

Universidad del sureste

Wilian darinel morales martinez

Fundamentos de enfermeria

Licenciatura en enfermeria

Wiliam Durinel Morales Martinez.

Proceso de enfermería.

El Proceso de enfermería es un método Sistemático y Organizado de administrar cuidados de enfermería, individualizados que se centra en la Identificación y Tratamiento de las respuestas únicas de la persona o grupos a las alteraciones de salud reales o potenciales.

• Valoración del Paciente.

- Consiste en recolectar la información sobre el enfermo y su estado de salud, así como de la familia y comunidad. La valoración debe aportar datos correspondientes a respuestas humanas y fisiopatológicas, por lo que requiere el empleo de un modelo o teoría de enfermería.

Los pasos para realizar la valoración son: "Recolección, organización y comunicación de los datos." Es un proceso continuo que debe llevarse a cabo durante todas las actividades que la enfermera hace con el paciente.

* Etapa, Diagnóstico:

El sistema más actualizado actualmente para realizar los diagnósticos de enfermería es el de las categorías diagnosticadas de la NANDA.

Es importante diferenciar un diagnóstico de enfermería de un problema independiente, ambos son problemas de salud, pero los diagnósticos de enfermería únicamente hacen referencia a situaciones en que la enfermera puede actuar independiente. Para la NANDA, el diagnóstico de enfermería es un juicio clínico sobre las respuestas de individuos, familia o comunidad a los problemas reales o potenciales de salud o procesos de vida. Los diagnósticos de enfermería aportan las bases para la elección de las actuaciones de enfermería, para conseguir los resultados por lo que es responsable.

* Planificación de cuidados.

Es la tercera etapa del proceso que da inicio después de formular los diagnósticos de enfermería y problemas independientes. Durante esta

esta se elaboran planes de cuidados que integran el problema de salud (diagnostico de enfermeria o problema interdependiente), objetivos, acciones de enfermeria independientes e interdependientes y evolucion, es requisito durante la etapa de planeacion, definir la prioridades para decidir que problemas de salud se deben atender primero por poner en peligro la vida del usuario, y posteriormente establecer objetivos centrados en su familia y comunidad para dar solucion al problema, asi como acciones de enfermeria que tratan la etiologia de problema de salud.

+ Etapa de ejecucion.

es la fase de las acciones en el proceso de enfermeria. Durante esta etapa se identifica la respuesta del paciente y de la familia a los atenciones de enfermeria. se debe conceder prioridad a la ayuda que se presta al paciente para que adquiera independencia y confianza en atender sus propias necesidades. Las recomendaciones al salir de hospital son parte importante de las intervenciones de enfermeria. Algunos individuos requieren de mayor informacion que otros.

Y la respuesta a los diferentes métodos educativos es distinta. Es facultad de la enfermera identificar las necesidades de cada persona y proporcionar la información adecuada para llenar esos vacíos de conocimientos significativos.

* Etapa de evaluación.

Esta etapa del proceso de enfermería debe estar presente durante la ejecución del cuidado, por lo tanto, es un proceso continuo que se define como la comparación planificada y sistemática entre el estado de salud del paciente y los resultados esperados. Al medir el progreso del paciente hacia el logro de los objetivos, la enfermera valora la efectividad de las acciones de enfermería. El proceso de evaluación tiene dos etapas:

1. La recolección de datos del paciente.
2. La comparación de los datos recolectados con los resultados esperados y el juicio sobre la evaluación del paciente hacia la consecución.

• Contenido de la Valoración

La Valoración debe contener en su estructura familiar, el entorno y la Comodidad, el impacto de la enfermedad en la misma, los recursos con los que cuentan para afrontar la situación

• Datos biográficos: Edad, Sexo, Estado civil.

• Antecedentes: Diagnóstico y Tratamiento, Antecedentes familiares, Información Genética, Antecedentes, Factores de riesgo y Predisponentes

• Motivo actual de consulta

Que le ocurre, desde cuando, donde se localiza, factores precipitantes que alivian o agravan el problema, etc.

• Estilo de vida y datos socioculturales.

Habitos dieta e Ingesta, Dueno actividades de la vida diaria, ocupación (Trabajo, Jovitacion, ocio y aficiones, Etnia religion, Creencias y valores.

- Datos fisiológicos, Psicológicos.

Información Celular o por sistemas.
factores estresantes y patrón de afrontamiento.
escalas de valoración, actual.

- Recursos.

Recursos propios, de apoyo y soporte, financieros, materiales, de asistencia sanitaria. Entorno. Paciente y familia.
Situación del domicilio, situación económica.

- Patrones de asistencia:

Pública o privada, atención primaria o especializada. Financiación y asistencia al acceso.

- Seguridad del Paciente.

Riesgos y herramientas para garantizar la calidad de las cuidados (la seguridad del paciente) basados en la evidencia.
Seguridad en el entorno sanitario, domiciliario y laboral.

• Metodo de recogida de los datos y de la informacion

El objetivo es la obtencion de todos los datos y de la informacion sobre el estado de salud de la persona, de la familia o de la comunidad.

• Entrevistas: ejemplo, Anamnesis.

• Exploracion fisica: Palpacion, Inspeccion Percusion, y auscultacion (P.I.P.A.).

Se basan en el sentido de los, Para explorar al paciente.

• Pruebas Complementarias: ECG, Holter, Presion arterial, Pulso, Saturacion, arterial de Oxigeno, Pvc, Rx, ecocardiograma, Cateterismo Pruebas electrofisiologicas. Laboratorio, etc.

• Escala de valoracion

Se basan en datos obtenidos por algunos de los metodos anteriores, pero por su especial relevancia basada en la evidencia, los destacamos para que se tengan en cuenta.

