



PASIÓN POR EDUCAR

Nombre del alumno:

Yulisa Guadalupe Domínguez Astudillo

Nombre del profesor:

Rubén Eduardo Domínguez García

Nombre del trabajo:

Elaboración de Ensayo

Materia:

Fundamentos de Enfermería

Grado:

2 semestre

Grupo:

“D”

PASIÓN POR EDUCAR

Problemas independientes/de colaboración

Las actividades de depende mucho del Diagnóstico Enfermero:
Independientes o problemas de colaboración
Intervenciones propias e intervenciones prescritas por el médico.
Por ejemplo:

- **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 real.
- **Bienestar:** Actividades para mantener o mejorar la situación.

Fases de la ejecución:

- Preparación
- Investigación
- Documentación

FORMULACIÓN

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

La planificación de cuidados. Fases, Objetivos (Taxonomía NOC) E Intervenciones (Taxonomía NIC).

Planeación

- Sirve para la formación de objetivo de independencia en base a las causas de dificultad.
- 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.

Las etapas del proceso

La valoración del PAE:

Esta etapa es de mayor importancia porque aquí es donde se recoge y examinan 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:

La utilización de estos diagnósticos enfermeros en el ámbito de la salud laboral, los convierten en una pieza clave para combatir la patología en este contexto, adquiriendo una importancia especial el uso de los diagnósticos potenciales, ya que al hacerlo el enfermero del trabajo va a detectar situaciones problemáticas antes de que se produzcan y por lo tanto se podrán tomar medidas preventivas.

Planificación del PAE:

En esta fase se trata de establecer y llegar a cabo unos cuidados de enfermería, que conduzcan al trabajador a prevenir, reducir o eliminar los problemas detectados.

Para eso es necesario de tomar en cuenta una serie de objetivos, para que nos ayuden a guiarnos y poderle dar forma a la planificación.

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

Por lo tanto, el enfermero debe de tener en cuenta que su planeación debe de estructurarse en tres fases, por ejemplo:

1. Orden de prioridad en el tratamiento de los problemas.
2. Objetivos a conseguir.
3. Acciones de enfermería.

La ejecución del PAE:

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.

Deben de realizar 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:

Esta valoración se divide en dos partes que son:

1. Recoger datos sobre el estado de salud/problema/diagnóstico que se quieren evaluar.
2. Comparación con los resultados esperados y un juicio sobre la evolución del trabajador hacia la consecución de los resultados esperados.

Registros de enfermería

Constituyen una parte fundamental de la asistencia sanitaria, están integrados en la historia clínica del paciente, lo que conlleva unas repercusiones y responsabilidades de índole profesional y legal.

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

Son testimonios documentales sobre actos y conductas profesionales donde queda recogida toda la información sobre la actividad enfermera referentes al paciente, su tratamiento y su evolución.

Son fundamentales para:

1. El desarrollo de la enfermería.
2. Calidad de información.

Criterio de cumplimiento:

Presión 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 metódica, tipo, tamaño y aspectos.
- Se debe hacer constar fecha, hora.
- Firmar legible de la enfermera responsable

*Anotar todo lo que se le informe:

*Legibilidad y claridad:

- Si no se posee una caligrafía se recomienda utilizar letra de imprenta.
- Anotar correctamente ortografía y gramaticalmente.
- Usar solo abreviatura de uso común y evitar aquellas que pueden entenderse con más de un significado.
- No utilizar líquidos correctores ni emborronar.
- Firmar y categoría profesional legible
- No dejar espacios en blanco, ni escribir entre líneas.

*Simultaneidad:

- Evitando errores u omisiones
- Consiguiendo un registro exacto del estado del paciente
- Nunca registrar los procedimientos antes de realizar, puesto que estas anotaciones pueden ser inexactas e incompletas.

Hojas de administración de medicamentos:

- Se debe de anotar toda la información acerca de los medicamentos.
- Se las ordenes médicas no están claras o la caligrafía es ilegible, se debe pedir al medico que las aclare y lea la prescripción.
- No se deben tomar órdenes verbales o telefónicas.
- Si otra enfermera administra medicamento también se debe anotar su nombre y hora a la que lo realizo.

Normas para la complicación 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. Ej.: El paciente se muestra agresivo verbalmente con el personal de enfermería, en lugar de paciente agresivo
- 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 Ej.: Informes de caídas No referirse al nombre u otros datos personales de los compañeros de habitación en el registro de otro paciente, esto atenta contra la confidencialidad
- 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.