

UNIVERSIDAD DEL SURESTE

CAMPUS VILLAHERMOSA, TABASCO

NOMBRE

Nayeli Valencia Torres

LICENCIATURA

Lic. Enfermería

CUATRIMESTRE

1er Cuatrimestre

ASIGNATURA

Fundamentos de Enfermería

CATEDRATICO

Juana Inés Hernández López

UNIDAD I PROCESO DE ENFERMERÍA

- 1.1.- Proceso de enfermería.
- 1.2.- Primera etapa. Valoración de enfermería.
- 1.3.- Segunda etapa. Diagnóstico de enfermería.
- 1.4.- Tercera etapa. Planificación de cuidados.
- 1.5.- Cuarta y quinta etapas. Ejecución y evaluación.
- 1.6.- Bases semiológicas de la valoración del paciente.
- 1.7.- Entrevista clínica.
- 1.8.- Exploración física.
- 1.9.- Signos vitales.
- 1.10.- Recogida de muestras biológicas

PROCESO DE ENFERMERIA

Es un método sistemático de brindar cuidados humanistas, apoyándose en un modelo científico realizado por un profesional

En la última edición de estándares de práctica de la ANA estableció seis pasos en el proceso de enfermería

Desarrollo de la terminología enfermera por parte de la A.N.A

Hall creó el término de proceso de enfermería

ANTECEDENTES HISTÓRICO

Yura y Walsh publicaron el libro donde describen las 4 fases de enfermería

Gabbie y Lavi separan el diagnóstico del estimado y lo ponen como la segunda fase del proceso.

Blodi en 1974 y Roy en 1975 añadieron la fase de diagnóstico, dando lugar a un proceso de cinco fases.

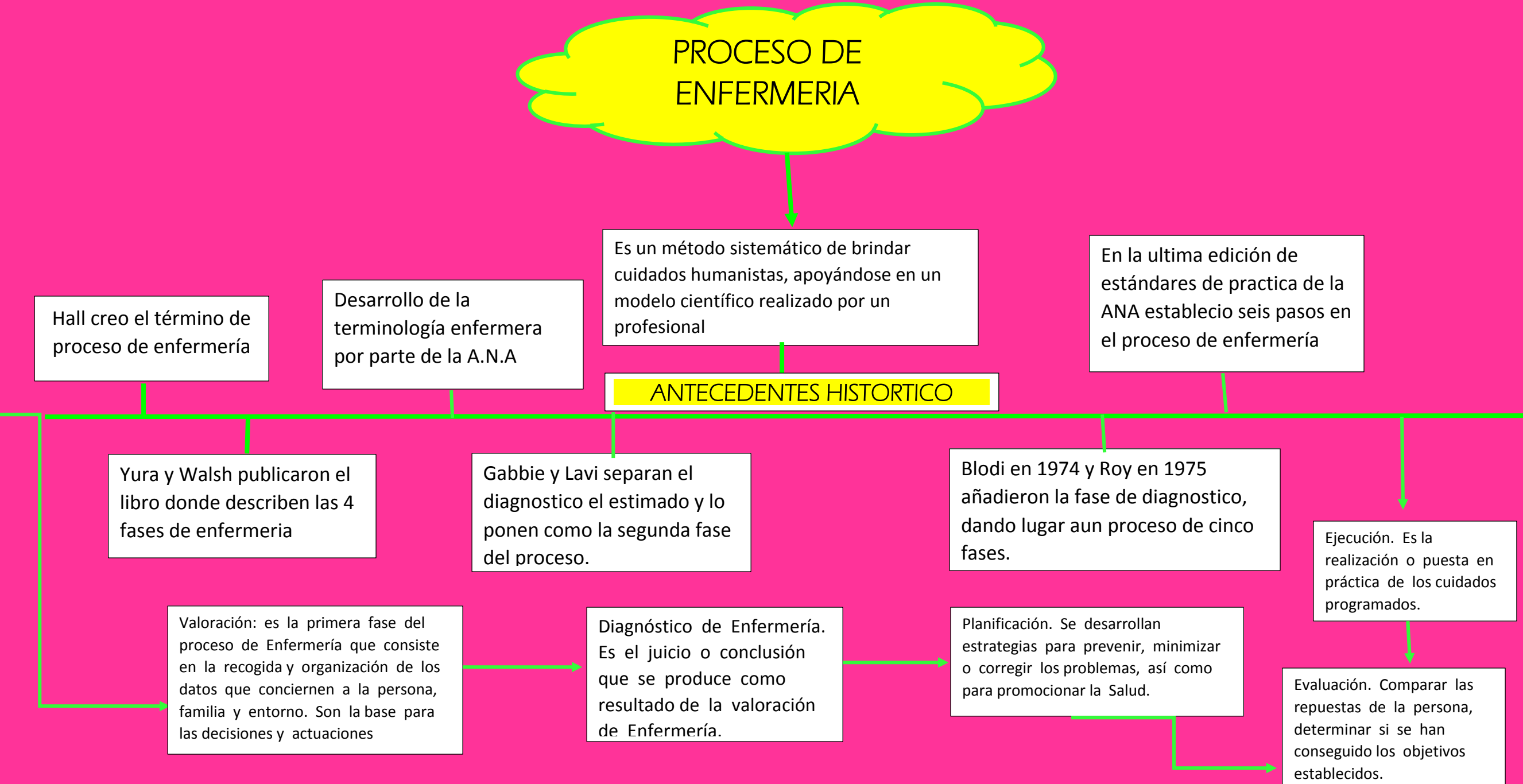
Ejecución. Es la realización o puesta en práctica de los cuidados programados.

Valoración: es la primera fase del proceso de Enfermería que consiste en la recogida y organización de los datos que conciernen a la persona, familia y entorno. Son la base para las decisiones y actuaciones

Diagnóstico de Enfermería. Es el juicio o conclusión que se produce como resultado de la valoración de Enfermería.

Planificación. Se desarrollan estrategias para prevenir, minimizar o corregir los problemas, así como para promover la Salud.

Evaluación. Comparar las respuestas de la persona, determinar si se han conseguido los objetivos establecidos.



PRIMERA ETAPA. VALORACIÓN DE ENFERMERÍA.

Competencias para poder valorar al paciente:

- Consentimientos científicos
- Habilidades metodológicas y técnicas
- Comunicación eficaz

La valoración enfermera es la primera fase del PAE. Se define como el proceso organizado, planificado, sistemático, y continuo de recogida de datos objetivos y subjetivos sobre el estado de salud del paciente, familia, o comunidad, y las respuestas humanas que se originan ante ellas.

VALORACIÓN GLOBAL O INICIAL

Cubre todas las expectativas de valoración enfermera, se utiliza cuando la persona acude por primera vez al centro de salud. (hospital, consulta, etc..)

SEGÚN SU SISTEMÁTICA, SE DISTINGUEN CUATRO TIPOS DE VALORACIONES:

- Valoración siguiendo el orden de "cabeza a pies".
- Valoración por "sistemas y aparatos".
- Patrones Funcionales de Salud de Marjory Gordon.
- Necesidades de Virginia Henderson.

VALORACIÓN FOCALIZADA O CONTINUA

Se centra en situaciones clínicas especializadas para valorar periódicamente al paciente.

FASES DE VALORACION

RECOLECCION DE DATOS

Es la información que obtenemos del paciente tanto por su estado como por las respuestas humanas que se originan deberán ser útiles y completos. Se dividen en **subjetivos** y **objetivos**.

Subjetivos: proceden del paciente y no podemos medirlo ejemplo: miedo.

Objetivos: Proceden del paciente y si podemos medirlo. Ejemplo: temperatura

VALIDACION DE DATOS

Confirmar que los datos obtenidos sean reales. En esta fase la información recogida será agrupada, de tal manera que se facilite y oriente la etapa de diagnóstico.

ORGANIZACIÓN DE DATOS

En esta etapa la información es agrupada para facilitar el resto del proceso.

REGISTRO DE LA VALORACIÓN

Es necesario la comunicación entre el personal necesario, para evaluar la efectividad de los cuidados de enfermería y de esta manera validar un testimonio legal.

Los objetivos de un registro correcto de la valoración son:

- Establecimiento de un sistema de comunicación entre el personal sanitario.
- Extraer conclusiones sobre la efectividad de los cuidados aplicados.
- Validar un testimonio legal.



PATRONES FUNCIONALES DE MARJORY GORDON.

El manejo de los Patrones Funcionales permite una valoración enfermera sistemática y planificada, con la que se obtiene gran cantidad de datos relevantes del paciente (físicos, psíquicos, sociales, y espirituales), de una manera clara y organizada.

LOS 11 PATRONES FUNCIONALES SON:

- Patrón 1. Percepción y manejo de la salud.
- Patrón 2. Nutricional y metabólico
- Patrón 3. Eliminación
- Patrón 4. Actividad y ejercicio.
- Patrón 5. Sueño y descanso.
- Patrón 6. Cognitivo y perceptual.
- Patrón 7. Autopercepción y autoconcepto.
- Patrón 8. Rol y relaciones.
- Patrón 9. Sexualidad y reproducción.
- Patrón 10. Adaptación y tolerancia al estrés.
- Patrón 11. Valores y creencias.



Necesidades básicas de Virginia Henderson.

Henderson identifica 14 necesidades básicas que el individuo tiene que cubrir para poder alcanzar su independencia o máximo nivel de salud. Estas son:

1. Respirar normalmente.
2. Comer y beber adecuadamente.
3. Eliminación de los desechos del organismo.
4. Movimiento y mantenimiento de una postura adecuada.
5. Descansar y dormir.
6. Seleccionar vestimenta adecuada, vestirse y desvestirse.
7. Mantener la temperatura corporal.
8. Mantener la higiene corporal y la integridad de la piel.
9. Evitar los peligros del entorno.
10. Comunicación y relación con los demás.
11. Valores y Creencias.
12. Autorrealización.
13. Entretenimiento v ocio.

SEGUNDA ETAPA "DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA"

Esta segunda etapa del P.A.E. se centra en el análisis de los datos recogidos durante la valoración y su interpretación científica, que da como resultado los diagnósticos de enfermería. Se centra en el análisis de los datos recogido durante la valoración. Que da como resultado los diagnósticos enfermeros. Es un juicio clínico sobre la respuesta de un individuo sobre sus problemas de salud.

CARACTERISTICAS

- Problemas derivados de las respuestas humanas ante un problema de salud
- Las respuestas humanas son los actos de adaptación que se producen en una persona ante una situación clínica específica.
- Pueden ser tratados o abortados por las enfermeras.

FORMULACIÓN DE UN DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

El diagnóstico de enfermería es la base sobre la que se sustentan las intervenciones enfermeras. La importancia de esta fase para la resolución del problema de salud es reflejada en la formulación del diagnóstico.

TIPOS DE DIAGNOSTICO NANDA

- DIAGNOSTICO ENFERMERO REAL
- DIAGNOSTICO ENFERMERO DE RIESGO
- DIAGNOSTICO ENFERMERO DE PROMOCION A LA SALUD
- DIAGNOSTICO ENFERMERO DE SALUD

FORMULACION DE UN DIAFNOSTICO DE ENFERMERIA:

PROBLEMA: Es la parte que guía y define el resto del diagnóstico. Estará compuesto por la etiqueta diagnóstica y su definición. La definición describe de forma clara y precisa la etiqueta, diferenciando un diagnóstico del resto.

ETIOLOGÍA: La etiología será el primer objetivo de las intervenciones enfermeras: por este motivo, cuanto más precisa sea la elección de la etiología, más efectivas serán las intervenciones enfermeras.

SINTOMATOLOGÍA: Se refiere a los signos y síntomas que tiene el paciente, los cuales especifican la magnitud de la respuesta producida.

Un ejemplo de una correcta formulación de un diagnóstico de enfermería es:

- Dolor agudo (Problema),
- relacionado con (r/c) agente lesivo físico (Etiología),
- manifestado por (m/p) informe verbal de dolor (Síntoma)

HABILIDADES PARA PODER DIAGNOSTICAR

- Competencias Intelectuales
- Competencias Interpersonales
- Competencias Técnicas
- Tolerancia Y Ambigüedad
- Practica Reflexiva

TERCERA ETAPA "PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS"

En esta fase se trata de establecer y llevar a cabo unos cuidados de enfermería, que conduzcan al cliente a prevenir, reducir o eliminar los problemas detectados

NOC

Nursing Outcomes Classification es la clasificación de los resultados en enfermería y tiene como objetivo principal evaluar la eficacia de las intervenciones de enfermería.

Los Resultados NOC tendrán los siguientes componentes:

- Etiqueta.
- Definición.
- Listado de indicadores.
- Escala de Likert.
- Bibliografía.

ELECCION DE UN RESULTADO NOC

- Diagnostico NANDA
- Factores relacionados o de riesgo, y característica definitoria.
- Características referenciales del paciente.
- Preferencias del paciente.

DETERMINACIÓN DE PRIORIDADES

Las prioridades guiarán los resultados NOC y las intervenciones NIC

- Necesidades fisiológicas
- Necesidades de seguridad
- Necesidades sociales
- Autoestima
- Autorealización

NIC

Todo tratamiento basado en el conocimiento y juicio clínico que realiza un profesional de enfermería para favorecer a la recuperación.

Los Intervenciones NIC tienen los siguientes componentes:

- Etiqueta.
- Código.
- Definición.
- Actividades.
- Bibliografía.

FASES

- Determinación de prioridades.
- Establecimiento de los objetivos o resultados de enfermería NOC.
- Selección de las intervenciones de enfermería NIC.

ELECCION DE UN RESULTADO NIC:

- Aprobación de las intervenciones por el paciente.
- Resultados NOC esperados por el paciente.
- Etiología y sintomatología relacionada con el diagnóstico enfermero.
- Soporte científico de la intervención
- Posibilidad de utilizar en la práctica una intervención.
- Conocimientos y habilidades para realizar la intervención.

CUARTA ETAPA

EJECUCIÓN

EJECUCIÓN

Es la realización de las antes mencionadas intervenciones de enfermería. Y aplicar los cuidados correspondientes a las intervenciones. Por ejemplo:

- Continuar con la recogida y valoración de datos.
- Registro de los cuidados de enfermería realizados.
- Comunicación del estado de salud de nuestros pacientes a otros profesionales de la salud.
- Actualizar el plan de cuidados de enfermería.

TIPOS DE PLANES DE CUIDADO.

Existen dos tipos de planes de cuidados

- Individualizados, realizan todo el proceso ya mencionado para un solo paciente.
- Estandarizados, protocolos generales cuando los problemas son predestinados

INFORMATIZACIÓN DEL PLAN DE ENFERMERÍA.

- Mejora de la comunicación dentro del equipo de cuidados de la salud.
- Facilita la aplicación de lenguaje estandarizado.
- Descripción del conocimiento y habilidades de la clínica enfermera.
- Eficacia en la cuestión de cuidados.
- Evidencia Clínica.
- Facilita el formato.
- Evidencia de las intervenciones enfermeras.

QUINTA ETAPA: "EVALUACIÓN DE ENFERMERÍA"

EVALUACION
Es la comparación planificada entre el estado de salud del paciente y los resultados esperados.

LA EVALUACION SE REALIZARA DE FORMA PERIODICA Y CICLICA AFECTANDO LAS DEMAS FASES.

FASES:

- Puntualización de los indicadores de los resultados NOC
- Comparación de los resultados.

TIPOS DE INDICADORES NOC

- Datos anatomofisiologicos
- Sintomas
- Conocimientos
- Sentimientos
- Competencias o habilidades.
- Valores o creencias

P.A.E → NNN

Si se utiliza una misma lengua en conjunto con una terminología estandarizada. Todos los profesionales podrán interpretar lo escrito.

- Valoración
- Diagnostico
- Planificaron
- Ejecución
- Evaluación

Es todas las etapas el lenguaje empleado debe de ser claro y entendible, y solo diagnosticar lo necesario y englobar todo lo posible ya que entre mas preciso nos facilitara la ejecución, así como el pronto entendimiento de cada registro y esto llevara a la pronta mejora del paciente. Ademas ahí que seguir cada uno tiene su normativa,pero sobre todo cada registro deberá de ser registrado con veracidad ya que es un documento legal que nos representa.