



**Nombre del alumno: Marleni Elizabeth
López Vázquez**

**Nombre del profesor: Rubén Eduardo
Dominguez**

Nombre del trabajo: Ensayo

Materia: Fundamentos de enfermería II

PASIÓN POR EDUCAR

Grado: 2º

Grupo: A

Comitán de Domínguez Chiapas a 12 de septiembre de 2018.

Ejecución

La ejecución es la cuarta etapa del plan de cuidados, donde se pone en práctica todos los cuidados elaborados por el enfermero como son la valoración de datos, hacer anotaciones de los cuidados de enfermería que en ellos existen diferentes formas, así mismo dar informes verbales, entre otros. Uno como enfermero/a tiene toda la responsabilidad en ejecutar el plan, donde obviamente se incluye al paciente, pero también a su familia, en esta etapa es donde se realizan todas las intervenciones enfermeras que son directamente dirigidas a solucionar problemas, dentro de ello se encuentra los tres tipos de diagnósticos que más adelante se estará hablando sobre ello para conocer en que consiste cada uno de ellos.

Así mismo en este ensayo conocerás sobre la Formulación del Diagnóstico de Enfermería Formato PES, también se hablará de la planificación de cuidados, sus fases, los objetivos y las intervenciones que son relacionados con la NANDA, el NIC y NOC, cabe recalcar que es importante conocer sobre ellos ya que implica el cuidado de una persona; no dejando atrás a las etapas del proceso tales como la valoración del PAE, el diagnóstico del PAE, la planificación del PAE, la ejecución del PAE y la evaluación del PAE. También es importante que conozcas sobre los registros de enfermería que se realiza diariamente tanto al paciente, como a su tratamiento y evolución, y por último tener en cuenta los criterios de cumplimentación que debe respetar un enfermero dentro del hospital, casa de salud o en donde este laborando.

Problemas Interdependientes/ De Colaboración

Existen tres tipos de diagnósticos que realiza un enfermero para determinar una posible solución al problema que presenta el paciente, el diagnóstico real consiste en el juicio clínico de un problema donde el paciente está presente en el momento, pues se basa en la presencia de signos y síntomas. El diagnóstico de riesgo es un juicio clínico en donde no existe un problema, pero si hay factores de riesgo que indican que hay probabilidad de que se desarrolle un problema a menos de que los enfermeros intervengan. Y por último está el diagnóstico de bienestar que es un juicio clínico donde se da la motivación y el deseo de aumentar el bienestar del paciente, es decir la recuperación.

Cada diagnóstico de enfermería consta de una etiqueta o el nombre del diagnóstico, una definición, las características definitorias, los factores de riesgo o los factores relacionados, mediante esto un enfermero puede obtener datos para verificar que problemas presenta el

paciente, pero también hay que ser seguros y precisos al momento de realizar estos diagnósticos, ya que una equivocación pueda costarle la vida del paciente.

Formulación

Los diagnósticos de enfermería se enuncian de acuerdo al formato PES. **P** significa problema de salud, que corresponde con la etiqueta diagnóstica. **E** significa etiología, en donde se va reflejando las causas que favorecen la aparición del problema de salud. **S** significa sintomatología, esta se constituye por los signos y síntomas que aparecen como consecuencia del problema presentado.

Estas tres partes se relacionan con otras mediante unos vínculos para construir un buen enunciado diagnóstico completo, es decir, problema de salud relacionado con (r/c) etiología y manifestado por (m/p) sintomatología. Pero hay que tener en cuenta que esto varía de acuerdo al tipo de diagnóstico que se trate, ya sea que se enuncien con una, dos o tres partes.

Si hablamos de un diagnóstico real, el enunciado será de las tres partes y quedaría de la siguiente manera: problemas de salud + etiología + sintomatología, por ejemplo: autoestima baja **r/c** separación del esposo **m/p** tristeza y culpa.

Mientras que el diagnóstico de riesgo, su enunciado consta de las dos primeras partes que serían: problema de salud + etiología, por ejemplo: riesgo de disfunción neurovascular periférica **r/c** fractura.

Por último, el diagnóstico de bienestar, el enunciado solamente consta de la primera parte y última quedaría de esta manera: problema de salud + sintomatología, por ejemplo: disposición para mejorar la nutrición **m/p** aporte adecuado de alimentos, aporte adecuado de líquidos. Estas etiquetas diagnósticas han sido tomadas de la NANDA.

La planificación de cuidados, fases, objetivos (taxonomía NOC) e intervenciones (taxonomía NIC)

La planeación sirve para la formulación de objetivos de independencia en base a las causas de dificultad detectadas, elección del modo de intervención y la determinación de actividades que implique a la persona en su propio cuidado. La NIC utiliza un lenguaje normalizado y global para poder describir tratamientos que han realizado los profesionales de enfermería,

es decir, que sirve para comunicar los buenos cuidados de enfermería a otros y así ayudar a mejorar la practica a través de la investigación.

Se sabe que la nueva clasificación internacional de intervenciones enfermeras (NIC) fue publicada en español a finales de noviembre de 2018 y contiene un total de 565 intervenciones, de las cuales han dicho que 15 son nuevas y otras 95 han sido revisadas. Además, se han agrupado las intervenciones centrales según 53 especialidades enfermeras en varios ámbitos de la practica tales como: enfermería de anestesia, de diabetes, de heridas, y ostomías (procedimiento quirúrgico en la que se realiza una apertura para un órgano hueco), de oncología (estudio del cáncer), de salud escolar, de salud laboral, gastroenterológica, neonatal, perioperatoria, etc.

Estas intervenciones pueden ser directas o indirectas. Intervención directa: consiste en el tratamiento que se le va realizando directamente al paciente y a la familia mediante de las acciones enfermeras que pueden ser fisiológicas, psicosociales o de apoyo; mientras que la intervención indirecta: consiste en el tratamiento realizado sin el paciente pero que sea en su beneficio.

Para tener mas claro acerca de las intervenciones de la NIC, daré un ejemplo:

Monitorización de los signos vitales: controlar periódicamente presión sanguínea, pulso, temperatura y estado respiratorio si procede, observar y registrar si hay signos y síntomas de hipotermia e hipertermia, controlar periódicamente la oximetría del pulso, observar periódicamente el color, la temperatura y la humedad de la piel e identificar causas posibles de los cambios en los signos vitales.

El NOC, tiene como objetivo identificar y clasificar los resultados de los pacientes que dependen directamente de las acciones enfermeras y que sean clínicamente de utilidad, así como también describe y obtiene resultados como consecuencia de la realización de intervenciones enfermeras, pues estos resultados representan los objetivos que se han planteado antes de efectuar las intervenciones. También facilita al obtener la comprensión de resultados y la inclusión de indicadores específicos para evaluar y puntuar los resultados obtenidos con el paciente.

La taxonomía NOC se utiliza para conceptualizar, denominar, validar y clasificar los resultados que se obtienen de la intervención de enfermería e incluye indicadores y escalas de medición relacionando con el dolor que pueda sentir el paciente. Todo tipo de resultados NOC recogidos incluirá las siguientes partes:

Etiqueta: es el nombre o denominación del resultado, que hace referencia de algún diagnóstico NANDA o intervención NIC. El código taxonómico: es un número de 4 cifras exigencias del Real Decreto 1093/2010, de 3 de septiembre, en el cual se aprueba el conjunto mínimo de datos de los informes clínicos en el Sistema Nacional de Salud. Los indicadores: son el número variable de criterios de evaluación para el resultado, es decir dan una idea del estado del paciente respecto del resultado expresado por la etiqueta. La escala de valoración: una escala de Likert de 5 elementos (del 1 al 5), siendo el valor 1 el más desviado de la normalidad y el 5 el más deseable.

Por ejemplo, para el diagnóstico de dolor agudo, el resultado de enfermería (NOC) sería: intensidad del dolor.

La ejecución sistema de organización del trabajo enfermero

La ejecución consiste en ayudar a la persona para mantener una buena salud, que se pueda recuperar de la enfermedad o simplemente morir de una forma tranquila, así como también las intervenciones son personalizadas que van dependiendo de los principios fisiológicos, la edad, la formación cultural, el equilibrio emocional, la capacidad física y mental de la persona.

La etapa de ejecución no solo consiste en aplicar los cuidados de enfermería correspondiente a las intervenciones, sino que también lleva a otras actividades como son continuar con la recogida y valoración de datos, el registro de los cuidados de enfermería ya realizados, dar a conocer el estado de salud de nuestros pacientes al resto de profesionales sanitarios que están en su atención, obviamente esto se hace con informes verbales para dar una mejor explicación.

Un enfermero tiene mucha responsabilidad con el paciente, pues en todo momento se tiene que documentar y comunicar la situación del estado de salud de la persona, se realiza todo un registro en el cual se tiene en cuenta la valoración de enfermería, los diagnósticos de enfermería, resultados NOC e intervenciones NIC. También se puede mencionar que existen dos tipos de planes de cuidados que son: planes individualizados en donde se documentan la valoración, diagnósticos, resultados NOC e intervenciones NIC para un paciente particular; mientras que, en los planes estandarizados, los planes son protocolos generales perfeccionados, que resultan útiles cuando hay un problema en relación con una respuesta humana alterada, aunque una de sus ventajas es que sean más eficaces y facilitan el ejercicio clínico.

Etapas del proceso

La valoración del PAE, en esta etapa se recoge y examina información sobre el estado de salud del trabajador, en el cual se van buscando evidencias de algún funcionamiento anormal o algún factor de riesgo que pueda generar problemas de salud. Existen dos tipos de valoraciones que son la Valoración Global o Inicial y la Valoración Focalizada o Continua, pues la primera es la que cubre todas las perspectivas de valoración enfermera, es decir, la primera valoración que se le realiza a un paciente, la segunda consiste en que se centra más en situaciones clínicas o problemas de salud.

La valoración también se divide en cuatro fases: la primera consiste en la recolección de datos y esto se obtiene mediante del paciente, familia o comunidad, haciendo referencia a su estado de salud, para obtener estos datos se hace mediante una entrevista, la observación y la exploración física que hace el enfermero hacia el paciente, la segunda fase es la validación de los datos que consiste en confirmar que los datos obtenidos sean verdaderos, la tercera fase es donde la información es recogida y será agrupada, para que así se facilite y oriente la etapa de diagnóstico, y por último la cuarta fase es el registro de la valoración en ello se establece un sistema de comunicación entre el personal sanitario, y también se valida un testimonio legal.

El diagnóstico del PAE, es otra etapa en donde es una explicación que describe el estado de salud o alguna alteración real o potencial en los procesos vitales de una persona (fisiológico, psicológico, sociológico, de desarrollo y espiritual). Para realizar este diagnóstico tiene que pasar por una serie de etapas como la recogida de datos estadísticos, la detección de señales/ patrones y cambios en el estado físico, también el establecimiento de posibles hipótesis que podrían haber causado señales o patrones previos.

La planificación del PAE, se trata de establecer y llevar a cabo los cuidados de enfermería, que conduzcan al trabajador a prevenir, reducir o eliminar los problemas detectados, para llevar a cabo una buena planificación es necesario garantizar una adecuada comunicación, lograr una continuidad asistencial y proporcionar pautas de evaluación.

La ejecución del PAE es donde se pone en práctica el plan de cuidados, como ya mencionaba anteriormente continuar con la recogida y valoración de datos, realizar actividades de enfermería, anotar cuidados que se prestan y mantener el plan de cuidados actualizados, es decir, esta al pendiente del paciente.

La evaluación del PAE, esta dividida en dos partes la primera consiste en obtener datos sobre el estado de salud/problema/diagnostico que se quiere evaluar y la segunda consiste en la comparación con resultados esperados y un juicio sobre la evolución del trabajador hacia la consecución de los resultados esperados.

Registros de enfermería

Hacer registros de los cuidados que la enfermería proporciona diariamente a los pacientes, debe ser una tarea esencial para quien lo tenga, cada una de las etapas del PAE dispone de un registro de enfermería para que así se constituya una buena comunicación entre los profesionales del equipo sanitario. Se sabe que un registro de enfermería son actos y conductas profesionales que se recogen información sobre lo que realiza la enfermera con el paciente, desde su tratamiento hasta su evolución.

Para ello se toma en cuenta el desarrollo de la enfermería, donde esta se desarrolla a base de la existencia de documentos a través del cual el profesional deja evidencia de todas las actividades que lleva a cabo en el proceso de cuidados, así como también la calidad de información donde influye en la efectividad de la práctica que tiene un profesional, por lo que se deben cumplir estándares básicos donde se favorezcan la buena eficacia de los cuidados en las personas y la actuación del profesional sanitario.

Criterios de cumplimentación

La precisión y exactitud deberán ser precisos, completos y fidedignos, cualquier hecho debe ser anotado de una manera clara y concisa, también se deberá expresar las observaciones en términos cuantificables, cualquier hallazgo debe describirse del tipo, forma, tamaño y aspecto, algo muy importante anotar la fecha y hora, y la firma legal de la enfermera responsable, en pocos términos anotar todo lo que se informa.

Legibilidad y claridad, esto se refiere a ser claros y legibles, ya que esto puede ser útil para demás personas, para ello la letra deberá ser muy buena y entendible y sino es así se deberá utilizar letra de imprenta, en caso necesario usar solo abreviaturas de uso común y evitar aquellas en donde tengan mas de un significado, si quieres corregir algún documento jamás utilices correctores ni emborronar, lo correcto seria tachar solamente con una línea y aun lado anotar error y con la firma de la enfermera responsable, para que así no haya problemas con alguna información, también deberá llevar firma y categoría profesional legible, así como no dejar espacios en blanco, ni mucho menos escribir entre líneas.

Simultaneidad, los registros que se realicen deben ser al momento de la asistencia y no dejarlos para al final del turno, para así evitar errores y conseguir un registro exacto del estado del paciente que le tocara al siguiente enfermero, tampoco debes anotar procedimientos antes de haberse realizado, ya que esas anotaciones no sean las correctas.

Hojas de administración de medicamentos, en ello se debe anotar toda la información acerca de cualquier medicamento, para cada uno de ellos que se administre se debe anotar fecha, hora y las iniciales de la enfermera que está a cargo del paciente, sino comprendes sobre lo que lees debes recurrir a la persona quien lo escribió para que te aclare de lo que dice y comprendas mejor, no se deben tomar ordenes verbales o telefónicas, pero si es necesario anotar el nombre y apellidos del medico que lo prescribe, si en caso de que otra enfermera administre medicación al paciente también debe anotar su nombre y hora al momento que lo realizo.

Si bien ya conocimos todo lo relevante para llevar a cabo un buen proceso de atención al paciente, si en caso no sabes de lo que vas hacer o por los nervios se te olvida, es mejor pedir ayuda a otro enfermero o médico para que te ayude y así evitas cometer errores ya sea de administrar algún medicamento incorrecto, dar un diagnostico tanto real, de riesgo como de bienestar que no sean los correctos, es decir, que el paciente no presente esos signos y síntomas. Como enfermeros debemos saber formular muy bien un diagnostico tanto del NANDA, NIC y NOC, y para ello debemos poner en practica para sacar diagnósticos de diferentes enfermedades, porque como bien dicen “la practica hace al maestro”, también debemos respetar todas las normas y criterios que se nos indiquen y ser muy profesionales en nuestra labor, porque para eso estudiamos esta carrera para prepararnos lo suficiente y tener en cuenta que esto no será fácil al inicio de nuestras prácticas.

Bibliografía:

<https://enfermeriablog.com/diagnosticos-enfermeros/>

<https://www.salusplay.com/apuntes/apuntes-de-metodologia-y-terminologia-nanda-noc-nic/tema-2-uso-de-un-resultado-noc>

<https://www.salusplay.com/apuntes/apuntes-de-metodologia-y-terminologia-nanda-noc-nic/tema-6-etapa-de-ejecucion#:~:text=La%20etapa%20de%20ejecuci%C3%B3n%20no,los%20cuidados%20de%20enfermer%C3%ADa%20realizados.&text=Actualizar%20el%20plan%20de%20cuidados%20de%20enfermer%C3%ADa>.

<https://www.salusplay.com/apuntes/apuntes-de-metodologia-y-terminologia-nanda-noc-nic/tema-3-definicion-formulacion-y-tipos-de-diagnosticos-nanda-i/resumen>

<https://www.elsevier.com/es-es/connect/enfermeria/edu-diagnostico-enfermero-las-caracteristicas-definitorias>