



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO
FACULTAD DE ENFERMERÍA Y OSBTETRICIA**

PROCESO DE ENFERMERÍA

M en CS Isabel Alvarez Solorza

GENERALIDADES DEL PROCESO ENFERMERO

- **CONCEPTO**

Es un método sistemático de brindar cuidados humanistas centrados en el logro de objetivos de forma eficiente (Alfaro, 1999:4)

CARACTERÍSTICAS

E
S

Método: Serie de pasos a seguir por la enfermera que permite organizar y solucionar problemas relacionados a la salud de los usuarios.

Sistemático: Esta conformado por 5 estepas

U
N

Humanista: Considera al hombre como un ser holístico total e integrado

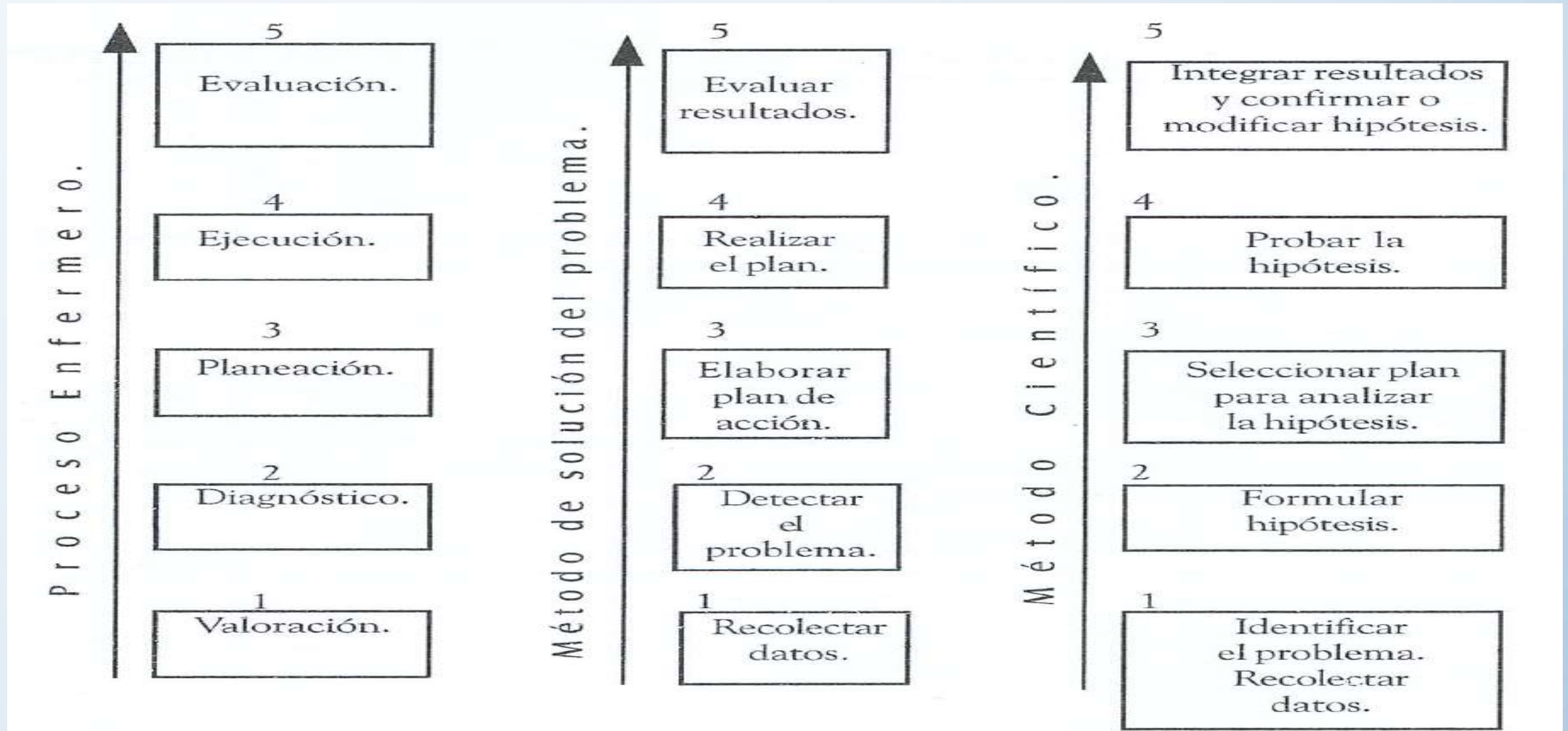
Flexible: Puede aplicarse en diversos contextos de la practica de enfermería

Intencionado: Se centra en los objetivos permitiendo guiar acciones para resolver la causa del problema.

Dinámico: Esta sometido a constantes cambios que obedecen a la naturaleza de propio hombre

Interactivo: Requiere interrelación humano-humano con el del usuario para acordar objetivos comunes.

PROCESO ENFERMERO Y LOS MÉTODOS DE SOLUCIÓN DE PROBLEMAS Y CIENTÍFICO



ETAPAS DEL PROCESO ENFERMERO



VALORACIÓN



- Es la primera etapa del proceso enfermero que nos permite estimar el estado de salud del usuario, familia o comunidad.
- Con la valoración se reúnen todos los datos necesarios y correspondientes a respuestas humanas y fisiopatológicas con las que se logra en conocimiento integral de la personas o grupo.

¿Como se realiza una valoración ?



PASOS PARA REALIZAR LA VALORACIÓN

1. La recolección de la información



2) Validación de la información



3) Registro de la información



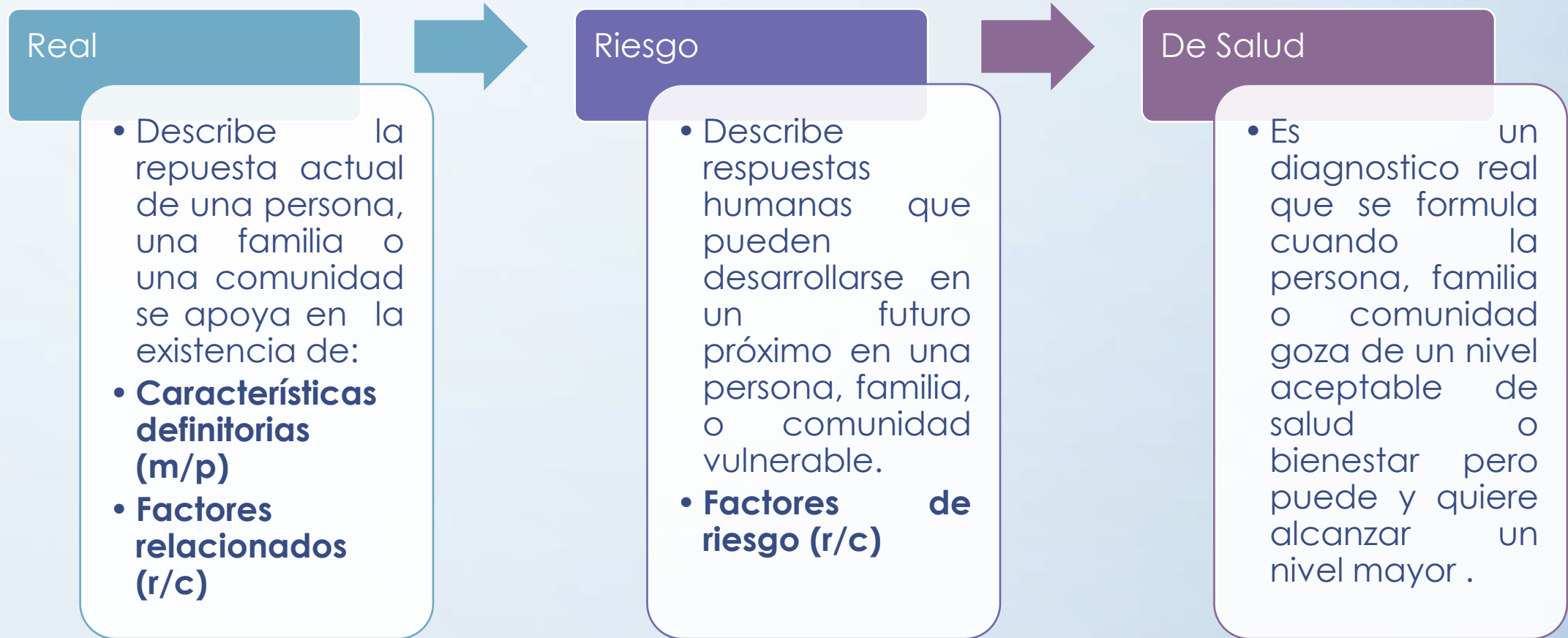
Informar y anotar
los datos obtenidos



DIANÒSTICO

- Es un juicio clínico sobre la respuesta humana de una persona, familia o comunidad a procesos vitales y a problemas de salud reales en donde la enfermera es responsable de la predicción, prevención y tratamiento de forma independiente.

CLASIFICACIÓN DE LOS DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS



Pasos para realizar un diagnóstico



- Razonamiento diagnóstico



- Formulación de diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes



- Validación



- Registro de los diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes

Razonamiento diagnóstico

- Es la aplicación del pensamiento crítico a la solución de problemas.

Realizar listado de datos significativos

- Subjetivos, objetivos, históricos y actuales.

Analizar y agrupar los datos significativos

- **Datos significativos** (disnea, tos, cianosis, fatiga) ➔ **Deducción:** el usuario tiene insuficiencia respiratoria.

Comparar los datos significativos

- Factores relacionados/ riesgo y con las características definitorias de las categorías diagnósticas de la N.A.N.D.A.

- Efectuar revaloración si existen dudas y lagunas de información.

- Determinar si la enfermera tiene la autoridad para hacer el diagnostico definitivo y ser el principal responsable. De la **predicción prevención y tratamiento del problema.**
- Problemas **INTERDEPENDIENTES**

- Proceder a dar el nombre correspondiente a las repuestas humanas (diagnósticos enfermeros), y respuestas fisiopatológicas (problemas interdependientes)

- Determinar los factores relacionados o de riesgo

Clasifican en:

Reales: Se hace evidente a través de signos y síntomas.

Riesgo: existen factores de riesgo pero no hay manifestaciones clínicas.

Ejemplo:

Paso 1

- Adulto mayor
- Falta de ejercicio
- Alimentación pobre en residuo
- Poca ingesta de líquidos
- Disminución de apetito
- Dolor gastrointestinal
- Evacuación cada 3 o 4 días

Paso 2, 3 y 4

- Alimentación pobre en residuo
- Poca ingesta de líquidos
- Disminución en el apetito
- Dolor gastrointestinal
- Evacuación cada 3 o 4 días

- El usuario tiene problemas con la eliminación intestinal
(Deducción)

Paso 5

- Diagnóstico enfermero

Paso 6 y 7

- **Estreñimiento.**
- **Factores relacionados:**
- Envejecimiento, disminución del peristaltismo intestinal.
- Alimentación pobre en residuo
- Aporte insuficiente de líquidos.

PLANEACIÓN



- La planificación consiste en la elaboración de estrategias diseñadas para reforzar las respuestas del cliente sano o para evitar reducir y corregir las respuestas del cliente enfermo.

Establecer
prioridades



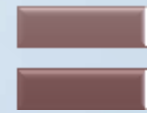
Elaborar
objetivos



Determinar
acciones
de
enfermería



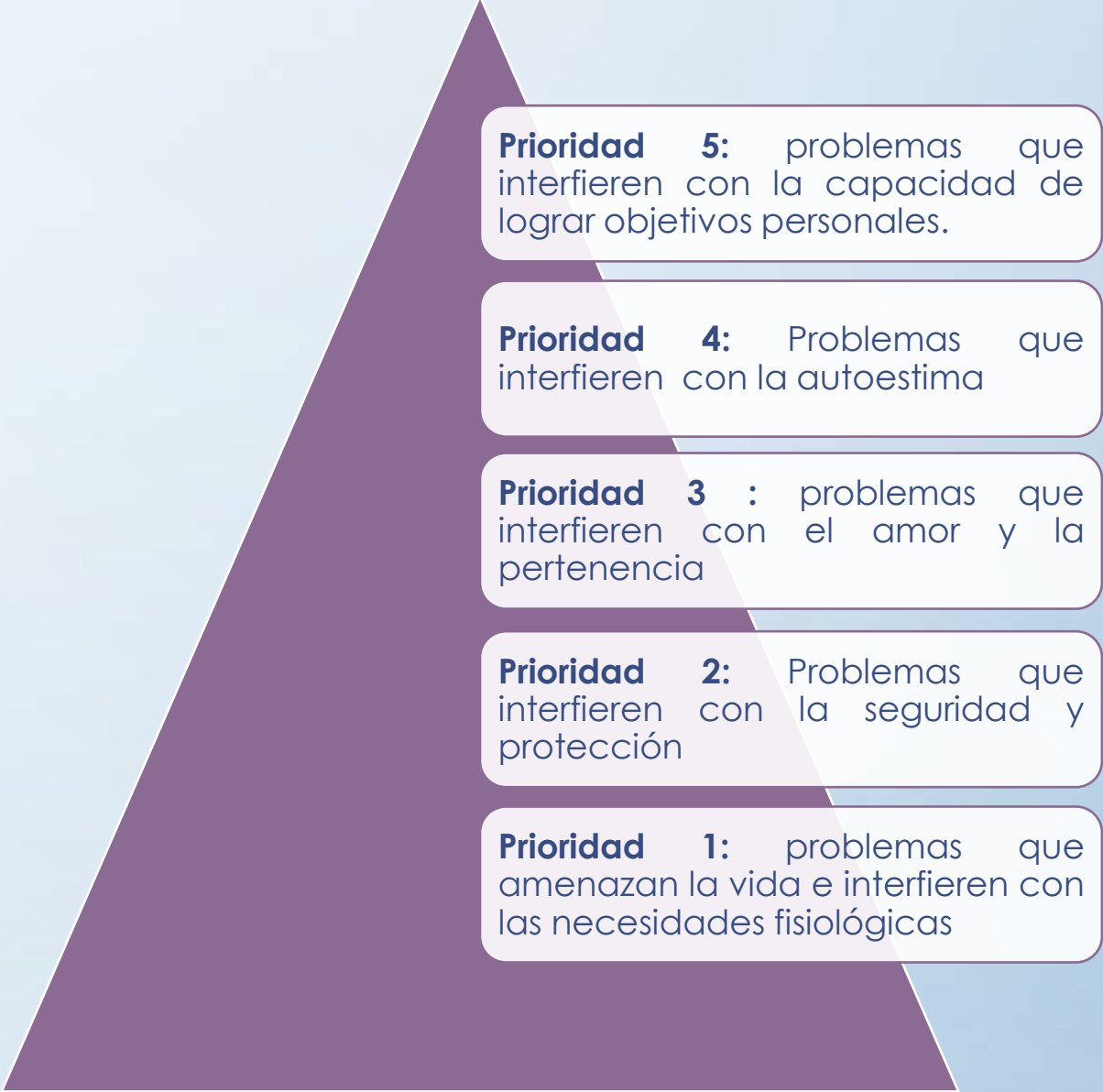
Documentar el plan
de
cuidados



Planeación

PRIORIZACIÓN

- Posterior a la valoración y etapa de diagnóstico se concluye con un número determinado de diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes, lo que hace indispensable la identificación de problemas de salud .
- La priorización siguiendo las necesidades humanas de Maslow y kalish



Prioridad 5: problemas que interfieren con la capacidad de lograr objetivos personales.

Prioridad 4: Problemas que interfieren con la autoestima

Prioridad 3 : problemas que interfieren con el amor y la pertenencia

Prioridad 2: Problemas que interfieren con la seguridad y protección

Prioridad 1: problemas que amenazan la vida e interfieren con las necesidades fisiológicas

OBJETIVOS

- Permiten dirigir las acciones de enfermería para dar solución a los problemas de salud encontrados.
- **CARACTERÍSTICAS**
 1. Resultar del diagnóstico enfermero o problema interdependiente; es decir centrarse en dar solución al problema.

2. Estar dirigidos al usuario, familia, comunidad, porque ellos esperan los resultados.

3. Incluir verbos que se pueden observar y evaluar para tener la certeza de que se ha logrado el objetivo:

4. Ser claros y ser precisos con los siguientes elementos en su redacción: sujeto (persona), verbo (conducta), condición (circunstancias en las que se debe realizar la conducta) y criterios de realización (tiempo y grado de tolerancia o dificultad para realizar la acción).

5. Haber involucrado al usuario y su familia para perseguir el mismo fin y tener mayores posibilidades de éxito.
6. Utilizar un solo verbo por cada objetivo.
7. Ser realistas es decir que se consideren las capacidades físicas psicológicas y personales del usuario para que se puedan alcanzar.
8. Considerar en los objetivos las conductas de los dominios: cognitivo, afectivo, y psicomotriz de acuerdo a características del problema de salud.

Ejemplo:

Diagnostico enfermero

- Alteración del patrón sueño, relacionado con cambios ambientales y estrés psicológico, manifestado por la dificultad para conciliar el sueño.

Objetivo final

- El usuario lograra mejorar su patrón del sueño

Objetivos específicos

- El usuario mostrara mayor capacidad de adaptación a su entorno.
- El usuario realiza técnicas de relajación para canalizar su estrés .

DETERMINACIÓN DE ACCIONES DE ENFERMERÍA

- Las intervenciones de enfermería son estrategias concretas diseñadas para ayudar al cliente a conseguir los objetivos.
- Selección de acciones de enfermería.

Problema	• Limpieza ineficaz de las vías aéreas
Factores relacionados	• Secreciones espesas y excesivas
Que se debe valorar antes durante y después	• Frecuencia respiratoria, signos de dificultad respiratoria, auscultar campos pulmonares, frecuencia cardíaca, estado de hidratación, valorar capacidad para la tos efectiva.
Acciones de enfermería específicas	• Posición semifowler, proporcionar líquidos orales, brindar palmo percusión torácica, movilización del usuario, realizar ejercicios respiratorios.
Acciones de enfermería educativas	• Orientar al usuario como realizar los ejercicios respiratorios, explicar la importancia de la toso efectiva para eliminar secreciones.
Acciones de enfermería que se tienen que incluir para consultar y derivar al usuario	• Comunicar al medico la presencia de signos de dificultad respiratorio, informar al medico cuando no exista una respuesta favorable en el usuario.
Anotaciones de enfermería que se deben registrar	• Registrar en la hoja de enfermería los datos de valoración obtenidos, acciones emprendidas y resultados en el usuario.

DOCUMENTACIÓN DEL PLAN DE CUIDADOS

- Permiten guiar intervenciones de enfermería para registrar resultados alcanzados.



Ejemplo

Diagnóstico enfermero

Estreñimiento relacionado con aporte insuficiente de líquido y alimentación con residuos; falta de ejercicio y hábito de ignorar el reflejo de defecación, manifestado por heces de consistencia dura, esfuerzo excesivo de defecar, alteración de apetito y dolor.

Objetivo

Final

La señora Castro mejorará la función de eliminación intestinal.

Específicos:

- Ingerirá mayor cantidad de líquidos de fibra
- Realizará un plan de ejercicios
- Acudirá inmediatamente al sanitario cuando tenga reflejo de defecación

Acciones de enfermería

- Observar características de evacuaciones.
- Determinar cuáles el patrón de eliminación intestinal.
- Verificar la presencia de otras manifestaciones que se asocian al estreñimiento.
- Proporcionar líquidos orales a la usuaria un plan de ingesta gradual de alimentos ricos en fibra.
- Iniciar a la usuaria un plan de ingesta gradual de alimentos ricos en fibra.

Fundamentación científica

La valoración de las características de las evacuaciones, el patrón de eliminación intestinal, y la presencia de otras manifestaciones del estreñimiento nos permiten conocer el problema, estimar su severidad, evaluar la respuesta a los cuidados.

La ingesta de líquidos superior a 2 litros diarios y alimentos ricos en fibra contribuyen a la eliminación intestinal al hidratar y dar consistencia a las heces.



EJECUCIÓN

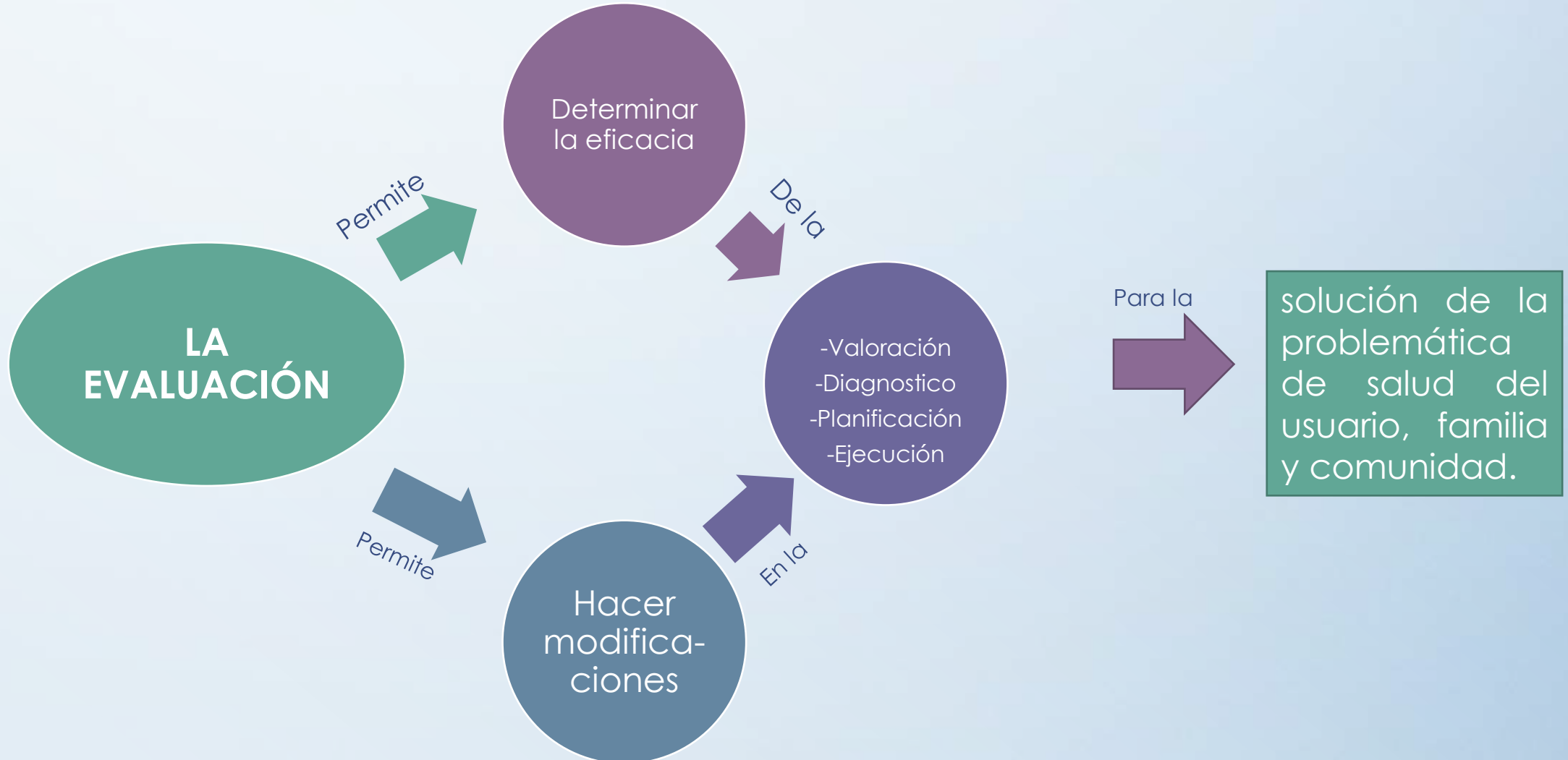
Comienza una vez que se han elaborado los planes de cuidados mediante:



EVALUACIÓN



- Es la última etapa del proceso enfermero y a la vez una exigencia en toda práctica de enfermería; la evaluación como parte del proceso es continua y formal por lo que está presente la valoración, diagnóstico, planificación y ejecución.



REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Rodríguez Sánchez Bertha A. Proceso enfermero Aplicación Actual, Segunda Edición, Ediciones: Cuellar; 275 paginas.
- Alfaro, Lefevre Rosalinda (2009). Aplicación del Proceso Enfermero, fomentar el cuidado en colaboración, 5ta. Ed. Masson, Barcelona España.
- <http://enfermeriaactual.com/metodologia-pae/>