



Nombre de alumno: CICLALI VERA OSORIO

Nombre del profesor: MARÍA DEL CARMEN LÓPEZ

Nombre del trabajo: RESUMÉN

Materia: FUNDAMENTOS DE ENFERMERÍA

PASIÓN POR EDUCAR

Grado: 1 CUATRIMESTRE

Grupo: LEN10EMC0120-B

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERIA

Un diagnóstico de enfermería, por lo tanto, es un juicio que desarrolla un enfermero o una enfermera sobre el estado de salud de una persona. Se trata de un dictamen realizado por el profesional según su experiencia y su formación.

Puede decirse que un diagnóstico de enfermería alude a un trastorno concreto o potencial que un enfermero tiene la capacidad y el derecho de tratar. Estos trastornos o pueden ser prevenidos, reducidos o resueltos mediante el desarrollo de acciones propias de la enfermería.

Diagnóstico es una palabra que tiene su origen etimológico en el griego y más aún en la unión de tres vocablos de dicha lengua.

En concreto, es un término que está formado por el prefijo diag- que significa "a través de"; la palabra gnosis que es un sinónimo de "conocimiento", y finalmente el sufijo -tico que se define como "relativo a".

Los diagnósticos de enfermería reales son los que sirven para describir los aspectos del ser humano a los estados de salud

que experimento. Si no se especifica algo diferente, entonces todo diagnóstico pertenece a este grupo. Uno de los ejemplos más comunes es «náuseas». Dentro de mismo podemos incluir cuatro categorías diagnósticas, que son: Etiqueta, definición características definitorias y factores relacionados.

PLANIFICACION DE CUIDADO

La planificación consiste en la elaboración de estrategias diseñadas para verificar las respuestas del cliente sano o para evitar, reducir o corregir las respuestas del cliente enfermo, identificadas en el diagnóstico de Enfermería.

- > Una vez concluida la valoración e identificado las complicaciones potenciales (problemas interdependientes) y los diagnósticos enfermeros, se procede a la fase de planeación de los cuidados o tratamiento enfermo.
- > En esta fase se trata de establecer y llevar a cabo cuidados de enfermería, que conduzcan al cliente a prevenir, reducir o eliminar los problemas detectados.
- > La Tasa de planeación del proceso de enfermería incluye cuatro etapas, competentes (1987) e 14er (1989).

Componentes

- > Establecimiento de prioridades
- > Determinación de los objetivos o resultados esperados de la atención
- > Plan de intervenciones de enfermería
- > Registro del plan

LO QUE
DEBE HACER



- Prevenir
- Minimizar
- Evitar
- Problemas o respuestas
- Identificados en el
Dx de Enfermería

* Diagnóstico de Enfermería

Infecciones potenciales vaginal y del periné,
por invasión bacteriana secundaria al trauma-
tismo o durante el trabajo de parto, ex-
posición y la episiotomía

* Resultados Esperados

obtener una integridad cutánea sin cuadro
infeccioso a través de las intervenciones
de enfermería.

* Evaluación

Paciente no presente signos de ningún
tipo de infección durante su hospitali-
zación

* Cuidados de Enfermería

1. Toma de signos vitales
 - P/A FC
 - Temperatura

1. Lavarse las manos antes de dar los cuidados inmediatos
2. Retirar la toalla manchada cambio de paños conforme de necesidad
3. Antibiótico - terapia según indicaciones médicas.
Administrar analgésicos según prescripción médica

* Principios científicos

- Indicadores basales del estado de salud de personas
- Observar signos de infección como purulencia, enrojecimiento dolor o inflamación
- Las manos son un fuente de microorganismos invasores
- Es un proceso con técnica estéril que la finalidad es de eliminar secreciones (pus, sangre).
- Es una técnica para eliminar microorganismos y evitar infecciones.

EJECUCIÓN

- La ejecución es el comienzo del plan de cuidados de enfermería para conseguir objetivos concretos. La fase de ejecución comienza después de haberse desarrollado el plan de cuidados y está enfocada en el inicio de aquellas intervenciones de enfermería que ayudan al paciente a conseguir los objetivos deseados. Se ejecutan intervenciones de enfermería concretas para modificar los factores que contribuyen al problema del paciente.

Es en esta etapa cuando realmente se pone en práctica el plan de cuidados elaborado. 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
- Dar los informes verbales de enfermería.
- Mantener el plan de cuidados actualizado.

EVALUACIÓN

La evaluación se define como la comparación planificada y sistematizada entre el estado de salud del paciente y los resultados esperados.



1. Aspecto general y funcionamiento de cuerpo.
2. Señales y síntomas específicos
3. Conocimiento:
4. Capacidad psicomotora (habilidades).
5. Estado emocional:
 - Situación espiritual (modelo bíblico de la salud)

- * Valores los resultados obtenidos en términos de los objetivos propuestos
- * Utiliza la medición, la cual garantiza datos más válidos y confiables en los cuales fundamentar los juicios.
- * Proceso estandarizado de pruebas estandarizadas, calificación, certificación y acreditación

* Evaluación como medición se limita sólo a aquellas cosas que puede ser medidas con pruebas estandarizadas.

La evaluación consiste de la confrontación entre los resultados esperados y resultado observado

Juicio sobre la respuesta del paciente en comparación con la respuesta esperada después de la intervención efectuada. Su propósito es definir si el objetivo se logró de forma total, parcial o nula.

Es un conjunto de actividades programadas para recoger información sobre la que profesores y alumno reflexionan y toman decisiones para mejorar sus estrategias de enseñanza y aprendizaje, e introducir en el proceso en curso las correcciones necesarias.