

ROL DE ENFERMERÍA EN LOS CUIDADOS INTEGRALES: INGRESO EN HOSPITALIZACIÓN.

- Formalizar los trámites administrativos del ingreso.
- Acompañaremos al paciente y/o familiar a su habitación.
- Informaremos de la situación y composición de la unidad de Hospitalización.
- Orientaremos. Explicaremos de forma clara las normas básicas del funcionamiento de la unidad.
- Interrogaremos al paciente.
- Valoraremos al paciente en base a la información recibida, detectaremos los problemas y emitiremos los diagnósticos de enfermería (P.A.E)
- Tomaremos constantes.
- Abriremos y cumplimentaremos las hojas de Grafica, Observaciones y Tratamiento.

EN EL MOMENTO DEL INGRESO



A) VIGILANCIA DEL ESTADO CLINICO

Será criterio del enfermero/a la toma y vigilancia más frecuente de las constantes vitales, siempre que lo considere oportuno por la situación clínica del paciente, notificándolo al médico responsable siempre que exista un dato anómalo.

En el apartado **ENTRADAS** se anotarán las cantidades aportadas a aquellos pacientes en que exista la indicación de hacerlo

En el apartado **SALIDAS** se anotarán las cantidades emitidas por aquellos pacientes en que se contemple la necesidad de hacerlo o por prescripción médica (Diuresis, deposiciones, vómitos, drenajes, pérdidas insensibles)

En el apartado **BALANCE** se realizará cuando exista indicación para ello. Se anotará precedido del signo (+) o (-), según sea positivo o negativo.

B) ADMINISTRACIÓN DE TRATAMIENTO DIETÉTICO, FÍSICO Y MEDICAMENTOSO.

DIETÉTICO:

Seguir la **dieta prescrita** a cada paciente atendiendo en lo posible a los gustos personales.

En pacientes con restricción líquida o aumento de esta, hay que vigilar la administración extra o escasa de ellos.

En el apartado de dietas de la Hoja de grafica se anotará la prescrita por el médico.

FÍSICO:

✓ **Higiene y aseo:** Insistir en la necesidad del aseo diario. En pacientes imposibilitados o que no puedan levantarse de la cama, se realizará en ella.

✓ **Postural:** Salvo que indique reposo absoluto en cama el paciente deberá permanecer levantado el mayor tiempo posible. En los medianamente imposibilitados habrá que levantarlos al menos 2 horas por la mañana y otras 2 horas por la tarde. En pacientes inmovilizados son de extrema importancia las medidas posturales y de movilización progresiva.

✓ **Fisioterapia respiratoria:** Si es necesario uso de espirómetros y aerosolterapia. O por indicación médica realizada por profesional.

✓ **Cuidados de heridas.**

MEDICAMENTOSO: La medicación consiste en el empleo terapéutico de fármacos y/o medicamentos que se administran por diferentes vías dependiendo del caso.

- Debemos comprobar siempre el fármaco, la fecha de caducidad, la prescripción del médico y sus características: dosis, vía, horario frecuencia.

- Anotaremos la fecha de apertura del fármaco.

- Siempre que administremos cualquier medicación deberemos de haberla preparado nosotros mismos.

- Realizaremos la técnica de forma aséptica.

- Vigilaremos, comunicaremos y registraremos la aparición de efectos secundarios no esperados

- Es muy importante que expliquemos a nuestra paciente la naturaleza y la finalidad de todos los procedimientos de tratamiento y la medicación.

El tratamiento medicamentoso inscrito por el facultativo será administrado, registrado y firmado por el enfermero que lo administra.

HOJA DE CUIDADOS: Anotar los propios: preoperatorios, postoperatorio, cambios posturales, curas, venoclisis, cuidados de sondas, drenajes, etc.

3. PLANIFICACIÓN: ESTABLECER PRIORIDADES + IDENTIFICAR OBJETIVOS Y PLANIFICAR CUIDADOS.

Las prioridades las estableceremos basándonos en un criterio de jerarquía de necesidades.

El objetivo de enfermería es el resultado que se espera de la atención de enfermería, lo que se desea lograr con el paciente y lo que se proyecta para remediar o disminuir el problema/s que se detecta en el diagnóstico de enfermería.

La planificación de cuidados abarca todas aquellas acciones que el enfermero planea hacer para ayudar al paciente a conseguir un determinado objetivo. Debe indicarse de forma precisa su frecuencia y abarcar todas las etapas del ciclo salud-enfermedad: prevención, fomento, recuperación y rehabilitación de la salud.

C) P.A.E (Proceso de atención de enfermería):

Un forma sistémica y ordenada de determinar los problemas de un individuo, formulando planes para resolverlos, llevando a cabo estos planes y evaluando su eficacia. Las etapas que componen dicho proceso son cinco:

1. VALORACIÓN:

Es la 1ª fase y la que determinará las posteriores. En ella se lleva a cabo la recolección y ordenación de datos. Los métodos que se utilizan son la interrogación, la observación y el examen físico.

2. DIAGNOSTICO: Es un anunciado de problemas reales o potenciales del paciente, que requieren intervenciones de enfermería, con objetos de resolverlos o minimizarlos.

HOJA DE VALORACION DE ENFERMERIA. se basa en las 14 necesidades de Virginia Henderson.

4. EJECUCIÓN:

La ejecución de cuidados debe ser llevado a cabo por todo el personal de la misma forma y a las horas indicadas.

5. EVALUACIÓN: Es la última etapa del proceso y sirve para comprobar si se consiguieron los objetivos buscados.

TODA AMPLIACION NECESARIA A ESTOS DATOS, SE ANOTARÁ EN LA HOJA DE OBSERVACIONES DE ENFERMERIA.

Esta hoja se apuntará por turno, las observaciones respecto al paciente, tanto en incidencias que ocurran durante el turno, como a desviaciones de la situación clínica del paciente así como la evolución de determinados cuidados en aplicación.