



UNIVERSIDAD DEL SURESTE

UNIVERSIDAD UDS

Licenciatura en Enfermería

Trabajo

Resumen

Presenta:

Alejandra López Aquino

Catedrático:

Jessica del Carmen Jiménez Méndez

Fecha: 02 de julio del 2020

FASES DEL PROCESO DE ENFERMERIA

Incluye seis fases valoración, diagnóstico, planeación, identificación de resultados, planificación y evaluación.

El proceso de enfermería tiene características distintivas que capacitan al profesional de enfermería, estas características son su naturaleza cíclica y dinámica, el sentimiento del paciente de ser el centro de todo, el enfoque del proceso en la resolución de los problemas y la toma de decisiones, el estilo interpersonal y colaborador, la aplicabilidad universal y el uso del pensamiento crítico.

- Las observaciones de la evaluación alimentan nuevas valoraciones
- El personal de enfermería organiza el plan asistencial en función de los problemas del paciente en lugar de los objetivos de enfermería
- El proceso de enfermería es una adaptación de la resolución de los problemas y de la teoría de sistemas
- La toma de decisiones esta implicada en todas las fases del proceso de enfermería
- El proceso es interpersonal y colaborador
- La característica universal se traduce en que se usa una estructura para la asistencia de enfermería en todos los marcos de salud, con pacientes de todos los grupos de edad
- Los profesionales de enfermería usan diversas habilidades del pensamiento critico para desempeñar el proceso de enfermería

VALORACION: establecer una base de datos sobre la respuesta del paciente a sus preocupaciones sobre la salud o a la enfermedad y su capacidad de tratar sus necesidades en entorno a la salud

DIAGNOSTICO: identificar las fortalezas del paciente y los problemas de salud que puedan evitarse o resolverse mediante intervenciones de enfermería colaboradoras e independientes, preparar una lista de problemas de enfermería y colaboradores

PLANIFICACION: idear un plan individualizado de asistencia que especifique los resultados/objetivos deseados del paciente y las intervenciones de enfermería relacionadas

APLICACIÓN: ayudar al paciente a alcanzar los objetivos/resultados deseados, favorecer el bienestar, evitar las enfermedades, restaurar la salud y facilitar el afrontamiento a la alteración de la función

EVALUACION: determinar si continuar, modificar o terminar el plan asistencial

OBTENCION DE DATOS

Es el proceso de adquisición de la información sobre el estado de salud del paciente. Una base de datos es toda la información sobre un paciente, comprende de la anamnesis y la exploración física realizada por el médico, los resultados de las pruebas de laboratorio y diagnósticas y el material aportado por otros profesionales de la salud.

Datos subjetivos: denominados también síntomas o datos ocultos, solo resultan aparentes para la persona afectada y solo dicha persona puede describirlos o comprobarlos.

Datos objetivos: también llamados signos o datos evidentes y pueden ser detectados por el observador o medidos y confirmados frente a un estándar aceptado.

FUENTES DE LOS DATOS

Pueden proceder de fuentes primarias o secundarias, el paciente es la base primaria y es la mejor fuente a no ser que este demasiado enfermo, sea demasiado joven o este confundido para comunicarse claramente.

Personas de apoyo: familiares, amigos y los cuidadores al paciente pueden a menudo complementar o verificar la información dada por el paciente.

METODOS DE OBTENCION DE DATOS

Los principales métodos usados para recoger datos son:

- Observación: es obtener datos usando los sentidos, es una habilidad consciente y deliberada que se desarrolla a través de un esfuerzo y con un método organizado. La observación tiene dos aspectos fijarse en los datos y seleccionar, organizar e interpretar los datos
- Entrevista: es una comunicación planificada o una conversación con un objetivo, existen dos métodos de entrevista, la entrevista dirigida que es muy estructurada y obtiene información específica, se utilizan cuando el personal tiene el tiempo limitado. La entrevista no dirigida o entrevista construida permite al paciente controlar el objetivo, el tema y el ritmo.

ORGANIZACIÓN DE DATOS

Los profesionales de enfermería usan un formato escrito para organizar los datos de la valoración de una forma sistemática, el formato puede modificarse en función del estado físico del paciente como aquel que se centra en los datos osteomusculares de los pacientes ortopédicos.

VALIDACION DE DATOS

La información obtenida durante la fase de valoración debe ser completa, objetiva y precisa porque los diagnósticos e intervenciones de enfermería, la validación es el acto de comprobar dos veces o verificar los datos para confirmar que son precisos y objetivos.

- Garantizar que la información de la valoración es completa
- Garantizar que los datos objetivos y subjetivos relacionados están de acuerdo entre si
- Obtener la información adicional que puede haberse pasado por alto
- Diferenciar entre pistas e inferencias
- Evitar saltar a conclusiones y centrarse en la dirección equivocada para identificar problemas

REGISTRO DE DATOS

Para completar la fase de valoración, el profesional de enfermería registra los datos del paciente.

VALORACION PRIMARIA

Se verifica que el paciente se encuentre consciente o inconsciente por medio de la escala

AVDN

- Alerta
- V respuesta a estímulos verbales
- D respuesta a estímulos dolorosos
- N respuesta negativa, no hay respuesta