

Nombre de alumno: Mariana Guillen

Nombre del profesor: Maria del Carmen.

Nombre del trabajo: ENSAYO.

Materia: Fundamentos de enfermería.

Grado: 2°

Grupo: A

EJECUCION

A pesar de las profundas diferencias culturales, sociales y económicas entre distintos países, las prácticas profesionales y los instrumentos propios de la profesión de Enfermería se van difundiendo y generalizando con diversos ritmos, siguiendo el poderoso empuje de los procesos globalizadores de un mundo en continuo cambio. En las profesiones de servicio el objetivo de la acción es el beneficiario, es decir, la persona o grupo de personas hacia las que el profesional dirige su atención. La función prioritaria de la enfermera es cuidar del paciente y de la comunidad como profesional independiente que forma parte de un equipo multidisciplinar, asumiendo nuevos ámbitos y funciones profesionales en las que con frecuencia realiza funciones específicas de nexo de unión entre prestadores y receptores de cuidados, pues es así que dicha ejecución consta de varias actividades: validación y redacción del plan, brindar atención de enfermería y continuar con la recopilación de datos...

La enfermera o la estudiante pueden desear compartir el plan completo con el paciente, que es otra de las fuentes de validación. Este puede aconsejarla acerca de algún aspecto del plan que no le es aceptable. No todos los objetivos y planes se comparten con el paciente, pero siempre que sea posible se prefiere un acuerdo. Esto da al paciente la oportunidad de participar en la planeación de su propia atención. En resumen, para validar el plan se necesita de otro profesional capacitado y cuando sea posible, la aprobación del paciente, y llevar a cabo la ejecución del plan.

Cuando algunas acciones de enfermería se recomiendan para lograr un objetivo, se consideran como tratamientos Y se detallan en la sección correspondiente. Los tratamientos deben señalarse con número en la sección de acciones. Por ejemplo, un objetivo que señale que la úlcera de decúbito del paciente (úlceras de reposo).

¡Por fin! La enfermera tiene ahora un plan que estructura el cuidado que ofrecerá al paciente. En este momento puede proceder a dar la atención como se planeó. Sin embargo, en ocasiones aunque la enfermera haya desarrollado un plan con gran esfuerzo (en los hospitales parece ser la regla), pueden presentarse situaciones que interfieren con la ejecución del mismo. El paciente puede ser programado para una cirugía de urgencia o puede tener un dolor intenso que cambie las prioridades o pueden llegar visitantes y producir ansiedad en el paciente por estar con ellos. En tales casos, la enfermera no podrá ejecutar el plan de atención sin hacer algunas modificaciones.

ACTIVIDADES SEGÚN EL TIPO DE DIAGNÓSTICO ENFERMERO:

Real: Actividades encaminadas a la reducción, control o eliminación de las manifestaciones

Riesgo: Actividades encaminadas a la detección temprana de datos que indiquen el problema es real

Bienestar: Actividades para mantener o mejorar la situación.

FASAES DE LA EJECOSION.

Preparación.

Intervención.

Documentación.

FORMULACIÓN.

Formulación del Diagnóstico de Enfermería Formato PES. P expresa el problema o respuesta que presenta la persona (relacionado con) E etiología o factor relacionado (manifestado por) S signos y síntomas o manifestaciones del problema o respuesta.

LA PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS. FASES, OBJETIVOS (TAXONOMÍA NOC) E INTERVENCIONES (TAXONOMÍA NIC).

PLANEACIÓN

Sirve para la formulación de objetivos de independencia en base a las causas de dificultad detectadas.

Elección del modo de intervención.

Determinación de actividades que implique a la persona en su propio cuidado.

LA EJECUCIÓN SISTEMA DE ORGANIZACIÓN DEL TRABAJO ENFERMERO

EJECUCIÓN

Ayudar a la persona para mantener la salud, recuperarse de la enfermedad o morir en forma tranquila.

Las intervenciones son personalizadas, dependiendo de los principios fisiológicos, la edad, la formación cultural, el equilibrio emocional, la capacidad física y mental de la persona.

ETAPAS DEL PROCESO.

LA VALORACIÓN DEL PAE:

En esta etapa vamos a recoger y examinar la información sobre el estado de salud del trabajador, buscando evidencias de funcionamiento anormal o factores de riesgo que pueden generar problemas de salud.

DIAGNÓSTICO DEL PAE:

El Enfermero del Trabajo es un profesional que puede y debe de utilizar los diagnósticos enfermeros en el campo en el que desarrolla sus funciones y competencias, para una mejor y más eficaz atención enfermera hacia el trabajador, en las múltiples situaciones y problemas con los que se puede encontrar. La utilización de estos diagnósticos enfermeros en el ámbito de la salud laboral, los convierten en una pieza clave para combatir las patologías en este contexto, adquiriendo una importancia especial el uso de los diagnósticos potenciales, ya que al hacerlo, el Enfermero del Trabajo va a poder detectar situaciones problemáticas antes de que se produzcan y por lo tanto se podrán tomar medidas preventivas en el trabajador para evitar su aparición.

En esta fase se trata de establecer y llevar a cabo unos cuidados de enfermería, que conduzcan al trabajador a prevenir, reducir o eliminar los problemas detectados. Para ello, es necesario establecer primero una serie de objetivos, que nos ayuden a guiar y dar forma a la planificación, como:

Garantizar una adecuada comunicación.

Lograr una continuidad asistencial

Proporcionar las pautas de evaluación de la asistencia prestada al trabajador.

LA EJECUCIÓN DEL PAE:

En esta etapa se pone en práctica el plan de cuidados, teniendo en cuenta siempre unas prioridades en base a las necesidades y posibilidades del trabajador.

La puesta en marcha de estas actividades, va a requerir que el profesional de Enfermería realice a su vez una serie de acciones encaminadas a lograr una mayor eficacia en esta fase de ejecución:

Continuar con la recogida y valoración de datos.

Realizar las actividades de enfermería.

Anotar los cuidados que se prestan.

Mantener el plan de cuidados actualizado.

LA EVALUACIÓN DEL PAE

Este proceso de evaluación consta de dos partes:

- 1) Recogida de datos sobre el estado de salud/problema/diagnóstico que se quiere evaluar. Se trata de valorar y recoger información respecto a la situación actual y final de la lesión.

- 2) Comparación con los resultados esperados y un juicio sobre la evolución del trabajador hacia la consecución de los resultados esperados, comprobando si los resultados finales coinciden con los esperados o por el contrario no se han logrado los objetivos establecidos.

REGISTROS DE ENFERMERÍA

Los registros 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. Hacer el registro de los cuidados que la enfermería proporciona diariamente a los pacientes, es una tarea esencial, tanto para dar una adecuada calidad sanitaria como para el desarrollo de la profesión

PAE:

El Proceso de Atención de Enfermería (PAE), es el método científico aplicado en la práctica asistencial enfermera, que permite prestar cuidados de forma racional y sistemática, individualizando y cubriendo las necesidades del paciente, familia y comunidad. Este proceso dispone de cinco etapas interrelacionadas, abordadas desde la teoría de forma individual, pero superpuestas en la práctica diaria, y que son: VALORACIÓN, DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA, PLANIFICACIÓN, EJECUCIÓN, EVALUACIÓN

Cada una de las etapas del PAE, debe disponer de su correspondiente registro de enfermería constituyendo así:

- Un sistema de comunicación entre los profesionales del equipo sanitario.
- Calidad de cuidados, al poder compararse con determinadas normas de calidad.
- Un sistema de evaluación para la gestión de servicios enfermeros.

CRITERIOS DE CUMPLIMENTACIÓN

PRECISIÓN Y EXACTITUD:

Deben ser precisos, completos y fidedignos.

Los hechos deben anotarse de forma clara y concisa.

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, cuando existan dudas escribir completamente el término.

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

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.

Si otra enfermera administra medicación, también se deberá anotar su nombre y hora a la que lo realizó.

NORMAS PARA LA CUMPLIMENTACIÓN DE REGISTROS:

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.

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.

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.

CONCLUSION

El Proceso Enfermero puede ser una herramienta potente para afrontar situaciones adversas del equipo de Enfermería. Al igual que se evalúan los pacientes, puede ser valorada la función laboral del equipo de enfermeras en situación de riesgo de deterioro profesional.

La visión global de los procesos de salud y enfermedad constituye una característica fundamental de Enfermería, que adquiere una importancia especial en las nuevas funciones y obligaciones que asume la profesión en desempeños laborales muy especializados que, con frecuencia, reducen las funciones asistenciales y el cuidado directo de pacientes, en favor de tareas más técnicas y con menos contacto humano.

A pesar de los diversos desempeños laborales, esta visión holística extiende la capacidad de cuidar a todos los ámbitos de actuación enfermera, e incluso al propio equipo. El Proceso Enfermero constituye una herramienta poderosa y eficiente para diagnosticar, abordar y aplicar los cuidados de Enfermería, incluyendo la propia labor profesional.

Excelente día profe... espero y haya tenido unas bonitas vacaciones.