

UNIVERSIDAD DEL SURESTE.

Materia: fundamentos de enfermería 1

Cuatrimestre:1

Grupo: "A"

Producto académico: Resumen digital

Tema: proceso de enfermería

Presenta: Jennifer Arlette Guillen Nájera

Docente: María del Carmen López Silva

Campus: Comitán de Domínguez,
Chiapas.

Proceso de enfermería

El PAE proceso de atención de enfermería fue considerado proceso en 1955, por Hall a la que se unieron otras teorías como lo fue Jonhson en 1959, Orlando en 1961 y Wiedenbach en 1963.

Consistía en un proceso de tres etapas: valoración, planeación y ejecución. Yura y Walsh en 1967 establecieron cuatro etapas: valoración, planificación, realización y evaluación. la etapa diagnostica fue incluida entre 1974 y 1976 por Bloch, Roy y Aspinall quedando desde entonces el PAE como actualmente lo conocemos: Valoración, diagnostico, planificación, ejecución, evaluación.

Primera etapa de valoración de enfermería

Es un proceso organizado y sistemático de recogida y recopilación de los datos sobre el estado de salud del paciente. Se puede hacer basados en distintos criterios siguiendo un orden. se recogen los datos que han de ser validados, organizados y registrados.

Segunda etapa de valoración de enfermaría

Es la etapa del proceso en el enunciado del problema real o potencial del paciente que requiera de la intervención enfermera para disminuirlo o resolverlo.

Tercera etapa planificación de cuidados

La organización del plan de cuidados se debe establecer unas prioridades, plantear unos objetivos según la taxonomía NOC, elaborar las intervenciones y actividades de enfermería según la taxonomía del NIC y proceder a su documentación registro. Los registros documentales de todo plan de cuidados son: diagnósticos de enfermería y problemas interdependientes

unos criterios de resultados, las actividades enfermeras y un informe de evolución.

Ejecución

Es llevar a la práctica el plan de cuidados. Se realizarán todas las intervenciones enfermeras dirigidas a la resolución de problemas y las necesidades asistenciales de cada persona tratada.

Evaluación

Es la última fase del proceso. Los dos criterios más importantes que valora la enfermería son: la eficacia, y efectividad. una característica de esta etapa es continua, pueden resolver los diagnósticos establecidos o bien surgir otros nuevos, se tendrán que ir introduciendo modificaciones en el plan de cuidados para que la atención resulte más satisfactoria y efectiva.

Bases semiológicas de la valoración del paciente

Analizar la relación entre el pensamiento crítico y la valoración de enfermería, explicar el proceso de recogida de datos, distinguir entre los datos subjetivos y objetivos, describir los métodos de recogida de datos, analizar el proceso de realización de una entrevista centrada en el paciente.

Es un proceso de pensamiento crítico que las enfermeras profesionales utilizan para aplicar la mejor evidencia disponible para proporcionar cuidados y promover las funciones y respuestas humanas a la salud y a la enfermedad.

Entrevista clínica

Existe dos tipos de entrevista puede ser formal e informal. La entrevista formal consiste en una comunicación con un propósito específico en la cual la enfermera realiza la historia del paciente. El aspecto informal de la entrevista es la conversación entre enfermera y paciente durante los cuidados.

La entrevista tiene cuatro finalidades como:

1. obtener información específica y necesaria para el diagnóstico enfermero y la planificación de los cuidados.
2. facilitar la relación enfermera/paciente.
3. permitir al paciente informarse y participar en la identificación de sus problemas y en el planteamiento de sus objetivos.
4. ayudar a la enfermera a determinar que otras áreas requieren un análisis específico a lo largo de la valoración.

La entrevista consta de de tres partes: iniciación, cuerpo, cierre.

Tiene que ser comprendida desde dos ámbitos

- Un ámbito interpersonal en el que dos o más individuos se ponen en contacto y se comunican,
- Otro ámbito en la entrevista es de una habilidad técnica.

La exploración física

La actividad final, de la recolección de datos es el examen físico. Debe explicarse al paciente que consiste en un examen y pedir permiso para efectuarlo.

Se centra en determinar en profundidad la respuesta de ña persona al proceso de la enfermedad, obtener una base de datos para poder establecer comparaciones y valorar la eficacia de las actuaciones confirmar los datos subjetivos obtenidos durante la entrevista.

La enfermera utiliza cuatro técnicas específicas: inspección, palpación, percusión y auscultación. La información física del paciente que se obtiene es idéntica en cualquiera de los métodos que utilizemos.

Signos vitales

Constancia vital: la medida de las constantes vitales si se termina antes de empezar los cambios o movimientos posturales. Si existe una posibilidad de que las constantes vitales están 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 de ser valorado.

Talla y peso: reflejan el estado de salud de la persona. Hay que valorar a cada paciente para identificar si tiene un peso saludable, sobrepeso o es obeso.

El peso se mide de manera rutinaria durante los controles de salud, las visitas a las consultas o clínicas de los médicos y en el ingreso al hospital. Los lactantes y los niños son pesados y medidos en cada visita de atención sanitaria para valorar que el crecimiento y el desarrollo son saludables. Si el anciano tiene un peso bajo es posible que tengan dificultad con la alimentación y otras actividades funcionales.

Puntas 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 o las obtiene individualmente para valorar el estado de un paciente. Establecer una base de datos de las constantes vitales durante una exploración física habitual sirve como línea de partida para valoraciones futuras. Las necesidades del paciente y su estado determinan cuando, donde, como y porque son medidas las constantes vitales. La enfermera debe medirlas correctamente y a veces delega apropiadamente su medición. También debe de conocer los valores

esperados, interpretar los valores del paciente, comunicar correctamente los hallazgos y comenzar las intervenciones según las necesite.

Temperatura corporal

Fisiología

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.

Calor producido- pérdida de calor= temperatura corporal.

Producción de calor: la termorregulación depende de la función normal de los procesos de producción de calor. El calor producido del cuerpo es derivado del metabolismo, que es la reacción química en toda la célula corporal. El alimento es la fuente primaria de combustible para el metabolismo aumenta, produce calor adicional. Cuando el metabolismo disminuye se produce menos calor. la producción del calor ocurre durante el descanso, los movimientos voluntarios, el temblor involuntario y la termogénesis sin tiritar.

Pulso

Son los saltos palpables del flujo sanguíneo observados en varios puntos del cuerpo. La sangre fluye a través del cuerpo en el circuito continuo. El indicador del estado circulatorio.

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

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, difusión, y perfusión.

Analizar la eficacia respiratoria requiere integrar los datos de la valoración desde los tres procesos. La enfermera valora la difusión y perfusión determinando la saturación de oxígeno.

La valoración precisa de la respiración depende del reconocimiento de los movimientos torácicos y abdominales.

Presión arterial

La presión arterial (PA) es la fuerza ejercida sobre las paredes de una arteria por el bombeo de la sangre a presión desde el corazón. La sangre fluye a lo largo del sistema circulatorio debido a los cambios de presión desde el corazón. La sangre fluye a lo largo del sistema circulatorio debido a los cambios de presión. Se mueve desde un área de alta presión a una baja de presión. La PA sistémica arterial, la PA en el sistema arterial del cuerpo, es un buen indicador de la salud cardiovascular.

Recogidas de muestras biológicas

En la actualidad la práctica médica se apoya cada vez más en los resultados de pruebas de laboratorio para precisar los diagnósticos, tratamiento y evolución de los pacientes, por lo que es determinante la calidad en la toma de las muestras debido a una insuficiente coordinación entre el personal involucrado. Estos resultados permitieron perfeccionar el proceso de toma de muestras para copa cónica mediante la introducción de cambios organizativos que proporcionaron ventajas asistenciales y económicas.

Toma de muestras: fasciola hepática, epidemiológica, descriptiva; estudios transversales; costos de la atención de salud.

Conclusión

El proceso de enfermería es una herramienta potente para afrontar situaciones adversas del equipo de enfermería. Está constituida por una etapa de series subsecuentes, engranadas, interrelacionadas que son cinco: valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación donde cada una se relaciona permanentemente de forma cíclica y dinámica. Como se evalúa a los pacientes puede ser valorada la función laboral del equipo de enfermería en situación de riesgo de deterioro profesional. La valoración de enfermería tiene como objetivo conocer la efectividad de los cuidados de la persona, familia, grupo o comunidad dar respuesta adecuada a los requisitos de cuidados. La ejecución tiene como comienzo del plan de cuidados de enfermería para conseguir objetivos concretos.