

**Unidad I.
Proceso de
enfermería**

DOCENTE: L.E JUANA INES HERNANDEZ LOPEZ

ASIGNATURA: FUNDAMENTOS DE ENFERMERÍA I

ALUMNO: LITZI RUBÍ DE LA CRUZ DE LA CRUZ.

CUATRIMESTRE: 1 LEN GRUPO B

Proceso de enfermería

Que es

Es un método sistemático que brinda cuidados que se centran en el logro de un objetivo.

Objetivo.

se centra, en constituir una estructura que pueda cubrir dos factores prioritario.

- Cubrir, de forma individualizada, las necesidades del paciente,
- Cubrir la necesidades de familia y comunidad.

Sus ventajas.

considerando a la enfermería como una disciplina con carácter científico

se centra en la respuesta sobre el paciente, con calidad en la atención

sobre la enfermera, aumentando su satisfacción y su crecimiento profesional ante la consecución de objetivos,.

Características del proceso.

- Tiene una finalidad, se dirige a un objetivo.
- Es sistemático.
- Es dinámico e interactivo
- Es flexible.
- Tiene una base teórica y se puede aplicar a cualquier modelo de enfermería. .

Etapas del proceso.

- VALORACIÓN
- DIAGNÓSTICO
- PLANIFICACIÓN
- EJECUCIÓN
- EVALUACIÓN

VALORACIÓN.

SE DEFINE COMO

Es 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 esto se divide en 4 facetas.

ES

Es la recolección de información sobre el estado de salud del paciente

A través de:

- Exploración física.
- Observación.
- Entrevista.

Facetas de la valoración

Relación de datos: es una información concreta que se obtiene de un paciente, o familiar, hace referencia a su estado de salud. Los datos pueden ser objetivos o subjetivos.

validación de datos: La validación consiste en confirmar que los datos objetivos y subjetivos que se han obtenidos son verdaderos.

Organización de los datos: la información recogida será agrupada, de tal manera que se facilite y oriente la etapa de diagnóstico.

Registro de la valoración: son los objetivos de un registro correcto de la valoración.

Tipos de valoración

Según la complejidad del examen se distinguen dos tipos de valoraciones.

• **Valoración Global o inicial.** Este tipo cubre todas las perspectivas de valoración enfermera. Es la primera valoración que se realiza a un paciente.

• **Valoración Focalizada o continua.** Se centra en situaciones clínicas o problemas de salud concretos.

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.

Diagnostico.

Se define como:

El diagnóstico es un juicio clínico sobre la respuesta de un individuo, familia o comunidad a sus problemas de salud reales o potenciales, y a procesos vitales. El diagnóstico proporciona la base para la selección de intervenciones, para el logro de objetivos

Trata de:

Se centra en el análisis de los datos recogidos durante la valoración y su interpretación científica, que da como resultado los diagnósticos de enfermería, estos diagnósticos guiarán :

LA PLANIFICACIÓN

EJECUCIÓN.

EVALUACIÓN DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA

Tipos de diagnósticos:

Existen cuatro tipos, que son: reales, de alto riesgo (designados hasta 1992 como potenciales), de bienestar o posibles

Real: representa un estado que ha sido clínicamente validado mediante características definitorias principales identificables

Alto Riesgo: es un juicio clínico de que un individuo, familia o comunidad son más vulnerables a desarrollar el problema que otros en situación igual o similar.

Posible: son enunciados que describen un problema sospechado para el que se necesitan datos adicionales.

De bienestar: juicio clínico respecto a una persona, grupo o comunidad en transición desde un nivel específico de bienestar hacia un nivel más elevado.

Dimensiones:

Enfermería tienen tres dimensiones, dependiente, interdependiente e independiente, según el nivel de decisión que corresponda.

La dimensión dependiente de la práctica de la enfermera incluye aquellos problemas que son responsabilidad directa del médico que es quien designa las intervenciones.

La dimensión interdependiente de la enfermera, se refiere a aquellos problemas o situaciones cuya prescripción y tratamiento colaboran las enfermeras y otros profesionales de la Salud.

Dimensión independiente de la enfermera, es toda aquella acción que es reconocida legalmente como responsabilidad de Enfermería, y que no requiere la supervisión o dirección de otros profesionales.

Planificación de cuidados

TRATA

Trata de establecer y llevar a cabo unos cuidados que conduzcan al cliente a prevenir, reducir o eliminar los problemas detectados.

Durante esta etapa de planificación, se elaboran los objetivos y la intervención de enfermería.

Objetivos del plan de cuidados

1. Promover la comunicación entre los cuidadores.
2. Dirigir los cuidados y la documentación.
3. Crear un registro que posteriormente pueda ser usado para la evaluación, investigación y propósitos legales.
4. Proporcionar documentación sobre las necesidades en cuidado de la salud para determinar su coste exacto.

ES

Establecer resultados, dar prioridades, seleccionar las intervenciones y preinscripciones de enfermería.

Con los objetivos de obtener los conocimientos de:

1. Conocimientos técnicos.
2. Conocimientos científicos
3. Habilidades
4. Destrezas
5. Actitudes y valores.

ES

Establecimiento de prioridades (Determinar prioridades)

Determinar prioridades es una habilidad esencial del pensamiento crítico que requiere que sea capaz de decidir.

1. Qué problemas necesitan atención inmediata y cuáles pueden esperar.
2. Qué problemas son su responsabilidad y cuáles debe referir a otro profesional.
3. Qué problemas tratará usando los planes estandarizados
4. Qué problemas no están cubiertos por los protocolos o planes estándar pero deben tratarse para asegurar una estancia hospitalaria segura.

Ejecución.

LA EJECUCIÓN IMPLICA.

- 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.

DEFINICIÓN

se realizaran todas las intervenciones es decir, se ejecutan los cuidados que se ha decidido aplicar. En esta fase es muy importante la recogida de datos para poder valorarlos en la fase siguiente.

ES

realizar las intervenciones para prevenir, resolver, y controlar los problemas.

El enfermero tiene toda la responsabilidad en la ejecución del plan.

incluye al paciente y a la familia, así como a otros miembros del equipo.

INCLUYE

- preparación
- Documentación
- intervención

Evaluación.

Evaluar

Es emitir un juicio sobre un objeto, acción, trabajo, situación o persona, comparándolo con uno o varios criterios.

Criterios importantes

- Eficacia
- efectividad de las actuaciones

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

ES

es la determinación sistemática de las intervenciones, que permiten corroborar los resultados planeados

PERMITE

Determinar la eficacia, hacer las modificaciones de las cuatro etapas para solucionar los problemas de salud, evaluar los resultados.

El proceso de evaluación consta de dos partes

- Recogida de datos sobre el estado de salud, problema, diagnóstico que queremos evaluar

Comparación con los resultados esperados y un juicio sobre la evolución del paciente hacia la consecución de los resultados esperados.