

NOMBRE DEL ALUMNO: Rosalba Mazariegos López

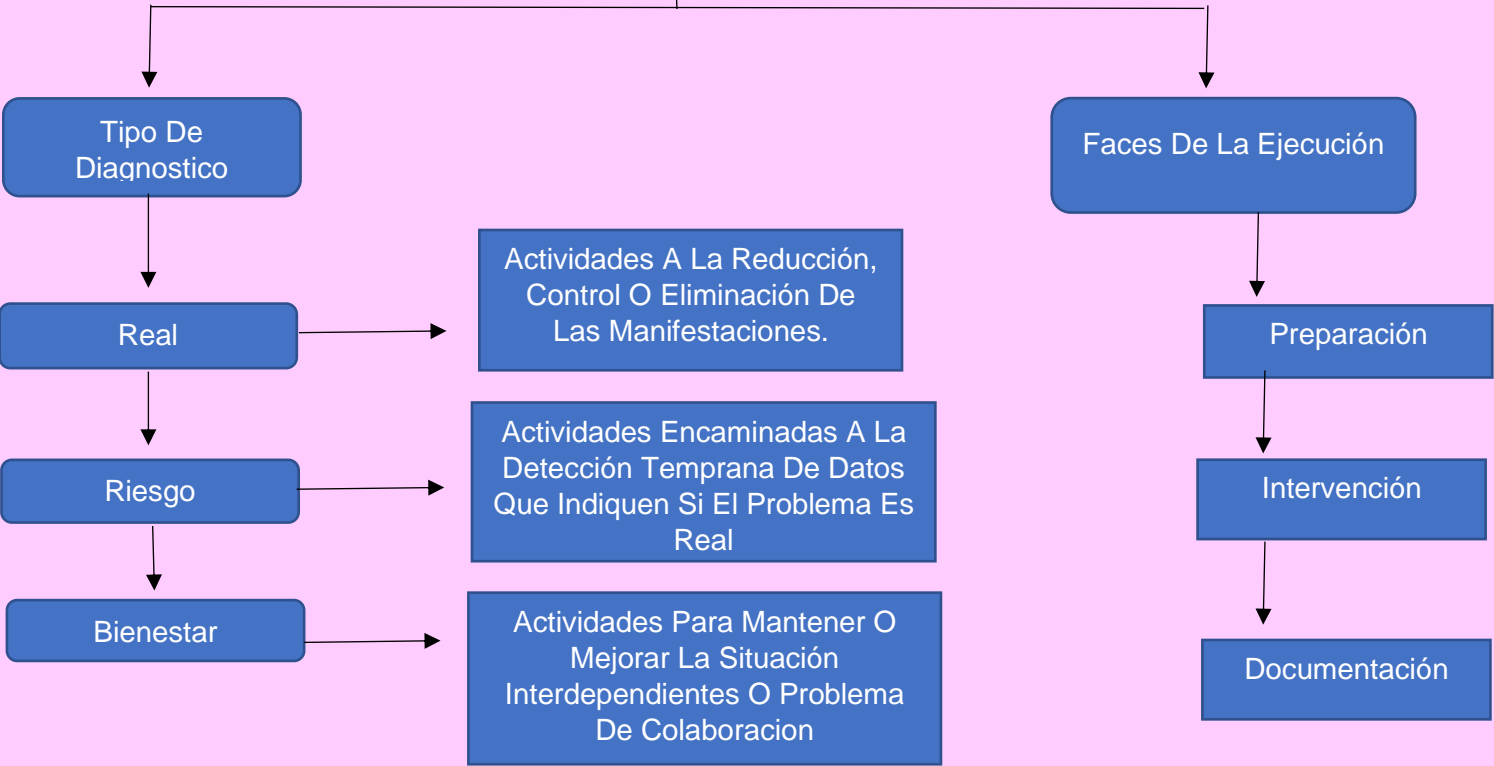
NOMBRE DEL PROFESOR: Eduardo Rubén Domínguez Gracia

PARCIAL: 4 Parcial

CUATRIMESTRE: 2 Cuatrimestre

FECHA DE ENTREGA: Domingo 3 De Abril De 2022

PROBLEMAS INDEPENDIENTES/DE COLABORACION



FORMULACION

Formulación Del Diagnóstico De Enfermería Formato PES.

Expresa El Problema O Respuesta Que Presenta La Persona.

Relacionado Con Etiología/Manifestado Por/Signos Y Síntomas.

PLANIFICACION DE CUIDADOS

Planeación

Sirve Para La Formulación De Objetos De Independencia En Base De La Causas De Dificultad Detectadas

Elección De Modo De Intervención

Determinación De Actividades Que Impliquen A La Persona En Su Propio Cuidado

EJECUCION

Ayudar A La Persona Para Mantener La Salud.

Las Intervenciones Son Personalizadas Dependiendo De Los Principios Fisiológicos.

## ETAPAS DEL PROCESO

### Valoración

En Esta Etapa Se Recogen Y Se 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

### Diagnostico

El Enfermero Debe Y Puede Utilizar Los Diagnósticos, La Utilización De Estos Diagnósticos En El Ámbito De La Salud Los Convierten En Una Pieza Clave Para Combatir Las Patologías, Adquiriendo Una Importancia Especial, Al Hacerlo Se Puede Detectar Situaciones Problemáticas Y Por Lo Tanto Se Podrán Tomar Medidas preventivas

### Planificación

En 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. Para Ello, Es Necesario Establecer Primero Una Serie De Objetivos, Que Nos Ayuden A Guiar Y Dar Forma A La Planificación

### Evaluación

Esta Proceso Consta De Dos Partes:

1. Recogida de datos sobre el estado de salud/problema/diagnóstico que se quiere evaluar. Se trata de valorar y recoger información respecto a la situación actual y final de la lesión o problema que padecía el trabajador.
2. Comparación con los resultados esperados y un juicio sobre la evolución del trabajador hacia la consecución de los resultados esperados, comprobando si los resultados finales coinciden con los esperados o por el contrario no se han logrado los objetivos establecidos

# REGISTRO DE ENFERMERIA

Constituye

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.

Registro De Enfermería Son:

Testimonio Documental Sobre Actos Y Conductas Profesionales Donde Queda Recogida Toda La Información Sobre La Actividad Enfermera

Son Fundamentales Para:

La Enfermería Como Disciplina Profesional Se Desarrolla La Existencia De Documentos A Través De Los Cuales Posibilitan El Intercambio De Información Sobre Cuidados, Mejorando La Calidad De La Atención Que Se Presta Y Permitiendo Diferenciar La Actuación Propia, De La Del Resto Del Equipo; Manifestando Así El Rol Autónomo De La Enfermería.

La Calidad De La Información Registrada, Influye En La Efectividad De La Práctica Profesional, Por Tanto, Los Registros De Enfermería Deben Cumplir Unos Estándares Básicos Que Favorezcan La Eficacia De Los Cuidados En Las Personas Y Legitimesen La Actuación Del Profesional Sanitario.

Los Profesionales, Deben Conocer No Sólo El Adecuado Cumplimiento De Los Registros Sino También La Legislación Vigente Que Afecte Tanto A Usuarios Como A Los Profesionales De La Salud 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, Y Que Son: VALORACIÓN, DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA, PLANIFICACIÓN, EJECUCIÓN, EVALUACIÓN.

# CRITERIOS DE CUMPLIMENTACION

## Precesión Y Exactitud

- Deben Ser Precisos, Completos Y Fidedignos.
- Los Hechos Deben Anotarse De Forma Clara Y Concisa.
- Firma Legible De La Enfermera Responsable.

## Legibilidad Y Claridad

Deben Ser Claros Y Legibles, Puesto Que Las Anotaciones Serán Inútiles

- Si No Se Posee Una Buena Caligrafía Se Recomienda Utilizar Letra De Imprenta.
- Anotaciones Correctas Ortográfica Y Gramaticalmente
- Usar Sólo Abreviaturas De Uso Común Y Evitar Aquellas Que Puedan Entenderse Con Más De Un Significado, Cuando Existan Dudas Escribir Completamente El Término.

## 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.

## Hojas De Administración De Medicamentos

Se Debe Anotar TODA La Información Acerca De Los Medicamentos

- Se debe Anotar Fecha, Hora Y Las Iniciales De La Enfermera Responsable.
- Si Las Ordenes Médicas No Están Claras O La Caligrafía Es Ilegible, Se Debe Pedir Al Médico Que Las Aclare Y Lea La Prescripción.
- Si Otra Enfermera Administra Medicación, También Se Deberá Anotar Su Nombre Y Hora A La Que Lo Realizó