

**UNIVERSIDAD DEL SURESTE**

**EJECUCION**

**GILBER JOVANY GONZALEZ MIGUEL**

**FUNDAMENTOS DE ENFERMERIA**

**ELABORACION DE UN ENSAYO**

**2 "A"**

Este ensayo tratara sobre el tema “Ejecución”, como bien sabemos la ejecución es el inicio del plan de cuidados de enfermería para conseguir objetivos concretos, el periodo de ejecución empieza después de haberse desarrollado un plan de cuidados y está enfocado en el inicio de aquellas intervenciones de enfermería que ayudan al paciente a conseguir los objetivos anhelados, más adelante comprenderemos aún más acerca de este tema.

## Problemas Interdependientes o de Colaboración

Los problemas de colaboración o igual conocidos interdependientes o interdisciplinarios, este se basa en los problemas o situaciones de salud en los que la enfermera interviene colaborando con otros profesionales de la salud en su tratamiento y resolución.

En esta área de la práctica, se comprende tanto problemas reales como potenciales, el o la enfermera es plenamente responsable de su actuación, pero la responsabilidad del resultado final, así como el control de la situación y la autoridad para determinar las intervenciones que han de llevarse a cabo, recaen sobre el profesional con el que colabora, por lo que a la hora de redactar este tipo de problemas, la enfermería no marcará objetivos, sólo programará actividades.

Para calificar estas situaciones es necesaria e insustituible la utilización de la terminología médica, así dado que es esta la que mejor describe las alteraciones de la homeostasis biológica.

## Formulación

La formulación es un diagnóstico de enfermería del cual se requieren conocimientos, habilidades y actitudes profesionales, toda formulación debe estar basada en evidencias de la valoración de la enfermera, que va a describir el problema y su causa; éste tiene que ser específico y claro, debe reflejar el problema que la enfermera está autorizada a tratar, se utilizará una taxonomía de diagnósticos enfermeros (NANDA) y que además el lenguaje será legal y no transmitirá juicios de valor, tampoco debemos redactar un diagnóstico refiriéndonos a signos, inferencias, objetivos y necesidades del usuario o de la enfermera, enfermedades médicas, tratamientos, efectos secundarios de la medicación y pruebas diagnósticas.

## Planificación de cuidados, fases, objetivos (Taxonomía NOC) e intervenciones (Taxonomía NIC).

El plan de cuidados de enfermería con la interacción de las taxonomías NANDA, NIC y NOC facilita a los profesionales de enfermería la planificación de los cuidados y permite manejar un lenguaje estandarizado. La NANDA proporciona una clasificación diagnóstica que sirve de guía, a través de la cual, se unifica internacionalmente el lenguaje de enfermería.

La taxonomía NOC se utiliza para conceptualizar, denominar, validar y clasificar los resultados que se obtienen de la intervención de enfermería. Este lenguaje incluye resultados esperados, indicadores y escalas de medición. La taxonomía NIC, es una clasificación global y estandarizada de las intervenciones que realiza el profesional de enfermería, que tiene como centro de interés la decisión que tome para llevar a la persona al resultado esperado.

La metodología de trabajo del profesional de enfermería, debe conducir a establecer un cuidado eficiente y de calidad, elaborando planes de cuidado de enfermería, que garanticen la seguridad del usuario.

## Ejecución Sistema De Organización Del Trabajo Enfermero

Los sistemas de organización de cuidados son las formas de división del trabajo y asignación de responsabilidades. De este modo, nos vamos a centrar en los distintos sistemas de organización de cuidados tanto en atención especializada como en atención primaria, así como en sus ventajas e inconvenientes. Para ello, se ha realizado una revisión de la literatura científica en las bases de datos Scielo, Cochrane, Cuiden y Elsevier con los descriptores: organización y administración, atención de Enfermería, Enfermería primaria, estudios de casos organizacionales.

En la atención especializada podemos distinguir los siguientes sistemas de organización de cuidados:

Enfermería funcional: asignación de tareas.

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

Enfermería primaria: asignación única de usuarios. La enfermera primaria es la responsable del plan de cuidados de los usuarios que tienen asignados, así como de su aplicación durante las 24 horas del día y la enfermera asociada es aquella que se encarga de ello en ausencia de la enfermera primaria.

Gestión de casos: es un modelo avanzado que incluye planes de cuidados por trayectorias críticas, es decir, valoraciones de resultados esperados por días, coordinación con el equipo de salud ya que la figura del gestor de casos es la responsable del plan de cuidados por trayectorias críticas y de la coordinación con todos los profesionales implicados en la atención al usuario y por último continuidad de cuidados que va más allá de la estancia de un determinado servicio o período de ingreso en el hospital.

### Etapas del proceso.

El proceso del enfermero es un método sistemático y organizado de administrar cuidados de enfermería individualizados, que se centra en la identificación y tratamiento de las respuestas únicas de la persona o grupos a las alteraciones de salud reales o potenciales, este proceso logra delimitar el campo específico de enfermería que es el diagnóstico y tratamiento de las respuestas humanas, así como el campo de la colaboración con otros profesionales de la salud, y al utilizar el proceso, las enfermeras (os) emplean el pensamiento crítico, logran satisfacción profesional, brindan una atención holística e individualizada y comprometen a los usuarios en el cuidado de la salud.

El proceso del enfermero consta de cinco etapas: Valoración del paciente, Diagnóstico, Planeación, Ejecución, Evaluación del cuidado.

Etapa de Valoración del paciente: consiste en recolectar la información sobre el enfermo y su estado de salud, así como de la familia y comunidad, Los pasos para realizar la valoración son: Recolección, validación, organización y comunicación de los datos. Es un proceso continuo que debe llevarse a cabo durante todas las actividades que la enfermera (o) hace para y con el paciente.

Etapa de diagnóstico: El sistema más utilizado actualmente para realizar los diagnósticos de enfermería es el de las categorías diagnósticas de la NANDA (North American Nursing Diagnosis Association), para aquellos problemas de salud que se encuentran dentro del campo específico de enfermería. Se presenta entonces de la identificación de un problema de salud, susceptible de prevenirse, mejorarse o resolverse con el cuidado de enfermería.

Etapa de planeación: da inicio después de formular los diagnósticos de enfermería y problemas interdependientes y durante esta etapa se elaboran planes de cuidados que integran: problema de salud (diagnóstico de enfermería o problema interdependiente), objetivos, acciones de enfermería independientes e interdependientes y evolución.

Etapa de ejecución: durante esta etapa se identifica la respuesta del paciente y de la familia a las atenciones de enfermería y se debe conceder prioridad a la ayuda que se presta al paciente para que adquiera independencia y confianza en atender sus propias necesidades como las recomendaciones al salir del hospital son parte importante de las intervenciones de enfermería. Desde la etapa de valoración se debe obtener la información relativa a la forma de ayudar al paciente para que sea lo más autosuficiente posible, dentro de los límites ambientales, físicos y emocionales del momento que vive.

Etapa de evaluación del cuidado: esta etapa se debe estar presente durante la ejecución del cuidado, ya que es un proceso continuo que se define como la comparación planificada y sistematizada entre el estado de salud del paciente y los resultados esperados. Al medir el progreso del paciente hacia el logro de los objetivos, la enfermera (o) valora la efectividad de las actuaciones de enfermería. El proceso de evaluación tiene dos etapas: recolección de los datos sobre el estado de salud del paciente y comparación de los datos recogidos con los resultados esperados y el juicio sobre la evaluación del paciente hacia la consecución de los resultados esperados

## Registros de enfermería

El registro de enfermería es la herramienta a través de la cual se evalúa el nivel de la calidad técnico científica, humana, ética y la responsabilidad del profesional de enfermería que refleja no sólo su práctica, sino también el suplemento de los deberes del colectivo respecto al paciente o usuario. Las notas son una narración escrita, clara, precisa, detallada y ordenada de los datos y conocimientos, tanto personales como familiares que se refieren a un paciente y que sirven de base para el juicio definitivo de su enfermedad o estado de salud actual.

Es indispensable realizar una documentación fiable y válida que dé cuenta del estado de los enfermos y su correlación con los problemas de salud, intervenciones y resultados, que permita el análisis conjunto de los datos, genere nuevos conocimientos acerca de la calidad y utilidad de los cuidados que se brindan y proporcione información sobre la cual puedan tomarse decisiones para la asignación efectiva y eficaz de los recursos de enfermería y como también se constituye un imperativo hoy para los enfermeros, la apertura de una puerta que revele una modificación en el pensamiento y la conducta, que estimule las tareas de aprendizaje y el enfoque colectivo para el cambio cultural en su trabajo.

## Criterios de cumplimentación

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.

El proceso de seguimiento y evaluación de la capacitación práctica de los líderes para cumplimentar los registros de Enfermería en su área de trabajo duró diez días. En esta ocasión se evaluó el grado de cumplimiento y la calidad de la información del registro mediante la aplicación de la Cédula de Evaluación de Registros Clínicos, que incluye 64 ítems que califican aspectos de la calidad y grado de cumplimiento de los registros en función a lo establecido en la Norma Oficial Mexicana 004-SSA3-2012 del expediente clínico y se realizaron cinco evaluaciones del registro, una evaluación inicial y una semanal durante un mes.

Y como conclusión empiezo desde la visión global de los procesos de salud y enfermedad constituye una característica fundamental de Enfermería, ya 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 y 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.

La evaluación de resultados del Proceso Enfermero aplicada al propio desempeño profesional, con revisión continuada de diagnósticos e intervenciones por parte del equipo de enfermería, refuerza la cohesión de grupo, así mismo favoreciendo la resiliencia de las enfermeras y permite realizar un trabajo exigente, duro y continuado.