



**Nombre del alumno: Vanessa Yoselin
López Gómez**

**Nombre del profesor: Rubén Eduardo
Domínguez García**

Nombre del trabajo: Ejecución

**Materia: Fundamentos de enfermería
II**

Grado: 2°

Grupo: "A"

EJECUCIÓN

Problemas Interdependientes/ De Colaboración.

Hay actividades según sea el tipo de diagnóstico:

Real: son actividades encaminadas a la reducción o eliminación de manifestaciones.

Riesgo: Son actividades a la detección de datos las cuales indican el problema.

Bienestar: Son aquellas actividades para mejorar.

La ejecución tiene como fases: La preparación, intervención y documentos.

Formulación

El formato PES significa: (P) Expresa el problema que presenta la persona, (E) Es la etiología o factor, (S) signos o síntomas.

Problema R/C Etiología M/P Signos

La Planificación De Cuidados. Fases, Objetivos (Taxonomía NOC) E Intervenciones (Taxonomía NIC).

PLANEACIÓN

Sirve para la formulación de objetivos en base a las causas, así como también la elección del modo de intervenciones y determinación de actividades.

La Ejecución Sistema De Organización Del Trabajo Enfermero

EJECUCIÓN

- Es la ayuda al paciente para mantener su salud, recuperarse de alguna enfermedad o ya sea morir de forma tranquila.
- Las intervenciones son personalizadas de dependiendo de edad, forma cultural, equilibrio emocional y capacidad física o mental.

Etapas Del Proceso.

LA VALORACIÓN DEL PAE:

En esta etapa se recoge y examina la información sobre el estado de salud, y se buscan evidencia de funcionamiento anormal o factores de riesgo que pueden generar problemas de salud. Esta etapa es de mucha importancia ya que se pone en marcha toda la capacidad, experiencia y conocimientos.

DIAGNÓSTICO DEL PAE:

El enfermero ya es un profesional que puede y debe utilizar los diagnósticos en el campo que desarrolla sus funciones. La utilización de los diagnósticos enfermeros en el ámbito de la salud laboral ya que los convierten en una pieza clave para combatir las patologías,

adquiriendo una importancia en el uso de diagnóstico ya que al hacerlo su trabajo es detectar situaciones problemáticas antes que se produzcan y se pueden tomar medidas preventivas, por ello los diagnósticos tienen una gran importancia en el campo de prevención.

PLANIFICACIÓN DEL PAE:

Para los objetivos previstos de la vigilancia de la salud, es necesario una adecuada planificación conforme a los riesgos laborales a los que están expuestos los trabajadores, en esta fase se trata de establecer y llevar a cabo unos cuidados de enfermería para que el trabajador conduzca a prevenir, reducir o eliminar los problemas, ya que para eso es necesario restablecer primero una serie de objetivos como por ejemplo:

- Garantizar una adecuada comunicación.
- Lograr una continuidad asistencial
- Proporcionar las pautas de evaluación de la asistencia prestada al trabajador

El enfermero debe de saber que su planificación debe de estructurarse en tres fases que son:

1. Debe de haber un orden de prioridades en el tratamiento de los problemas.

Se recomienda que un plan de cuidados correcto debe contemplar por un lado los diagnósticos de enfermería, después habrá que priorizar los cuidados, identificando correctamente cuales son los más urgentes.

2. Los objetivos a conseguir.

Debe de centrarse en la toma de las medidas preventivas oportunas, orientarse en el estudio y vigilancia del diagnóstico.

3. Las acciones de enfermería

Se ponen en marcha las intervenciones de enfermería, que son los cuidados que se realizan y son dirigidas a promover pautas de comportamiento que favorecen a la salud.

LA EJECUCIÓN DEL PAE:

En esta etapa se pone en práctica el plan de cuidados, teniendo en cuenta unas prioridades en base las necesidades y posibilidades, para estas actividades requiere de un profesional en enfermería que realice una serie de acciones encaminadas a lograr una mayor eficacia como:

Continuar con la recogida y valoración de datos, realizar las actividades, anotar los cuidados, y mantener el plan de cuidados actualizado.

LA EVALUACIÓN DEL PAE:

Consta de dos partes que son:

- La recogida de datos sobre el estado de salud, problema y diagnóstico que se quiere evaluar, se trata de valorar y recoger información con respecto a la situación actual y final.
- La comparación con los resultados esperados y un juicio sobre la evolución.

Registros De Enfermería.

Constituyen una parte fundamental de la asistencia sanitaria, al hacer el registro de los cuidados que la enfermería proporciona diariamente a los pacientes. Por ello, los profesionales, deben conocer no sólo el adecuado cumplimiento de los registros sino también la legislación que afecte tanto a usuarios como a los profesionales de la salud. El Proceso de Atención de Enfermería es el método científico aplicado en la práctica asistencial enfermera, que permite prestar cuidados de forma racional y sistemática. Este proceso consta de cinco etapas que son:

- Valoración
- Diagnóstico
- Planificación
- Ejecución
- Evaluación

Cada una de estas etapas debe disponer de su correspondiente registro de enfermería constituyendo un sistema de comunicación entre los profesionales del equipo sanitario.

Se debe clasificar las necesidades y demandas de los pacientes según el modelo de cuidados, en base al modelo de cuidados, se desarrolla el plan de cuidados pudiendo ser estandarizado o no estandarizado.

Los registros de enfermería son un testimonio documental sobre actos y conductas profesionales donde queda recogido la información sobre la actividad referente al paciente su tratamiento y su evolución son fundamentales para el desarrollo de enfermería, se desarrolla en base a la existencia de documentos a través de los cuales los profesionales dejan constancia de todas las actividades que se lleva a cabo en el proceso de cuidados. Calidad de información, influye en la efectividad de la práctica profesional, por lo tanto los registros deben cumplir unos estándares básicos. Todas las normas para mejorar la calidad de información tienen como base principios éticos, profesionales y legislativos.

Criterios De Cumplimentación.

PRECISIÓN Y EXACTITUD:

- Deben ser precisos, completos.
- Los hechos deben anotarse de forma clara.
- Deben 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 de la enfermera responsable.

Unos registros incompletos, podrían indicar unos cuidados de enfermería deficiente.

LEGIBILIDAD Y CLARIDAD:

Deben ser claros y legibles ya que las anotaciones serán difíciles para los demás descifrarlas.

- Si no se posee una buena caligrafía se recomienda utilizar letra de imprenta.
- Correctas ortográfica.
- 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.

- Evitar errores.
- Conseguir 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 los que se administre ya que se debe anotar fecha y hora y iniciales de la enfermera responsable.
- Si en caso las órdenes médicas no están claras, se debe pedir que el medico las aclare.
- No se deben tomar órdenes verbales o telefónicas

NORMAS PARA LA CUMPLIMENTACIÓN DE REGISTROS:

Aquello que no se debe anotar:

- Los adjetivos que califiquen conductas o comportamientos del paciente.
- No hacer referencia a la escasez de personal ni a los conflictos entre compañeros.
- No intentar explicar que se ha producido un error.
- No mencionar que se ha redactado un informe de incidencias
- No anotar que se ha informado a compañeros o superiores de determinados hechos.