



PASIÓN POR EDUCAR

**Nombre del alumno: Rodolfo Román
barrera López**

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

**Nombre del trabajo: ensayo de la unidad
4**

Materia: fundamento de enfermería II

Grado: 2 cuatrimestre

Grupo: LEN10SDC221-A

unidad IV

ejecución

4.1.- problemas interdependientes/ de colaboración.

Actividades según el tipo de diagnóstico enfermero:

- Real: actividades encimas a la reducción, control o eliminación de las masticaciones.
- Riesgo: actividades encaminadas a la detección temprana de datos que indiquen el problema es real.
- Bienestar: actividades para mantener o mejorar la situación.

Interdependientes o problemas e intervenciones prescritas por el médico.

Plan establecido aceptación y participación del paciente objetivos identificados recursos existentes conocimientos y habilidades del equipo.

Fases de la ejecución.

- Preparación
- Intervención
- Documentación

4.2.- formulación

En formato PES. Expresa P problema (relacionado con) E etiología o factor relacionado (manifestado por) S signos y síntomas o manifestaciones del problema o respuesta.

Diagnostica las necesidades básicas del ser humano por medio de NADA.

4.3.- la planificación de cuidados. Fases, objetivos (taxonomía NOC) E intervenciones (taxonomía NIC)

Planeación.

- Sirve para la formulación de objetivos de independencia en base a las causas de dificultad detectadas.
- Elección del modo de intervención.
- Determinación de actividades que impliquen a la persona en su propio cuidado.

4.4.- la ejecución sistemas de organización del trabajo del 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.

4.5.- etapas del proceso.

La valoración del PAE:

Es la etapa más importante ya que se recoge y examina la información sobre el estado de salud, ya que así se va buscando evidencias anormales o algún factor de riesgo que afecte la salud para así poner en marcha los conocimientos que se tenga.

Diagnóstico del PAE:

El enfermero debe utilizar los diagnósticos en el campo para desarrollar las funciones y competencias que debe ejercer en la atención hacia el paciente para combatir las múltiples situaciones y problemas que se encuentran, los diagnósticos ya que es la clave importante en todo el aspecto porque con ello se puede detectar las enfermedades más objetivas y es por eso que tienen una gran importancia y a contribuir en el beneficio del paciente.

Planificación del PAE:

nos ayuda a alcanzar los objetivos previstos, y es por eso que es necesario hacer una adecuada planificación a los riesgos a los que está expuesto el paciente, es por eso que se hace un plan para poder prevenir las enfermedades más evidentes dándole forma a la planificación, como:

- Garantizar una adecuada comunicación.
- Lograr una continuidad asistencial
- Proporcionar las pautas de evaluación de la asistencia prestada al trabajador. El enfermero debe tener una planificación bien estructurada en base a tres formas.

- 1) Orden de prioridades en el tratamiento de los problemas. se recomienda un plan de cuidados correctos, así como los diagnósticos y por otro lado los problemas clínicos y enseguida se verá cual de todo ellos es más urgentes.
- 2) Objetivos a conseguir. El personal de enfermería debe concentrarse en las medidas de prevención mediante la vigilancia del diagnóstico precoz para así debe de tener presente el patrón funcional o la respuesta humana alterna y así cerrar las metas en el cliente.
- 3) Acciones de enfermería. Ya en este paso se toma acciones en la salud y los posibles riesgos al igual enseñar al paciente cuidados básicos para que se sienta mejor y sea más rápida.

la ejecución del PAE:

para este punto se pone en marcha el plan de cuidados teniendo como prioridades las necesidades y posibilidades del cliente.

Para que se lleve a cabo es necesario que el enfermero realice acciones para lograr una mayor eficacia en esta fase

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

La evaluación del PAE:

consta de dos partes.

- Recogida de datos sobre el estado de salud/problema/diagnóstico que se requiere evaluar.
- Comparación de los resultados esperados y juicio de la evaluación para así comparar los resultados esperados.

Coinciden con los esperados por que así se ve si se cumplió los objetivos establecidos. Y si se logra todo el paciente puede llegar incapacitado ya sea parcial o totalmente ya sea en qué estado este el paciente.

4.6 registros de enfermería.

Contribuye a una gran parte a los registros sanitaria, con ello lleva en parte historia clínica y eso nos lleva a las percusiones y responsabilidades de índole profesional y legal y con ello garantizar rigor científico y una buena calidad.

El llevar un registro proporciona tareas enceníceles hacia los pacientes ya sea en los cuidados sanitarios en el desarrollo profesional es por eso los profesionales de la salud deben de conocer el cumplimiento de los registros y la legislación vigente que afecte tanto usuario así a los profesionales de la salud es por es que el (PAE) Proceso de Atención de Enfermería es el método científico que se aplica en la práctica asistencial enfermera ya que ello nos permite aplicar cuidados en forma sistemática y racional, individualizando y cubriendo las necesidades del pacientes, familia y comunidad. El proceso dispone de las cinco etapas que en la práctica diaria son: valoración, diagnóstico de enfermería, planificación, ejecución y evaluación.

Cada una de esas etapas debe de tener su registro de enfermería contrayéndose así:

Un sistema de comunicación entre los profesionales sanitarios

Calidad de cuidados, un sistema de evaluación para la gestión de servicios enfermeros y así lograr la investigación en formación pre/post-grado en forma legal. Para así poder organizar y registrar las etapas. Cada una de las demandas y necesidades se deben de calificar por medio de las necesidades básicas de Virginia Henderson o patrones funcionales de Gordon y en base de lo recolectado se hace los cuidados, para ir conociendo el proceso del paciente en cada momento de su evolución.

Los registros son testimonios documentados sobre actos y conductas profesionales donde queda recogida la información de su tratamiento y evolución. Son fundamentales para:

- Desarrollo de la enfermería: se va desarrollando por medio de documentación y por medio de esto va constando de las actividades realizadas en el proceso de cuidado o ya bien para pasar la información sobre el proceso de cuidado para que pueda mejorar cada uno de los cuidados que se presta y así se va diferenciando los diferentes tipos de atención hacia el paciente de cada enfermero y poder transformar los cuidados básicos a un poco más científicos.
- Calidad de información. Contribuye en la efectividad de la práctica profesional y es por eso que los registros deben de cumplir con estándares básicos para poder cumplir la eficacia de los cuidados de las personas. Toda esa información tiene como base los

principios éticos, profesionales y legislativos fundamentales, como el derecho de intimidad, confidencialidad, autonomía y la información del paciente.

4.7.- criterios de cumplimentación.

Precisión y exactitud:

- Debe ser precisos, complementos 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.

Anotar todo lo que se anota ya que si no se anota todo podría catalogarse como deficiente.

Legibilidad y claridad: ya que no será legible para los demás.

- Si no posee una buena caligrafía se recomienda utilizar letra imprenta.
- Anotaciones correctas ortográfica y gramaticalmente.
- Usar abreviaturas cuando hay duda usar el término.
- Corregir errores tachando con una línea y anotar a lado con firma de la enfermera responsable.
- Firma y categoría profesional legible:
- No dejar espacios en blancos, ni escribir entre líneas.

Simultaneidad. El registro debe ser simultaneo y no dejarlo para el otro día.

- Evitando errores u omisiones.
- Consiguiendo un registro exacto del estado del paciente.
- No registrar ante de implementarlos

hoja de administración de medicamentos.

- Anotar la información del medicamento y se debe anotar fecha, hora e iniciales del enfermero.
- Debe ser claro y legible la caligrafía del medicamento.
- No tomar órdenes verbales de medicamentos si es el caso anotar el nombre del médico.

- Si otra enfermera administra medicamento deberá colocar su nombre y hora en la que administro.

Normas para la cumplimenta de registros;

Aquello que no se debe anotar.

- Los adjetivos que califique la conducta del paciente, no se debe descalificar al paciente.
- No hacer referencia con los escasos de personal menos los conflictos entre ellos.
- No expresar que se ha cometido errores dentro en alguna forma.
- No mencionar que sea redactado un informe de incidencias
- No mencionar que se les ha informado a superiores de información informal o situaciones no apropiados.

Bibliografía: libro del 4 punto de UDS.