

**Nombre del alumno:**

**Diana Jaxem Hernández Morales**

**Nombre del profesor:**

**Rubén Eduardo Domínguez García**

**Nombre del trabajo:**

**Mapa conceptual**

**Materia:**

**Fundamentos de enfermería I**

**Grado:**

**“1”**

**Grupo:**

**“A”**

# Problemas Interdependientes/ De Colaboración

Actividades según el tipo de diagnóstico enfermero:

**Real**

Actividades

Encaminadas a la reducción, control o eliminación de las manifestaciones.

Intervenciones

Propias e intervenciones prescritas por el médico.

Plan establecido

Aceptación y participación del paciente  
Objetivos identificados  
Recursos.

**Riesgo**

Actividades

Encaminadas a la detección temprana de datos que indiquen el problema es real.

**Bienestar**

Actividades

Para mantener o mejorar la situación.

## Formulación

Formulación

Del Diagnóstico de Enfermería  
Formato PES.

**P** expresa

Expresa el problema o respuesta que presenta la persona (relacionado con) E etiología o factor relacionado.

manifestado por

**S** signos y síntomas o manifestaciones del problema o respuesta.

Ejemplo

**P** Autoestima baja, relacionado con (r/c) E Separación del esposo, manifestado por (m/p) **S** tristeza y culpa (signo y síntoma).

## FASAES DE LA EJECUSION

Preparación

Intervención

Documentación

# 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 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.

# Etapas Del Proceso

La

## VALORACIÓN DEL PAE

En esta etapa

Vamos a recoger y examinar 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 las patologías.

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.

## PLANIFICACIÓN DEL PAE

Esta fase se

Trata de establecer y llevar a cabo unos cuidados de enfermería, que conduzcan al trabajador a prevenir, reducir o eliminar los problemas detectados.

Debe

De estructurarse en tres fases:

1.

**Orden de prioridades en el tratamiento de los problemas.**

2.

**Objetivos a conseguir**

3.

**Acciones de Enfermería.**

## LA EVALUACIÓN DEL PAE

Este proceso

De evaluación consta de dos partes

Recogida de

Datos sobre el estado de salud/problema/diagnóstico que se quiere evaluar.

Comparación con los resultados esperados y un juicio sobre la evolución del trabajador.

## LA EJECUCIÓN DEL PAE

En esta

Tapa se pone en práctica el plan de cuidados.

Teniendo en

Cuenta siempre unas prioridades en base a las necesidades y posibilidades del trabajador.

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.

# Registros De Enfermería

Los registros de

Enfermería constituyen una parte fundamental de la asistencia sanitaria, estando integrados en la historia clínica del paciente.

Hacer el registro

De los cuidados que la enfermería proporciona diariamente a los pacientes.

Es una tarea

Esencial, tanto para dar una adecuada calidad sanitaria como para el desarrollo de la profesión.

El

**Proceso de Atención de Enfermería (PAE)**

Es el método

Científico aplicado en la práctica asistencial enfermera, que permite prestar cuidados de forma racional y sistemática.

Individualizando

Y cubriendo las necesidades del paciente, familia y comunidad.

Este proceso

Dispone de cinco etapas interrelacionadas, abordadas desde la teoría de forma individual, pero superpuestas en la práctica diaria.

Los cuales son

**VALORACIÓN, DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA, PLANIFICACIÓN, EJECUCIÓN, EVALUACIÓN.**

Para poder

Organizar y registrar cada una de las etapas del proceso de atención de enfermería.

Debemos clasificar

Las necesidades y demandas de los pacientes, según un modelo de cuidados, siendo los más utilizados.

Necesidades Básicas

De Virginia Henderson o Patrones Funcionales de Gordon.

En base al modelo

De cuidados escogidos, se desarrollará el plan de cuidados de enfermería pudiendo ser estandarizado o no estandarizado.

Los registros de enfermería

Son testimonio documental sobre actos y conductas profesionales donde queda recogida toda la información

Sobre

La actividad enfermera referente al paciente, su tratamiento y su evolución.

Desarrollo de la enfermería

La enfermería como disciplina profesional se desarrolla en base a la existencia de documentos .

Calidad de información

La calidad de la información registrada, influye en la efectividad de la práctica profesional.

# Criterios De Cumplimentación

## 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, hora.

Firma

Legible de la enfermera responsable.

## LEGIBILIDAD Y CLARIDAD

Deben ser

Claros y legibles, puesto que las anotaciones serán inútiles para los demás.

Si no se posee

una buena caligrafía se recomienda utilizar letra de

Anotaciones

Correctas ortográfica y gramaticalmente.

Usar sólo

Abreviaturas de uso común y evitar aquellas que puedan entenderse con más de un significado.

No utilizar líquidos

Correctores ni emborronar, Corregir los errores, tachando solamente con una línea, para que sean legibles, anotar al lado error.

Firma y categoría

Profesional legible: Inicial del nombre más dos apellido completo.

No dejar

Espacios en blanco, ni escribir entre líneas.

## SIMULTANEIDAD

los registros

Deben realizarse de forma simultánea a la asistencia y no dejarlos para el final del turno.

Evitando errores u omisiones.

Consiguiendo

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 anota

TODA la información acerca de los medicamentos, para cada uno de ellos que se administre.

Se debe anotar

Fecha, hora y las iniciales de la enfermera responsable.

Si las órdenes

Médicas no están claras o la caligrafía es ilegible, se debe pedir al médico que las aclare y lea la prescripción.

No se deben

Tomar órdenes verbales o telefónicas, en caso necesario, repita la orden confirmándola

Si otra enfermera

Administra medicación, también se deberá anotar su nombre y hora a la que lo realizó.

## NORMAS PARA LA CUMPLIMENTACIÓN DE REGISTROS

Los adjetivos

Que califiquen conductas o comportamientos del paciente, deben especificar que se refieren a dicha conducta o comportamiento.

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,

No anotar que se ha

Informado a compañeros o superiores de determinados hechos, si esta información se ha producido de forma informal.