



Nombre de alumno: Luis Alberto Arellano Valdez

Nombre del profesor: María del Carmen López

Nombre del trabajo: mapa conceptual

Materia: fundamentos de enfermería

Grado: 1er cuatrimestre

Grupo: Licenciado en enfermería (LEN)

Comitán de Domínguez Chiapas a 26 de septiembre de 2020.

FUNDAMENTOS DE ENFERMERIA



PROCESO DE ENFERMERÍA

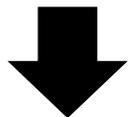


El proceso de atención de enfermería (PAE) es la aplicación del método científico en la práctica asistencial enfermera, lo que nos permite prestar cuidados de una forma racional, lógica y sistemática



Como todo método, el PAE configura un número de pasos sucesivos que se relacionan entre sí y aunque se estudien por separado todas las etapas se superponen en cuanto a los objetivos del PAE, el principal se centra en constituir una estructura que pueda cubrir, de forma individualizada, las necesidades del paciente, familia y comunidad

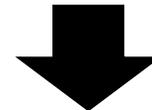
PRIMERA ETAPA
VALORACIÓN



SEGUNDA ETAPA: DIAGNOSTICO
DE ENFERMERÍA



TERCERA ETAPA
PLANIFICACION DE
CUIDADOS



CUARTA Y QUINTA
ETAPA: EJECUCION Y
EVALUACION



El proceso comienza con la primera fase, la valoración, la recogida y el análisis de la información sobre el estado de salud del paciente. Entonces se realizan juicios clínicos a partir de la valoración para identificar la respuesta del paciente a los problemas de salud en forma de diagnósticos enfermeros una vez que se definen los diagnósticos de enfermería apropiados, se crea un plan de cuidados.



El proceso de enfermería es una variación del razonamiento científico. Practicar las cinco fases del proceso de enfermería nos permite ser organizados y realizar nuestra práctica de una manera sistemática.

Aprendemos a hacer inferencias sobre el significado de la respuesta de un paciente ante un problema de salud o a generalizar sobre el estado funcional de la salud del paciente.

Según se utilice el PAE de 4 fases o el de 5 es el paso final del proceso de valoración o la segunda fase. Es un enunciado del problema real o en potencia del paciente que requiera de la intervención de enfermería con el objeto de resolverlo o disminuirlo. En ella se va a exponer el proceso mediante el cual estaremos en condiciones de establecer un problema clínico y de formularlo para su posterior tratamiento, bien sea diagnóstico enfermero o problema interdependiente.



Antes de indicar la forma de enunciar los diagnósticos establezcamos que tipos de diagnósticos hay, pudiendo ser de cuatro tipos, que son: reales, de alto riesgo (designados hasta 1992 como potenciales), de bienestar o posibles.

Una vez hemos concluido la valoración e identificado las complicaciones potenciales y los diagnósticos enfermeros, se procede a la fase de planeación de los cuidados o tratamiento enfermero en esta fase se trata de establecer y llevar a cabo unos cuidados de enfermería, que conduzcan al cliente a prevenir, reducir o eliminar los problemas detectados la fase de planeación del proceso de enfermería incluye cuatro etapas, Carpenito (1987) e Iyer (1989).



Para un Diagnóstico de Enfermería de alto riesgo las intervenciones tratan de reducir o eliminar los factores de riesgo, prevenir la presentación del problema, monitorizar su inicio.

Para un Diagnóstico de Enfermería posible las intervenciones tratan de recopilar datos adicionales para descartar o confirmar el Diagnóstico.

EJECUCIÓN

La fase de ejecución es la cuarta etapa del plan de cuidados, es en esta etapa cuando realmente se pone en práctica el plan

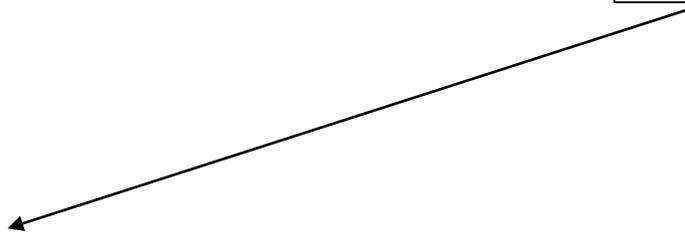
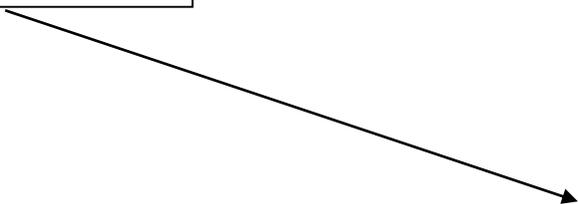
El enfermero tiene toda la responsabilidad en la ejecución del plan, pero incluye al paciente y a la familia, así como a otros miembros del equipo de cuidados elaborado.



EVALUACIÓN

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

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



BASES SEMIOLOGICAS DE LA VALORACION DEL PACIENTE

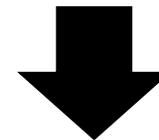
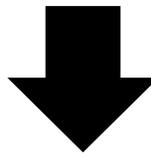
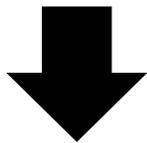


SEMIOLOGIA APLICADA A LA ENFERMERIA: Es el estudio de los signos y síntomas de una enfermedad.
SEMIOTECNIA: Es la técnica para obtener signos como signos (se busca a través del tacto, oído, vista, olfato).
A partir de los datos recabados por el interrogatorio el examen físico y los estudios complementarios se llega al diagnóstico enfermero

ENTREVIATA
CLINICA

EXPLORACION
FISICA

SIGNOS VITALES



Las enfermeras utilizan entrevistas centradas en el paciente, la historia clínica de enfermería, la exploración física y los resultados de, Durante una entrevista de valoración debemos animar a los pacientes a contar sus historias sobre sus enfermedades o problemas de salud.



En una entrevista centrada en el paciente una conversación ordenada con el mismo permite que éste determine el punto de partida e iniciar el discurso sobre sus problemas de salud. Una entrevista acertada requiere preparación, incluyendo la revisión de toda la información disponible sobre el paciente, la preparación del entorno de la entrevista y la elección del momento para evitar interrupciones.

La valoración de la salud y la exploración física son los primeros pasos hacia la prestación de cuidados de enfermería seguros y competentes. La enfermera está en una posición única para determinar el estado de salud actual de cada paciente, distinguir las variaciones de la norma y 37 reconocer la mejoría o el deterioro en su enfermedad.



Las enfermeras recogen los datos de la valoración sobre el estado de salud pasado y actual de los pacientes de diferentes maneras, usando un enfoque general o focalizado, dependiendo de la situación del paciente. Las valoraciones se realizan en los eventos comunitarios de promoción de la salud, las clínicas de detección precoz, la consulta de un profesional sanitario, las instituciones de cuidados agudos o el domicilio de los pacientes.

Constantes vitales después de terminar el examen general, hay que medir las constantes vitales del paciente la medida de las constantes vitales es más precisa si se termina antes de empezar los cambios o movimientos posturales si existe una posibilidad de que las constantes vitales estén sesgadas cuando se miden por primera vez, hay que volverlas a tomar más tarde durante el resto de la exploración el dolor, considerado la quinta constante vital, también debe ser valorado



Talla y peso: La talla y el peso reflejan el estado de salud general de una persona las tablas estandarizadas ayudan a revelar el peso normal esperado de un adulto para una talla dada hay que valorar a cada paciente para identificar si tiene un peso saludable, sobrepeso o es obeso.

Pautas para medir las constantes vitales: Las constantes vitales son una parte de la base de datos de la valoración la enfermera las incluye en una valoración física completa



Temperatura corporal: La temperatura corporal es la diferencia entre la cantidad de calor producida por los procesos corporales y la cantidad de pérdida de calor al entorno externo.

Pulso: El pulso son los saltos palpables del flujo sanguíneo observados y en varios puntos del cuerpo. La sangre fluye a través del cuerpo en un circuito continuo el pulso es un indicador del estado circulatorio

Valoración del pulso: La enfermera puede valorar cualquier arteria para la frecuencia del pulso, pero normalmente utiliza la arteria radial porque es más fácil de palpar cuando el estado de un paciente empeora de repente, se recomienda la zona de la carótida para encontrar rápidamente el pulso.



Respiración: La respiración es el mecanismo que el cuerpo utiliza para intercambiar los gases entre la atmósfera y la sangre y las células la respiración implica ventilación (el movimiento de los gases dentro y fuera de los pulmones), difusión (el movimiento del oxígeno y del dióxido de carbono entre los alvéolos y los eritrocitos) y perfusión (la distribución de los eritrocitos hacia y desde los capilares pulmonares).



Frecuencia respiratoria: La enfermera debe observar una inspiración y una espiración completa cuando cuenta la ventilación o frecuencia de respiración la frecuencia respiratoria normal varía con la edad el monitor de apnea es un dispositivo que ayuda a la valoración de la frecuencia respiratoria.

RECONOZCO ME HIZO FALTA DATOS, DESCONOCIA COMO SE LLAMABA MI GRUPO Y AL NO SABER DECIDI SUBIRLO ASI ESPERO Y TOME EN CONSIDERACION ESTE TRABAJO CORREGIDO MIS MAS SINCERAS DISCULPAS AL NO DARME CUENTA.

GRACIAS LINDA TARDE