

Nombre de alumno: Albores Sántiz Luis Ángel.

Nombre de la profesora: López Silba María del Carmen.

Nombre del trabajo: Proceso de Enfermería.

Materia: Fundamentos de Enfermería I.

Grado: I°

Grupo: "A"

OBJETIVO

Identificar las necesidades reales y potenciales o de riesgo del individuo, la familia y la comunidad.

Establecer planes de cuidados individuales, familiares o comunitarios.

Actuar para resolver los problemas, mantener la salud, prevenir la enfermedad, promover la recuperación.

PROCESO DE ENFERMERIA

PAE

PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA

Consta de 5 etapas que son.

Valoración

Es la recolección de datos, organización, ponderación y registro de los datos sobre el estado de salud del paciente

Recolección de datos como observación, entrevista y exploración física.

Dos tipos de Validación.

Objetivo Subjetivo

Es la organización de datos de la enfermería utiliza un esquema de estudio, organizado y conocido como historia de enfermería o valoración de enfermería.

Documentación de guías de valoración básica y examen físico.

Diagnostico

Consiste en la identificación de los problemas reales y potenciales, así como los recursos con los que cuenta el paciente mediante el análisis de datos.

En un individuo, familia o una comunidad frente los procesos vitales o problemas de salud.

Análisis y recolección de datos significativos de los dominios.

Poder identificar los cuales son real, riesgo de salud v bienestar

Planificación

Saber comprender la serie de pasos con los que la enfermería y el paciente establecen en las prioridades y los objetivos para resolver o disminuir los problemas detectados con el paciente.

Tipos de planificaci

Inicial.

Continua

De alta

Uno de los propósitos en el plan de cuidado es ofrecer directrices para el cuidado individualizado del paciente.

Facilitar la continuidad de los cuidados.

Ejecución

Es donde podemos practicar el plan de cuidados de enfermería y finaliza con el registro de los cuidados del paciente.

La fase de ejecución.

Preparación

Son los análisis, conocimientos y habilidades que van proporcionando los recursos necesario que es tiempo, profesional y material.

Etapas de documentación

Existen diferentes tipos de formatos para el registro de información.

Formatos narrativos.

Formatos estructurados

Formatos electrónicos.

Evaluación

Es la valoración de las respuestas del paciente a las intervenciones enfermeras y la comparación de las respuestas con los objetivos que se redactaron en planificación.

En las evaluaciones de las respuestas, Del paciente.

Identificar la valoración esperada.

Obtener datos relacionados con la evolución esperada.

Comparar los datos con la evolución esperada y juzgar si han conseguido los resultados esperados.

Podemos relacionar las acciones de enfermería con la evolución del paciente.

Signos vitales.

La medida de las constantes vitales es más precisa si se termina antes de empezar los cambios o movimientos posturales.

Talla y Peso

La talla y el peso reflejan el estado de salud general de una persona.

Recogida de muestras biológicas.

Se apoya cada vez más en los resultados de las pruebas de laboratorio para precisar los diagnósticos, tratamiento y evolución de los pacientes.

Bases semiológicas de la valoración del paciente.

Es el estudio de los signos y síntomas de una enfermedad.

Semiotecnia

Las técnicas son:

Tacto

Oído

Vista

Olfato

Entrevista clínica.

Durante una entrevista de valoración debemos animar a los pacientes a contar sus historias sobre sus enfermedades o problemas de salud.

Preparar el escenario

Recopilar la información sobre los problemas del paciente y establecer un programa.

Exploración física.

La valoración de la salud y la exploración física son los primeros pasos hacia la prestación de cuidados de enfermería seguros y competentes.