales donde queda recogida toda la información sobre la actividad enfermera referente al paciente, su tratamiento y su evolución

FUNDAMENTALES PARA

1. Desarrollo de la enfermería: La enfermería como disciplina profesional se desarrolla en base a la existencia de documentos a través de los cuales los profesionales dejemos constancia de todas las actividades que llevemos a cabo en el proceso de cuidados
2. Calidad de información: influye en la efectividad de la práctica profesional, por tanto, los registros de enfermería deben cumplir unos estándares básicos que favorezcan la eficacia de los cuidados en las personas y legitimen la actuación del profesional sanitario

4.4. REGISTROS DE ENFERMERIA

4.5. CRITERIOS DE CUMPLIMIENTO

PRECISIÓN Y EXACTITUD

Anotar todo de lo que se informa: Unos registros incompletos, podrían indicar unos cuidados de enfermería deficiente.

- Expresar sus observaciones en términos cuantificables.
- Los hallazgos deben describirse de manera meticulosa, tipo, forma, tamaño y aspecto
- Se debe hacer constar fecha, hora
- Firma legible de la enfermera responsable.

LEGIBILIDAD Y CLARIDAD

Deben ser claros y legibles, puesto que las anotaciones serán inútiles para los demás sino pueden descifrarlas.

- Si no se posee una buena caligrafía se recomienda utilizar letra de imprenta.
- Anotaciones correctas ortográfica y gramaticalmente
- Usar sólo abreviaturas de uso común y evitar aquellas que puedan entenderse con más de un significado,

SIMULTANEIDAD

Los registros deben realizarse de forma simultánea a la asistencia y no dejarlos para el final del turno.

- ❖ Evitando errores u omisiones.
- ❖ Consiguiendo un registro exacto del estado del paciente.
- ❖ Nunca registrar los procedimientos antes de realizarlos, puesto que estas anotaciones pueden ser inexactas e incompletas

HOJAS DE ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS

- Se debe 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, y pedir el nombre y apellidos del médico que lo prescribe; a continuación, registrarlos.

4.6. LA EVALUACION, RESULTADOS Y LOGOR DE OBJETIVOS

EVALUACION

Se inicia en el momento que el profesional de enfermería interacciona con la persona, la familia o la comunidad. La evaluación mide la respuesta de la persona a las acciones enfermeras con los resultados esperados establecidos durante la planificación.

ESTABLECIMIENTO DE CRITERIOS DE RESULTADOS

Los resultados esperados son afirmaciones de las respuestas graduales y progresivas o de la conducta de una persona que necesita seguir y conseguir.

Una vez concluido el intervalo especificado de la implementación de las intervenciones o completadas todas las intervenciones en el plan de cuidados, la enfermera evalúa la capacidad de la persona para demostrar su conducta o respuesta establecida en los resultados

EVALUACIÓN DEL LOGRO DE OBJETIVOS

Cuando un objetivo se ha cumplido, la enfermera sabe que las intervenciones han tenido éxito en cuanto a la mejora del bienestar del individuo, familia o comunidad. Los datos nuevos o las respuestas de la persona se comparan con los criterios de resultados para determinar si se han producido los cambios previstos

MEDIDAS Y FUENTES DE EVALUACIÓN

Son las habilidades de valoración y las técnicas empleadas para recoger los datos de la evaluación.

La valoración consiste en la recolección de datos. La evaluación se produce cuando compara los datos con los objetivos y realiza un juicio sobre el progreso de la persona. Por último, si el paciente ha logrado todos los objetivos establecidos y no se han identificado nuevos problemas, es que se ha logrado el propósito de los cuidados de enfermería