

1.1 Proceso de enfermería

Orígenes
- Fue considerado las primeras 3 etapas (valoración, planeación y ejecución) por Holl 1955, Johnson 1959 y Weidenbach 1993
- Las 4 etapas (valoración, planificación, realización y evaluación) por Yura y Walsh en 1967
- Y por última aspinnall (1976) considera 5 etapas (valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación)

Definición
- 'Proceso de atención de enfermería' Es la aplicación del método científico en la práctica asistencial enfermera, lo que nos permite prestar cuidados de una forma racional, lógica y sistemática, lo que resulta de vital importancia cuando se trabaja en el ámbito de las urgencias.

Características
- *Tiene una finalidad objetiva.
- *Es sistemático, alcanzar un objetivo
- *Dinámico, cambió continuo
- *Es interactivo, relaciones recíprocas
- *Flexible, se puede adaptar a cualquier lugar y usar sucesivamente o conjuntamente
- *Tiene base teórica, numerosos conocimientos, se puede utilizar a cualquier modelo teórico de enfermería

Objetivo
- *Necesidades de pacientes, familia o comunidad, construir una estructura a construir.
- *Identificar las necesidades reales del potencial.
- *Actuar para cubrir y resolver problemas (prevenir o curar enfermedades)

1.2 Primera etapa, Valoración de enfermería

Definición
- Es el proceso organizado, planificado, sistemático y continuo de los datos. Objetivo y subjetivo del estado de salud del paciente.

Tipos
- Según la complejidad existe dos tipos
- Valoración global o inicial.
- Cubre las perspectivas de la valoración enfermera, primera valoración al paciente.
- Valoración focalizada o continua.

Según su sistematica son 4
- Información concreta del paciente, estado de salud referencia, datos objetivo (observación y exploración) o subjetivo (entrevista clínica)

Fases de valoración son 4
- 1. Recolección de datos
- Entrevista de enfermería
- Utilizada para obtener datos y para establecer una relación mutua de confianza, esta compuesta por inicio, cuerpo y cierre.

Tipos de entrevista
- * Estructurada y dirigida.
- * Semiestructurada o semiestructurada.
- * No estructurada o libre
- Para una relación interpersonal se debe tener comunicación verbal (clara, concreta y comprensible) y no verbal (corroborar o desmentir la información transmitida por el paciente)

La observación
- Los datos obtenidos provendran de los sentidos, del entorno y de la interpretación entré ambos
- Conjunto de procedimientos tras realizar entrevistas clínicas, con el fin de obtener datos objetivos o signos que corroboren o desmientan los datos subjetivos que refieren al paciente

Exploración física
- Técnicas se realiza en la exploración física
- * Inspección, observación cuidadosa y crítica para determinar tamaño, forma, color y movimiento.
- * Palpitación, uso del tacto para determinar de bajo de la piel tamaño, forma, temperatura, humedad, vibración y movimiento
- * Percusión, golpeteo suave sobre la superficie corporal y análisis acústico.
- * Auscultación, escuchar sonidos por el organismo corporal directa (directo con el oído) o indirecta (estetoscopio). Esto identifica frecuencia, intensidad, calidad y duración de los sonidos decretados.

Validación
- Consiste en validar los datos objetivos y subjetivos si son verídico

Organización de datos.
- Información agrupada pero su facilitación y orientación de la etapa diagnóstico

Registro de valoración
- Objetivos de registro son:
- * Establecimiento de un sistema en comunitario entre el personal sanitario.
- * Extraer conclusiones sobre la efectividad de los cuidados aplicados.
- * Validar un testimonio legal.

Patrones funcionales de Marjory Gordon
- Comportamiento comunes en las personas que contribuye a su salud, calidad de vida, y a su potencial humano. Dándose secuencial.
- Permite una valoración enfermera sistemática y planificada con la que obtiene datos relevantes (físico, psicológicos, social y espirituales)de manera clara y organizada

11 patrones funcionales
- 1. Persepción y manejo de la salud
- 2. Nutricional y metabólica
- 3. Eliminación
- 4. Actividad y ejercicio
- 5. Sueño y descanso.
- 6. Cognitivo y perceptual.
- 7. Autopercepción y autoccepto.
- 8. Rol y relación.
- 9. Sexualidad y reproducción.
- 10. Adaptación y tolerancia.
- 11. Valores y creencias.

Necesidades básicas de Virginia Henderson
- Define ayudar tanto al individuo sano Co enfermo, consiguiendo su independencia rápidamente.
- 14 necesidades básicas para alcanzar la independencia o máximo nivel de salud.
- 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 adecuada corporal.
- 8. Mantener higiene corporal y la integridad de la piel.
- 9. Evitar los peligros del entorno.
- 10. Comunicación y relación con los demás.
- 11. Valores y creaciones.
- 12. Autorregulación.
- 13. Entretenimiento y ocio.
- 14. Aprendizaje.

1.3 Segunda etapa, 'diagnóstico de enfermería'

Definición
- Se centra en el análisis de los datos durante la valoración y su interpretación para que el diagnóstico guíen la aplicación ejecución y evaluación de los cuidados

Nanda define que es un juicio clínico sobre las respuestas de un individuo, familia o comunidad a sus problemas de salud reales o potenciales, el diagnóstico proporciona la base para la selección de intervenciones, para el logro de objetivos de lo que es responsable.

2010
- España está legislada la obligatoriedad de utilizar los diagnósticos de Nort American Nurses Diagnosis association (NANDA) así prver resultados y determinar intervenciones que solucionen problemas

Objetivo.
- Identificar las respuestas específicas del paciente ante una situación clínica

Características
- * Los diagnósticos de enfermería se centra en los problemas derivados de la respuesta acotesidas tras una alteración de salud particular. Cada persona es diferente aun que sufran una misma situación y el diagnóstico es diferente

* Objetivo de enfermería con el diagnóstico, no es la enfermedad sino la respuesta del paciente a esa enfermedad.
- * Los diagnósticos describen las respuestas del paciente ante una situación clínica que puede ser tratado o abordado por las enfermeras

En caso que no pueda el enfermero intervenir sería un problema interdependiente se debe tratar con otros profesionales sanitarios
- Para dar un diagnóstico primero es necesario analizar la información durante la valoración

Objetivo será reconocer las claves relacionado con el proceso de padecimiento.
- Las claves son contraseñas para generar una hipótesis. En caso hay certeza sobre el diagnóstico se hace una recogida focalizada con el fin de validar los datos

Formulación de un diagnóstico de enfermería
- Es la base sobre lo que se sustenta la intervenciones. La importancia es reflejar la formulación del diagnóstico. El diagnóstico incluirá problema al igual definirá los objetivos de las intervenciones de las causas y su sintomatología.

Para construir un diagnóstico NANDA es recomendable el formato PES (Marjory Gordon 1982) especifica el orden a seguir en el diagnóstico: problema, etimología, signos y síntomas

El problema o diagnóstico, posteriormente causa o factores relacionados, es decir la etimología y por último signos y síntomas del paciente

Problema es la parte que define el diagnóstico, compuesta por la etiqueta del diagnóstico y su definición (describe clara y precisa la etiqueta)
- Etimología, agentes causales que pudo provocar las respuestas de salud del paciente seran los antecedentes que están relación con, suele expresarse %C

Sintomatología, se centra en disminución o eliminación de los síntomas o signos
- Ejemplo:
- * Dolor agudo (problema)
- * Relacionado con (r/c) agentes lesivo físico (etimología)
- * Manifestado por (m/p) informe verbal de dolor (síntomas)

Tipos de categorías
- Diagnóstico enfermero real o focalizado en el problema
- Juicio clínico está apoyando de características (signos y síntomas) que se agrupan en claves este diagnóstico está compuesto por los elementos del formato PES: problema, etimología, signos y síntomas.

Problema: deterioro de la integridad cutánea
- R/c: Factores mecánicos.
- M/p: Atención de la superficie de la piel (dermis)

Diagnóstico enfermero de promoción de la salud
- Vulnerabilidad de una persona en una afectación de salud/proceso vital. Está apoyando con factor de riesgo a aumento de vulnerabilidad.
- Años diagnóstico riesgo está formado por problemas y etimología denominado factor riesgo, al no existir signos no síntomas

Problema riesgo de intoxicación
- R/c: falta de preocupaciones adecuadas

Diagnóstico enfermero de promoción de salud
- Motivación y deseo de una persona de aumentar su bienestar, actualizar su potencial humano y mejorar sus conductas específicas, comienza con disponibilidad de mejorar. No tiene factores, por lo que la formulación con problema, signos y síntomas

Disponibilidad de mejorar (m/p) manifiesta interés de aprendizaje
- Aunque se limitados en números , en la taxonomía de NANDA, se puede encontrar síndromes, es un juicio clínico en relación con un conjunto de diagnósticos especificados y se trata conjuntamente a través de intervenciones similares.

1.4 Tercera etapa 'planificación de cuidados'

Ya que se ha concluido la valoración identificado las complicaciones potencial (problemas interdependiente) y los diagnósticos se procede a la planeación de los cuidados o tratamiento enfermero.

Etapas de el plan de cuidados (carpenio 1987 e Iyer 1989)
- 1. Establecer prioridades en los cuidados. Selección, se trata de ordenar jerárquicamente los problemas destacados de la familia (económicos, materiales y humano)
- 2. Planteamiento de los objetivos del cliente con resultados esperados. Determinar criterios lo que se espera tanto por parte de los individuos y familia como profesional

Se desarrolla en tres fases
- Determinación de criterios, determin resultados NOC y intervenciones NIC. Fijar prioridades. Aunque se tome la referencia a Maslow, pero es importante consensuar con el paciente la importancia de cada diagnóstico, con el fin de tratar los problema más importantes

Establecimiento de los objetivos o resultados de enfermería NOC esperados. Clasificación estandarizada de resultados de enfermería
- Objetivo, evaluar la eficacia de las intervenciones enfermeras.

Resultados: etiqueta, definición, listados de indicadores, escala de Likert y bibliografía
- Cada resultados tiene indicadores se utiliza para determinar el estado del paciente, esto indicadores serán puntuados mediante la escala Linkert siendo 1 la peor puntuación y 5 la puntuaciones deseable

Importancia, la medición estriba en qué los resultados se midan con exactitud y validez de manera que pueda examinarse las intervenciones enfermeras
- Premisas:
- * Tener en cuenta los diagnósticos o problemas sino también factores relacionados o riesgo y características definitorias.
- * Valorar las características del paciente.
- * Preferencias del paciente

Selección de las intervenciones de enfermería NIC
- Conocimiento y juicio clínico, para favorecer resultados al paciente.
- Componentes: etiqueta, código, definición, actividades y bibliografía

Están compuesta por la actividad en el cuidado específico que lleva acabo para una intervención y que ayuda al paciente a resultados deseados.
- Factores
- * aprobación de la intervención seleccionada por parte del paciente.
- * Resultados esperados en el paciente.
- * Etiología y sintomatología relacionada con el diagnóstico del enfermero
- * Soporte científico en la intervención.
- * Posibilidad de utilizar en la práctica una intervención.
- * Conocimiento y habilidades para realizar intervencion.

1.5 cuarta etapa de ejecución, ejecución, registro del plan de cuidados

Consiste en la realización de las intervenciones de enfermería, no solo consiste en aplicar los cuidados de enfermería correspondiente a la interpretación si no que conlleva a unas actividades

Actividades:
- * Continuar con la recogida y valoración de datos.
- * Registro de los cuidados de enfermería realizados.
- * Transmitir el estado de salud mediante informes verbales a los profesionales sanitarios que intervienen con su atención.
- * Actualizar el plan de cuidados de enfermería.

El enfermero debe revisar el plan de cuidados, teniendo en cuenta recursos materiales y humanos, es responsable no solo del cuidado, independiente sino también de los cuidados dependientes e interdependientes.

Objetivo, es documentar y comunicar el estado del paciente lo esperado, las intervenciones realizadas y la evaluación del proceso. El registro será periódico en función del estado del paciente

Requisitos a completar
- * Valoración de enfermería.
- * Diagnóstico de enfermería.
- * Resultados NOC, serán puntuados antes de ejecutar las intervenciones y periódicamente mientras las invitaciones
- * Intervenciones NIC

Plan de cuidados.
- Individualizado. Documentar la valoración, diagnósticos, resultados NOC e intervenciones NIC para paciente particular
- Estandarizados. Protocolos generales, resulta útil cuando son predefinibles en relación a una respuesta humana

Información del plan de cuidados
- La mayoría de los servicios automáticos y nacionales tienen información en mayor o en menor medida, de la historia clínica de los pacientes. Es importante reflejar el plan de cuidados sea físico o electrónico, ya que éstos profesionales generan la mitad de gastos que genera servicio de la salud mejora seguridad al paciente.

Beneficios de los planes de cuidados.
- * Mejora la comunicación en el equipo, mejora comunicación en el equipo profesional repercutirá la calidad y continuidad de los cuidados.
- * Facilita el lenguaje estandarizado, simolefca el eventual intercambio de datos en el Proceso.
- * Descripción del conocimiento y habilidades de la clínica enfermera
- * Eficaz en la gestión de cuidados. Proporciona de manera sencilla los cuidados y delimita si coste.
- * Evidencia clínica, facilitaba a generar nuevo conocimiento basado en la evidencia.
- Facilita información, accesibilidad a datos clínicos, lenguaje estandarizado, permite información de calidad entre los enfermeros estudiantes y graduados.
- * Evidencia de las intervenciones enfermeras. Registro sanitario electrónico refleja intervenciones y concreta actividades o cuidados particulares que ejecutan habitualmente las enfermeras

Ventaja
- * Registro rápido, claro y conciso.
- * Ausencia de alterrogeas causadas por una intervención errónea de la información manuscrita
- * Se evita duplicar información
- * Eliminación del registro físico papelero.

6. Quinta etapa ' evaluación de enfermería'

Se define como el comportamiento planificado y sistemático entre el estado de salud del paciente y los resultados esperados. Evaluar es emitir juicio, acción, trabajo, situación o persona comparándolo con varios criterios

Fases de evaluación
- * puntuación de los indicadores, mediante la escala de Linkert
- * Comparación de resultados, lo que se obtiene tras la intervención serán comparadas con la puntuación de los cuidados de enfermería.

Tipos de indicadores NOC
- * Datos anatómofisiológicos.
- * Síntomas
- * Conocimiento
- * Competencias o habilidades.
- * Sentimientos.
- * Valores y creencias.

Interferencia de conclusiones
- Al término de la evaluación es necesario analizar y extraer conclusiones, que nos sirva para mejorar el proceso de atención. Y por ende aplicar cuidados en la evidencia.

Evaluación se realiza periódica y cíclica, afectando a las decisión tomadas en la fases de atención.
- Valoración debe ser interpretadas con el fin de hacer conclusiones que nos sirva plantear correcciones en las áreas estudio.

Posible conclusiones
- * el paciente ha alcanzado el resultado esperado.
- * El paciente está en proceso de lograr resultados, no se le puede conducir hacer otras actividades.
- * El paciente no alcanzado resultados y no parece lograrlo, se puede realizar revisión de problema de lo que se espera y de lo que lleva acabo.

De forma resumida y siguiendo a (M. Caballero 1989) se compone de
- * Medir los cambios del paciente/cliente
- * En relación a los objetivos alcanzados.
- * Como resultados de la intervención enfermera.
- * Con el fin de establecer correcciones

Las evaluaciones se lleva sobre las etapas del plan, la intervención y el producto final se debe evitar ambiguos 'igual', 'poco apetito', etc. Es mejor mencionar lo que dijo o hizo la documentación se encontrará en la historia clínica.

7. Entrevista clínica

Es la técnica de recogida de información que utilizamos constantemente en nuestra profesión. Para valorar necesidades y para cuidar a las personas que atendemos en necesario cumplir con varios puntos

* conocimiento teórico y técnicos sobre el proceso de entrevista.
- * Habilidades y destrezas sociales.
- * Comunicativas para abordar la facets interpersonal.

Se adquiere conocimientos específicos, esfuerzo diario y uso de profesionales que lo utilizan, destreza que a quienes en información básica, sin embargo recurre a la institución a la hora de entrevistar al paciente con errores que ellos comportan en otras rechazan o lo evitan ' por falta de tiempo'.

Su finalidad
- Depende de los objetivos planteados y del enfoque, así se ve que la técnica no es exclusiva, ya que lo emplean todo el personal de salud que atiende a personas con problemas diversos

Etapas de la entrevista.
- Se puede dividir en varias etapas, la preparación del proceso, la fase inicial, el cuerpo o fase intermedia, cierre, posdata y análisis de la información recogida.

Guía de preguntas.
- * Evitar frases u oraciones debe ser clara y precisa
- * Evitar preguntas con doble sentido, debe tener dos ideas o concepto para evitar conflicto.
- * Adaptar las preguntas a la capacidad de entrevista.
- * Evitar términos técnicos, debe ser sencillo y hay términos explicarlo.
- Formular preguntas afirmativa o negativa.
- * No emitir juicios, realizar preguntas cerradas al relación actitudes o comportamientos (alcohol, promiscuidad sexual).
- * Preguntas interpersonal para tratar temas íntimo delicados. Así se reduce la incomodidad y respuesta sincera.

Fase inicial.
- Se produce cara a cara con el entrevistado, con el objetivo de recoger información del estado y problemas del paciente.

Act a realizar.
- * presentación del profesional que lo va a realizar
- * Confirmar la identidad del entrevistado.
- * Preguntarle sus preocupaciones en el momento.
- * Informarle la duración de la entrevista.
- * Remarcar que es confidencial la entrevista.
- * Aclarar la finalidad
- * Interpretación señales verbales del paciente.

Nos centramos en contenido cognitivo del paciente. Al cual hace a las circunstancias, hechos, acontecimiento y situación referidas al problema actual. El contenido verbal y emocional hace referencia hace expresión al pensamiento, deseos, preocupaciones, temores sentimientos etc, que nos comunica las emociones se trasmite por las posturas, gestos, expresión facial, contacto ocular y tono de voz.

Fase intermedia
- Diferentes áreas a dirigir en ellas hay unas consideraciones
- * Recoger primero la información de lo general a lo específico.
- * Anotar datos recogidos brevemente y forma inteligente, cifras, fechas, datos interesante si. Transcribir toda la información del paciente.
- * Atender reglas básicas de habilidades de comunicación efectiva, verbal y no verbal.
- * Ser flexible al orden de las preguntas.

Face final
- Se determina el cierre, las act son
- * Comunicar la finalización próxima de la misma.
- * Agradecer la colaboración y atención prestada.
- * Preguntar se desea comuncar algo más.
- * Presentar un resumen de los contenidos tratados.
- * Aportar prescripción, es decir, tareas a realizar por parte del paciente en casa para al próximo encuentro.
- Ejemplo: una serie de cuidados o recomendaciones.
- * Despedirse en forma de gratitud o efecto. Breve respetuosa y cálida.