



**Nombre del alumno:** Mireya López  
Vázquez

**Nombre del profesor:** RUBEN EDUARDO  
DOMINGUEZ GARCIA

**Nombre del trabajo:** problemas  
interdependientes de colaboracion

**Materia:** Fundamnetos de enfermeria II

**Grado:** 1

**Grupo:** A

## FORMULACION.

Es la segunda fase del proceso de cuidados de enfermería [PAE] esto se refiere a la identificación de un problema y para poder lograrlo debemos realizar la recogida de datos en si realmente podemos decir que expresa el problema o respuesta de la persona de la cual podemos decir que se va relacionando con E etiología o factor relacionado [manifestado por] S signos y síntomas o manifestaciones del problema o respuesta .

## PLANIFICACION DE CUIDADOS DE ENFERMERIA.

Durante la planificación podemos identificar los objetivos del paciente como lo que es establecer la prioridad y desarrollar los resultados esperados de los cuidados y seleccionar las intervenciones para el plan de cuidados de enfermería de la cual los objetivos y resultados nos lo proporciona una orientación clara para una selección clara para la orientación clara para la selección y la utilización de las intervenciones de enfermería y evaluación de una efectividad de las mismas.

- Planeación en si nos sirve para realizar la formulación de objetivo de independencia en base a las causas de la dificultad detectadas.
- Elección del modo de intervención.
- Determinación de actividades que implique a las personas en su propio cuidado.

## EJECUCION

Es en esta etapa cuando realmente se pone en práctica el plan de cuidados elaborado. La ejecución implica las siguientes actividades enfermeras: Continuar con la recogida y valoración de datos. profesional de enfermería realiza las actividades de enfermería para las intervenciones que se elaboraron en el paso de la PLANIFICACIÓN y después será el paso de la ejecución registrando las actividades de enfermería y las respuestas del paciente. Aunque el enfermero puede actuar en nombre de la persona a su cuidado, los modelos profesionales apoyan la participación del paciente, familia o comunidad como en todas las fases de un PAE,

de tal forma que podemos realizar las habilidades de la ejecución que son diferentes tipos de habilidad.

**Habilidades cognitivas interpersonales y técnicas;** se dicen que estas actividades en sí son diferentes, pero en las prácticas los estudiantes usan diferentes combinaciones dependiendo de las actividades

**Habilidades cognitivas;** son la resolución del problema, la toma de decisiones, el pensamiento crítico de la cual son de manera esencial para poder realizar los cuidados de enfermería de forma segura e inteligente le podríamos decir.

**Habilidades interpersonales;** son todas las intervenciones que se realizan directamente con otras de tal acción de enfermería que se realiza dependiendo en gran medida de la capacidad del profesional de enfermería de comunicarse con otros.

**Habilidades prácticas;** De tal forma son la utilización de equipos o instrumental, la administración de inyectables, o la colocación de vendajes, y mover, levantar y cambiar de posición a los pacientes. Estas habilidades reciben también el nombre de procedimientos o habilidades psicomotoras. De tal manera que psicomotor es el componente interpersonal, por ejemplo, la necesidad de comunicarse con el paciente.

El proceso de ejecución se realiza en los siguientes pasos:

- Nueva valoración del sujeto de cuidado.
- Determinar la necesidad de intervención del profesional de enfermería.
- Ejecutar las intervenciones de enfermería.
- Supervisar los cuidados delegados.
- Registrar las intervenciones de enfermería.

## ETAPAS DEL PROCESO.

Primeramente ablaemos de que es el proceso de valoración; se define como el sistema de la práctica de Enfermería en el sentido de que proporciona el profesional de Enfermería de tal forma que utiliza sus opiniones, conocimientos y habilidades para diagnosticar y tratar la respuesta del paciente a los problemas reales o potenciales de la salud, es por esto que el Proceso de Enfermería se convierte en uno de los más importantes de la disciplina profesional de Enfermería, de tal forma que es fundamentado en el método científico, ya que a partir del contexto, datos y experiencias se valora una situación de salud, se realiza una problemática que se diagnóstica. También es un proceso puesto que las necesidades de cuidado de las personas son cambiantes, mejoran, empeoran, aumentan, disminuyen, dependiendo de la situación de salud o enfermedad, del tipo de necesidad, lo que lleva a que se realicen varios procesos de Enfermería para un mismo objetivo

El Proceso de Enfermería está constituido por una cinco de etapas que son: valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación donde cada una se relaciona al cuidado del paciente.

**valoración;** vamos a recoger y examinar la información sobre el estado de la salud del paciente, la información para tener la obtención de datos pueden ser; historial médico del paciente, el propio paciente, su familia o alguna persona relacionada con él. Esta información nos va permitir ser la base para la toma de decisiones que se lleve a cabo.

**Diagnóstico;** En esta etapa se llega a una conclusión en la que se relaciona a la valoración desde el punto de vista de la enfermería de los datos llevada a cabo en la proceso anterior, El diagnóstico de enfermería puede ser distinto del diagnóstico médico. De tal forma que se convierte en la información de importancia ya que es aquí donde podemos detectar el diagnóstico de nuestro paciente.

**Planificación;** En esta tercera etapa, una vez realizada la información de las diversas etapas que anteriormente se mencionaron y realizado un diagnóstico de enfermería se establecen los cuidados de enfermería que se van a realizar de tal forma que es

importante realizar primero una serie de objetivos que nos permitan guiar y dar forma a una planificación. Como los que son los siguientes puntos a mencionar.

- Garantizar una adecuada comunicación.
- Lograr una continuidad asistencial.
- Proporcionar las pautas de evaluación de la asistencia prestada al paciente el enfermero tiene que tener claro que su planificación debe ser estructuradas en tres fases;

**1. Orden de las prioridades en el tratamiento de los problemas.** De tal forma que en esta fase es recomendable que un buen plan de cuidados sea correcto debe llevar por un lado los diagnósticos de enfermería y por otro lado los problemas clínicos que ya existan, después de ello habrá que hacerse verificar los cuidados identificando correctamente cuáles son más urgentes y prioritarios para la salud del paciente.

**2. Objetivos a conseguir;** el personal de enfermería debe verificar bien en la toma de medidas de prevención oportunas, orientarse bien en el estudio y vigilancia del diagnóstico precoz vigilar bien la evolución y junto con el médico. Para realizar dichos objetivos el enfermero debe tener en cuenta el patrón funcional o la respuesta para poder centrar los objetivos directamente con el paciente.

**3. Acciones de enfermería;** es aquí donde ponemos en marcha las intervenciones de enfermería que en sí son los cuidados que se van a realizar, en sí es promover las pautas al comportamiento favorecedoras de la salud preventivas de la enfermedad y las protectoras de riesgo medio ambientales, de tal forma que el objetivo principal es estimular al paciente a adoptar los hábitos laborales y tomar sus propias decisiones para poder proteger su salud y mejorar las sus condiciones de salud.

**Ejecución;** en esta etapa ponemos en práctica el plan de cuidados teniendo en cuenta siempre las prioridades en base a las necesidades y responsabilidad del trabajador. de la misma manera se realizan una serie de acciones para lograr con mayor eficacia esta etapa de ejecución;

- Continuar con la recogida de datos y valoración de datos.
- Realizar las actividades de enfermería.
- Anotar los cuidados que se prestan.
- Mantener el plan de cuidados actualizado.

**Evaluacion;** es aquí donde podemos determinar el estado del paciente que corresponde a los resultado que esperabamos se valora si la evolución es correcta o se deben realizar cambios en las decisiones tomadas. La evaluación requiere el examen de varios aspectos como: el examen físico del paciente, el análisis del historial clínico y la entrevista con el paciente, entre otros. Este proceso consta de de dos partes.

1. Recojida de datos sobre el estado de salud/problema/diagnostico que es necesario evaluar, en si se trata de evaluar y recoger informacion respecto a la situacion actual y final de la lesion o problema que padecia el paciente.
2. Comparacion conn los resultados esperados y un juicio sobre la evolucion del paciente hacia las consecucion de los resultados esperados comprobando los resultados finales coinsiden con los esperados o por lo contrario desir que no se han logrado los objetivos.

## REGISTRO DE ENFERMERIA.

Esto va conformando la evidencia escrita de los cuidados relacionados al paciente, son por excelencia un medio de comunicación y coordinación entre los profesionales de la salud, su realización correcta permite la continuidad de los cuidados y la seguridad del paciente. Esto constituye una parte fundamental de la asistencia sanitaria estando integrados en la historia clinica del paciente lo que nos permite las responsabilidad legal del profecional . estos nos va proporcionando diariamente a los pacientes, de tal forma que esto es una tarea esencial tanto como para un adecuad calidad sanitaria tanto como para el desarrollo de la profecion .

Esto es un metodo cientifico aplicado en la practica asistencial enfermera que nos permite prestar cuidados de forma racional y sistematica de tal manera cubriendo las necesidaes del paciente tanto cono su familia y comunidad.

Los registros de enfermeria son en si el testimonio documental sobre los actos y conductas profesionales donde recogida toda informacion sobre alguna actividad enfermera.

Tanto como son fundamentales para el desarrollo de enfermeria como la disciplina profesional se desarrolla en base a la existencia de documentos a traves de los cuales los profesionales dejen constancia de todas las activiades que se lleven a cabo en el proceso de cuidados.

Tanto como la calidad de la información es registrada que influye en la efectividad de la práctica profesional por lo tanto los registros de enfermería deben cumplir con los estándares básicos que favorezcan los cuidados a las personas, de estas formas podemos mejorar la calidad de información.

## CRITERIOS DE CUMPLIMENTACION

Deben ser de precisión y exactitud de tal forma que anotar los registros incompletos pueden indicar unos cuidados de enfermería deficientes.

- Deben ser precisos completos.
- Se debe hacer constar fecha y hora.
- Firma legible de la enfermera responsable.

Debe ser con legibilidad y claridad puesto que las anotaciones serán inútiles para los demás sino se pueden descifrar en.

- Anotaciones correctas y buena ortografía.
- Usar abreviaturas de uso común.
- Si no posee de una buena caligrafía se recomienda utilizar letra de imprenta.

Hojas de administración de medicamentos.

- Se debe anotar toda información de los medicamentos para cada uno de los que se vayan administrar.
- Si otra enfermera administra medicación también se deberá anotar su nombre y hora a la que se realizó.
- Si las órdenes médicas no están claras o la caligrafía no es legible se debe pedir al médico que las aclare y leer la prescripción.