



Nombre del alumno: Tsug. Sady Judith Rodríguez Monzón.

Nombre del profesor: Lic. Rubén Eduardo Domínguez García.

Nombre del trabajo: ensayo.

Materia: fundamentos de enfermería II.

PASIÓN POR EDUCAR

Grado: 2

Grupo: Lic. En enfermería.

Frontera Comalapa Chiapas a 13 de febrero de 2022.

ENSAYO SOBRE EJECUCIÓN.

Antes que nada recordemos que el diagnóstico es el segundo paso del PAE (proceso atención enfermero) donde se recogen los datos y se analizan para la valoración de cada individuo independientemente, ojo no es la enfermedad sino las respuestas de esta que puede ser tratada para su eliminación o mejorar la calidad de vida.

La definición más exacta por la NANDA internacional dice que <<un diagnóstico enfermero es un juicio clínico formulado por enfermeras, para las respuestas del individuo, familia o comunidad sobre las afecciones o procesos vitales>>.

Siendo la enfermera o enfermero el responsable de establecer y ejecutar el plan de cuidados manteniendo un monitoreo del paciente ante la respuesta del plan seleccionado, a pesar de que existe un patrón a seguir cada diagnóstico es personalizado debido a que cada paciente puede responder de distinta manera y a ello se debe ir adecuando el siguiente paso o intervención.

Por tanto entendemos que:

PROBLEMAS INTERDEPENDIENTES/ DE COOLABORACION.

Son las actividades a realizar según el tipo de diagnóstico enfermero, el diagnóstico enfermero proporciona la base para seleccionar las intervenciones enfermeras para lograr resultados de los cuales el enfermero es responsable.

Existen diferentes etapas para su creación.

- ☞ Recogida de datos estadísticos relevantes para desarrollar un diagnóstico.
- ☞ Detección de señales/patrones y cambios en el estado físico.
- ☞ Establecimiento de posibles hipótesis alternativas que podrían haber causado señales o patrones previos.
- ☞ Validación.
- ☞ Diagnóstico

FORMULACION.

Cada diagnostico cuenta con una etiqueta o nombre, una definición, características definitorias, factores de riesgo y/o factores relacionados. Y según el formato PES (elaborado por Marjory Gordon) se define así:

P= Problema de salud, que corresponde a la etiqueta diagnóstico.

E= Etiología, donde se reflejan las causas que favorecen la aparición del problema de salud.


S= Sintomatología, formado por los signos y síntomas que aparecen como consecuencia del problema.


Cada una de estas partes se vincula con la otra para formular el enunciado diagnóstico completo, quedando de la siguiente manera:


Problema de salud relacionado con **(r/c)** etiología y manifestado por **(m/p)** sintomatología.

Cuando las intervenciones no pueden eliminar la etiología que causa el problema de salud, se enfocara en la reducción de los síntomas.

Los diagnósticos se definen en:

 Real: actividad encaminada a la reducción, control, o eliminación de las manifestaciones. P+R/C+M/P.

 Riesgo. Procesos vitales/estados de salud que pueden desarrollarse en un futuro. P+R/C.

 Bienestar. Actividad para mantener o mejorar la situación interdependiente o problemas de colaboración. P+M/P.

INTERVENCIONES (NIC) Y TAXONOMIA (NOC).

La clasificación de intervenciones enfermeras recoge las intervenciones de enfermería en consonancia con el diagnostico enfermero adecuadas al resultado a obtener.

La NIC utiliza un lenguaje normalizado y global para describir los tratamientos que realizan los profesionales de enfermería desde la base de que el uso del lenguaje normalizado no inhibe la práctica. Las intervenciones pueden ser.

- ☞ Directa, tratamiento que se realiza directamente con el paciente y/o familia a través de las acciones enfermeras. Estas acciones enfermeras pueden ser fisiológicas, psicosociales o de apoyo.
- ☞ Indirecta. Tratamiento realizado sin el paciente pero en su beneficio.

NOC. La clasificación de resultados de enfermería (NOC) incorpora una terminología y estándares para describir y obtener resultados como consecuencia de las intervenciones enfermeras. Estos resultados representan los objetivos planteados antes de realizar las intervenciones; también utiliza un lenguaje estándar universal facilitando la comprensión de los resultados obtenidos con el paciente.

Uno de los objetivos de los NOC es de identificar y clasificar los resultados de los pacientes que dependen directamente de las acciones enfermeras y que sean clínicamente de utilidad.

LA EJECUCION.

Cuarta fase del plan de cuidados, etapa en la que se pone en práctica el plan de cuidados. La ejecución implica las siguientes actividades enfermeras.

- Continuar con la recogida y valoración de datos.
- Realizar las actividades de enfermería.
- Anotar los cuidados de enfermería (existen distintas formas, como son dirigidas hacia los problemas.
- Dar los informes verbales de enfermería.
- Mantener el plan de cuidados actualizado.

Ayuda a la persona a mantener la salud y recuperarse de la enfermedad o morir de forma tranquila.

Las intervenciones son personalizadas pues cada persona tiene diferentes creencias religiosas, así como equilibrio emocional y cultural entre otros.

ETAPAS DEL PROCESO.

1- VALORACIÓN DEL PAE. Se recoge y examina la información sobre el estado de salud del trabajador. Buscando anomalías en el funcionamiento o factores de riesgo que generen problemas de salud. Esta es la fase de mayor relevancia por lo que es importante poner o aplicar todo el conocimiento posible.

2- DIAGNOSTICO DEL PAE. Se debe de ocupar los diagnósticos enfermeros en el campo donde se desarrollan sus funciones y competencias para una eficaz atención enfermero hacia el paciente, y seleccionar el adecuado puesto que existen múltiples situaciones o problemas. Los diagnósticos potenciales tienen una enorme importancia en el campo de la prevención y su uso contribuirá de forma clave en el beneficio del trabajador.

3-PLANIFICACION DEL PAE. En esta fase se trata de establecer y llevar a cabo cuidados de enfermería que conduzcan al trabajador a prevenir, a reducir, o la eliminación de los problemas detectados. Para esto se establecen los siguientes objetivos que ayudaran a guiar y dar forma a la planificación como:

- Garantizar una adecuada comunicación.
- Lograr una continuidad asistencial.
- Proporcionar las pautas de la evaluación de la asistencia prestada al trabajador. El enfermero debe tomar en cuenta que se efectúa en 3 fases.
 - Orden de prioridades en el traumatismo de los problemas. Se debe contemplar un diagnóstico de enfermería y por otro lado los problemas clínicos existentes.
 - Objetivos a conseguir. El personal de enfermería deberá centrarse en la toma de medidas preventivas oportunas, orientadas en el estudio y vigilancia del diagnóstico precoz, vigilar la evolución y tomar conjuntamente con el medico del trabajo, medidas correctas y oportunas, para elaborar este trabajo no se debe olvidar el patrón funcional o la respuesta humana alterada y centrar los objetivos directamente en el trabajador.
 - Acciones de enfermería. Se ejecutan las intervenciones de enfermería que no son más que los cuidados que se van realizar, en nuestro caso dirigidas a promover pautas de comportamiento favorecedoras de la salud, preventivas de la enfermedad y denominadas “educación sanitaria”.
Su objetivo es estimular al trabajador a adoptar y mantener hábitos laborales inocuos usando adecuadamente el equipo de trabajo y tomando decisiones propias.

4-LA EJECUCION DEL PAE. Se pone en prácticas el plan de cuidados teniendo en cuenta prioridades en base a las necesidades y posibilidades del trabajador.

Se requiere que el profesional de enfermería realice ciertas acciones encaminadas a lograr una mayor eficacia en et 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.

5-LA EVALUACION DEL PAE. Consta de dos partes.

1. Recogida de datos sobre el estado de salud/problema/diagnóstico que se requiere evaluar se trata de valorar y recoger la información en relación a la situación actual y final de la lesión o problema.
2. Comparación con los resultados esperados y un juicio sobre la evolución del trabajador hacia la consecuencia de los resultados esperados, comprobando si los resultados finales coinciden con lo esperado. O sino se logró establecer le objetivo.

REGISTRO DE ENFERMERIA.

Son el soporte documental donde queda anotada la valoración, el tratamiento y la evolución del paciente, reflejando la información sobre los cuidados de lña atención enfermera, la planificación de actividades, la valoración de riesgos, el establecimiento de planes de cuidados y la preparación del paciente de cara al alta.

Los registros son documentados jurídico/legales requerimiento de la autoridad amparada en México por la Norma Oficial mexicana 004/ssa3/2012, del expediente clínico (1)

Dicha norma señala que un registro de enfermería ha de cumplir con criterios básicos como la identificación del paciente, hábitos, graficas de signos vitales, administración de medicamentos, procedimientos realizados, valoración del dolor y el riesgo de caídas , las observaciones de los profesionales y las firmas de quien lleva a cabo el registro , estos registros son de obligado cumplimiento en todas las instituciones de salud en México y son responsabilidad del enfermero.

CRITERIO DE CUMPLIMIENTOS.

Precisión 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 meticulosa , tipo, forma, tamaño, y aspecto.
- Se debe hacer constar fecha y hora
- Firma legible de la enfermera responsable.

Anotar todo lo que se informa, los registros incompletos indican unos cuidados de enfermero de forma deficiente "lo que no está escrito, no está hecho".

Debe de ser claro y legible puesto que las anotaciones serán inútiles si no se pueden descifrar.

- Si no se posee buena caligrafía usar letra de imprenta.
- Anotaciones correctas ortográfica y gramaticalmente.
- Usar solo abreviaturas de uso común y evitar aquellas que pueda entenderse con más de un significado, cuando existan dudas escribir completamente el término.
- No utilizar líquidos correctores ni emborronar. Corregir tachando solamente con una línea para que sean legibles a lado del error. Con firma de la enfermera responsable.
- Firma y categoría profesional legible inicial del nombre más los dos apellidos completos.
- No dejar espacios en blanco ni escribir entre líneas.

BIBLIOGRAFIA.

www.enfermeriablog.com

cuadernillo proporcionado por la institución,

www.yoamoenfermeriablog.com

www.enfermeria21.com