

PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA

Prof. Lic. Edgardo Lugones
Prof. Lic. Vanesa Arzamendia

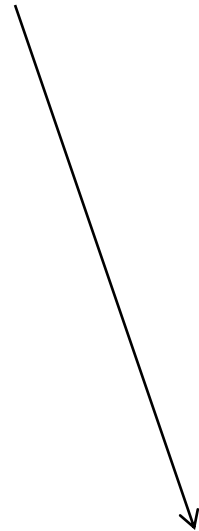
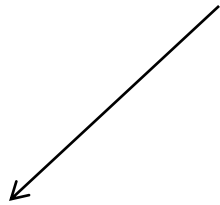
P. A. E.

Es un planeamiento Método – Científico

Resolver
Problemas

Individualizado

Protocolizar



COMPAREMOS

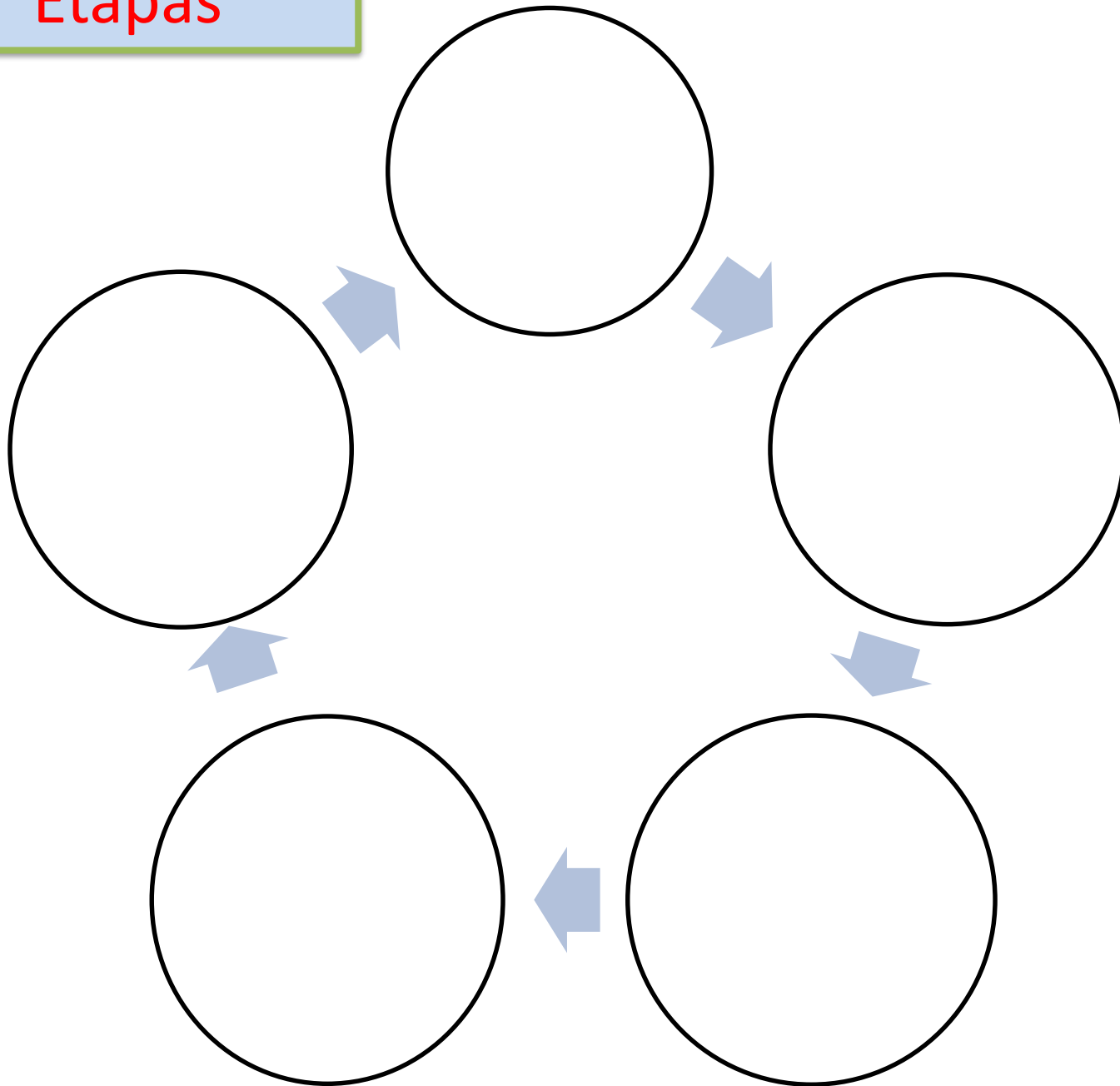
Método de resolución de problemas

Proceso de Atención de Enfermería

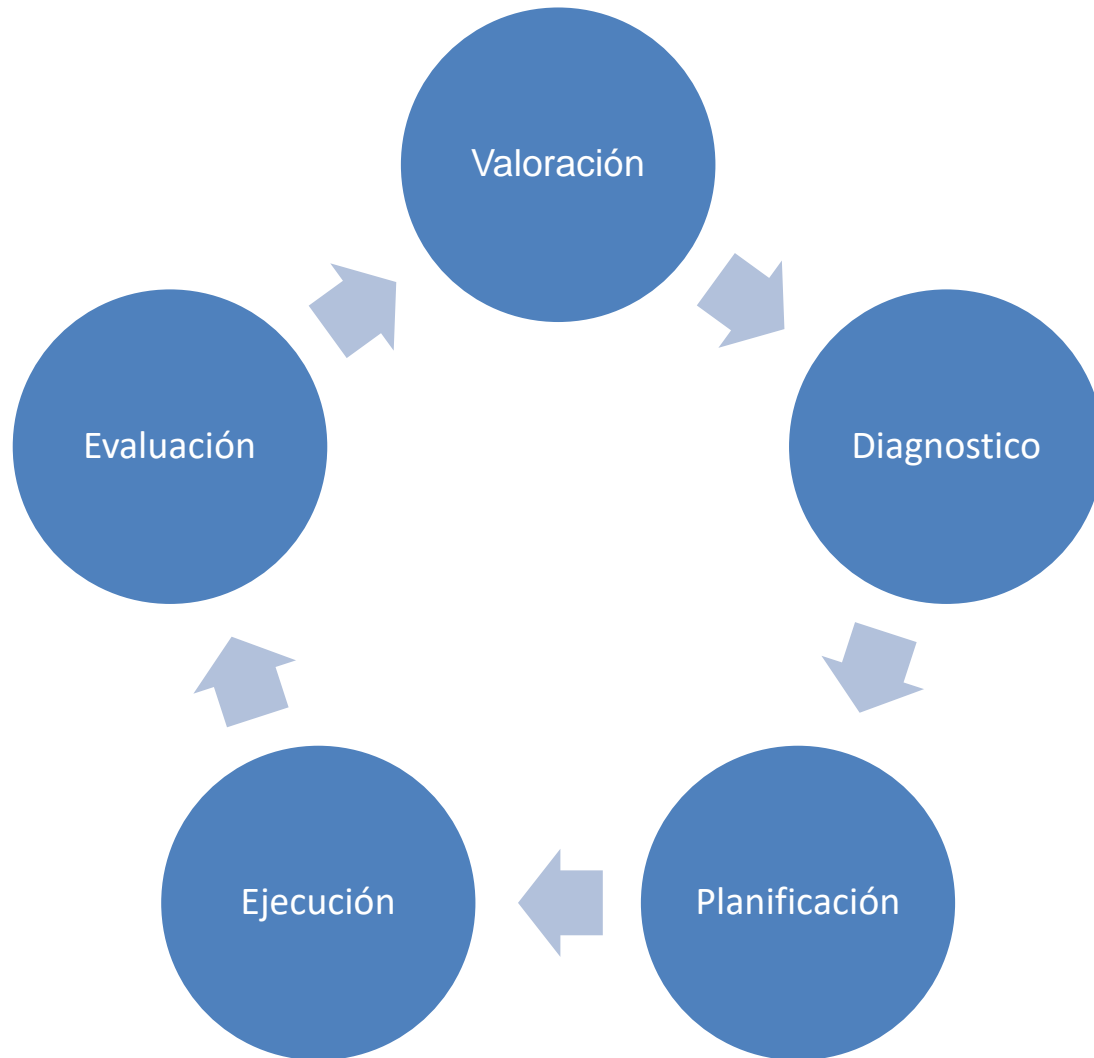
Método Científico

Identificación de Problemas	Identificación de Necesidades.	Identificación de Area Problemática.
Recopilación de datos		Investigación Bibliográfica.
Jerarquización de los Problemas Identificados.	Diagnóstico de Enfermería.	Identificación de un problema Investigable e Hipótesis.
Selección de Alternativas según recursos		
Establecimiento de un Plan	Planeación (Objetivos y Plan de Acción)	Planeación de la investigación
Ejecución	Ejecución	Prueba Previa Ejecución
Evaluación	Evaluación	Análisis de la Información obtenida. Síntesis y Conclusiones. Evaluación de Hipótesis.

5 Etapas



5 Etapas



VALORACION

Recolección de Datos e Interpretación

Observación

Entrevista

Examen Físico

Datos y Fuentes

Subjetivos

Primaria

Objetivos

Secundaria

De Antecedentes

Actuales

Ejemplo de datos subjetivos y objetivos

Subjetivos

Me siento débil cuando hago un esfuerzo”

El paciente refiere tener calambres en el estomago.

“ Afirma : “ Tengo el estomago revuelto”

“ Me falta el aliento”

La esposa señala: “ hoy parece que esta menos triste”

“ Anoche no pude dormir nada”

Objetivos

- Tensión arterial 90/50 mmhg.
- Pulso 104 P.xm
- Piel pálida.
- El paciente vomito 100 ml de liquido verde.
- Abdomen firme con leve distensión.
- Ruidos intestinales presentes en los 4 cuadrantes.
- El paciente lloro durante la entrevista.
- El paciente sujeta una biblia en la mano. El paciente tiene una cruz en la mesita de noche.

Análisis e Interpretación

Datos

Temperatura 38,8 °C

Recuento Leucocitario
24.000

Enrojecimiento de la
incisión

Drenaje Purulento

Deducción

La
Incisión
esta
infectada

Análisis e Interpretación

Datos

Temperatura 38,8 °C

Disminución de la turgencia de la piel

Lengua seca

Gasto urinario de 200ml en 24 horas

Deducción

El
Paciente
esta
Deshidratado

Diagnóstico de Enfermería

Es un enunciado del problema Real o en Potencial del paciente que requiere de la intervención de enfermería con el objeto de prevenirlo ,disminuirlo o resolverlo .

Diferencias

Medico

Identifica una enfermedad concreta

Las manifestaciones clínicas indican la necesidad de una atención médica.

Enfermero

Identifica una respuesta real o potencial a la enfermedad.

Las respuestas indican la necesidad de cuidados de enfermería

Comparemos

Medico

Carcinoma hepático

Insuficiencia cardiaca

EPOC (enfermedad pulmonar obstructiva crónica)

Enfermero

Dolor agudo

Volumen de líquidos excesivo

Patrón respiratorio ineficaz

Proceso para la Elaboración de Diagnósticos de Enfermería

1. Obtención de los datos (valoración).
2. Diferenciación entre datos objetivos y datos subjetivos.
3. Validación de los mismos.
4. Organización y agrupación de los datos según modelo.
5. Análisis de los datos.
6. Identificación de los problemas.
7. Formulación de los diagnósticos de enfermería o problemas interdependientes

Problema

Alteración de necesidades

Causas / Etiología

Ambientales

Psicológicas

Socioculturales

Espirituales

Fisiológicas

Partes de un Diagnóstico

PROBLEMA

ETIOLOGIA

SIGNOS Y SINTOMAS

Relacionado
con
R/C

Manifestado por
M/P



Regla Mnemotécnica

P

Problema

O

Objetivo

C

Causa / Etiología

A

Acciones
Intervenciones

Ejemplo

Alteración de la nutrición en menos R/C

1. Dificultad en la deglución
2. Anorexia
3. Sensación de soledad

Riesgo potencial en la eliminación intestinal: estreñimiento R/C

1. Inmovilidad prolongada
2. Ingesta disminuida
3. Cambio en la dieta

¿Cómo se redactan los diagnósticos enfermeros?

1. Utilizar “ relacionado con” en lugar de “ debido a” o “ causado por”.
2. Escribir el Diagnostico con términos convenientes o aconsejables desde el punto de vista de **ético - legal**.
3. Escribir el diagnostico sin emitir **juicios de valor**.
4. Evitar invertir el orden de las frases en la categoría diagnóstica.
5. La **primera parte** del diagnostico debe incluir exclusivamente **el problema**.
6. Debe quedar claro que las partes del diagnostico no expresan lo mismo.
7. El problema o la etiología se deben expresar utilizando conceptos que estén dentro del campo de actuación de enfermería y **no se debe incluir el diagnostico medico**.
8. No mencionar signos y síntomas de la enfermedad en la primera parte de la categoría diagnóstica

Ejemplos de diagnósticos

Incorrecto

1- Riesgo de lesión, causado por el estado mental.

2- Riesgo de lesión R/C una tracción incorrecta de la piel.

3- Problemas de paternidad R/C un vinculo defectuoso con el hijo.

4- Ingesta calórica disminuida R/C alteración de la nutrición por defecto.

5- Afectación de la integridad de la piel R/C erosión de una zona de la piel.

6- Patrón respiratorio ineficaz R/C enfisema

Correcto

• Riesgo de lesión **en relación con** alteración del estado mental.

• Riesgo de lesión **R/C** los inconvenientes de la tracción de la piel.

• Problemas de paternidad **R/C** separación prolongada del hijo

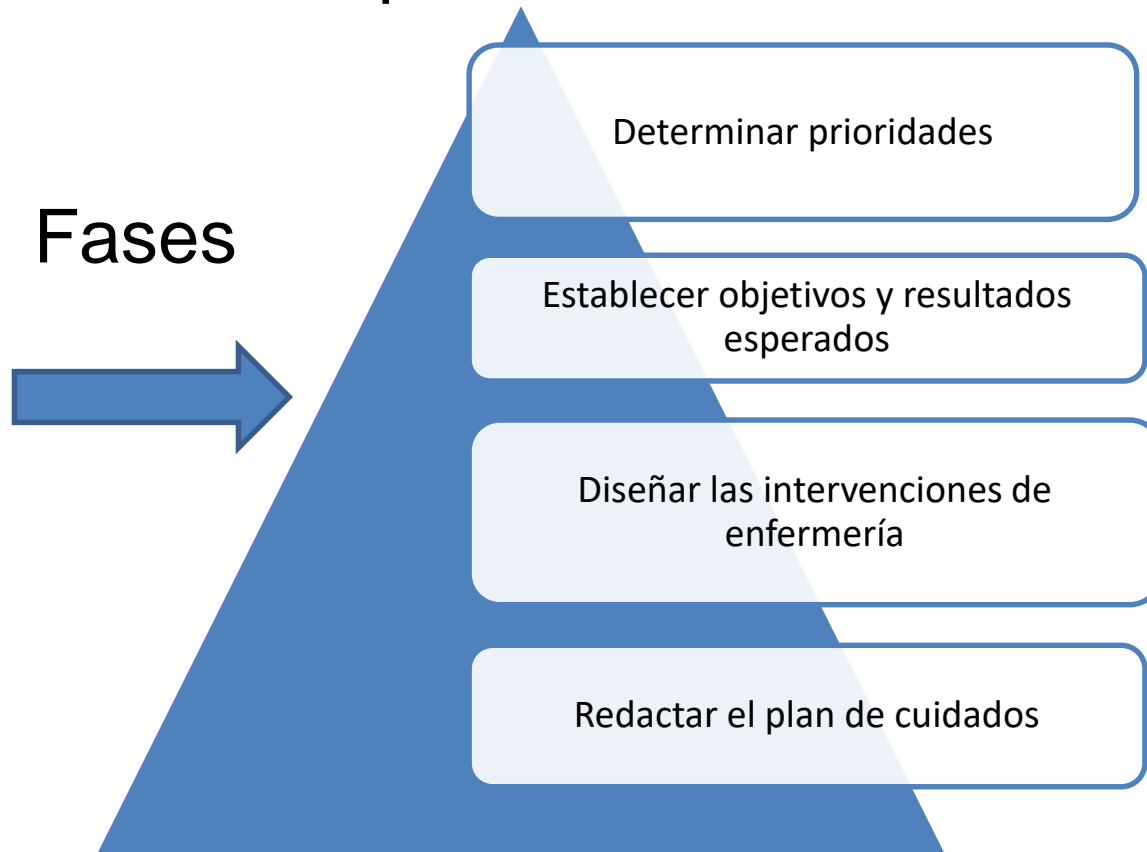
• Alteración en la nutrición (por defecto) R/C ingesta calórica disminuida

• Afectación de la integridad de la piel **R/C** inmovilidad prolongada

• Patrón respiratorio ineficaz **R/C** retención de secreciones

Planificación :

Elaborar un plan de acción con el fin de prevenir, reducir o solucionar los problemas de salud identificados en el paciente



Objetivos

Siempre dando respuesta a la necesidad alterada y en infinitivo (ar, er, ir) .

Los objetivos son del paciente.
Cada Diag. con un solo objetivo.

Mantener. Restablecer. Prevenir. Recuperar. Mejorar.
Ajustar . Adaptar.

PLANIFICAR LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERIA

¿ Como deben ser las intervenciones?

- ❖ Orden de prioridad
- ❖ Concretas
- ❖ Precisas
- ❖ Especificas
- ❖ Casi imperativas!!!!!!
- ❖ Base científica



Independientes
Interdependientes
Dependientes

¿Que hay que hacer, cuando hay que hacerlo ,como hay que hacerlo donde hay que hacerlo y quien va a hacerlo?

Ejecución:

Es la realización o puesta en marcha de los cuidados programados.

DOCUMENTACION (REGISTRO)

Anotar en el plan de cuidados las actividades hechas o no especificando el por que no se realizaron. Fecha, turno firma etc.

Evaluación:

Comparar las respuestas de las personas con los resultados preseleccionados para determinar si se han conseguido los objetivos propuestos. Implica la revisión y modificación del plan de cuidados



1- Valoración	2-Diagnóstico	3-Planificación	4-Ejecución	5-Evaluación
1- Obtención de datos	1- Análisis e interpretación de los datos.	1- Determinar prioridades	1- PREPARACION: analizar el plan, organizar los recursos, prever complicaciones. Analizar los conocimientos y las destrezas.	1-Emitir juicio sobre el logro de los objetivos. (logrado o no logrado)
2-Organización de los datos	2- Identificar las necesidades o problemas del paciente.	2- Establecer objetivos y resultados esperados	2- EJECUCION: eje principal del proceso de enfermería necesario para que se logren los objetivos y el DX se resuelva	2-Revisar el plan de cuidados
3-Validación de los datos	3- Formulación del DX de Enfermería.	3- Diseñar las intervenciones de enfermería	3- DOCUMENTACION (REGISTRO) Anotar en el plan de cuidados las actividades hechas o no especificando el por que no se realizaron. Fecha, turno firma etc.	3-Reactivar la secuencia (PAE), reevaluar. Modificar añadir.
4-Registro de datos	4- Validar el diagnóstico de Enfermería	4- Redactar el plan de cuidados.		4-DOCUMENTACION, registro.

ESTE ES EL FIN