

**Resumen**

*Nombre del Alumno: José Lucas Candelaria Guadalupe*

*Nombre del tema: Proceso de Enfermería*

*Parcial I*

*Nombre de la Materia: Fundamentos de enfermería*

*Nombre del profesor: López Silba María del Carmen*

*Nombre de la Licenciatura: Enfermería*

*1° Cuatrimestre*

*Lugar y Fecha de elaboración*

**UNIDAD I**

**PROCESOS DE ENFERMERIA**

En el proceso de enfermeria por primera vez fue considerado asi como un proceso por tres etapas que son: valoracion, planeacion y ejecucion estas tres etapas las consideraron Hall Jhonson Orlando y Wienlenbach porque Yura y Walsh ellos dos establecieron dos etapas las cuales son valoracion planeacion, relizacion y evaluacion ya que era una planificacion de los cuidados de enfermeria compuesto por cinco pasos que estan relacionados entre si, pero uno de ellos se hace por separado.

Por ejemplo:

 VALORACION: Consiste en la recogida y organizar a la persona para decidir y actuar.

PLANIFICACION: Es una estrategia para prevenir o corregir problemas de salud.

EJECUCION: Poner en practica todos los cuidados

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA

Es la conclusion que da como resultado la valoracion de enfermeria todo esto uno debe de tener en cuenta que el proceso de atencion de enfermeria nos permite cuidarnos de una manera racional, logica y sistematica saber las necesidades del paciente para poder actuar resolver sus problemas y asi mismo curar las enfermedades sobre todo tener mucha paciencia.

**1.2 PRIMER ETAPA**

**VALORACION DE ENFERMERIA**

Es la primera fase como el proceso organizado sobre el estado de salud del paciente teniendo en cuenta la valoracion global o inicial ya que es la valoracion que se le hace al paciente por lo que la valoracion del paciente esta dividida en cuatro fases que son:

Recoleccion de datos es lo que uno obtiene mediante una entrevista clinica las observaciones y la exploracion fisica.

Entrevista de enfermeria esto no trata de tener solo datos de salud del paciente sino tener una relacion de confianza como desarrollar una buena comunicación comprensible.

Observacion entre ambas una exploracion fisica es recoger una serie de datos para conocer mejor los sintomas del paciente saber el uso del tacto debajo de la piel con un fin de conocer su temperatura pulsacion y etc. Saber los sonidos de los organos corporales y extraer coclusiones de la efectividad de los cuidados asi mismo dentro de las necesidades basicas hay una responsabilidad de enfermeria de ayudar al sano como al enfermo.

**1.3 SEGUNDA ETAPA**

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA

Es el fin de solucionar los problemas de salud tener un objetivo para que la enfermera sea responsable y entender bien al paciente en su enfermedad pero también no es solo de resolver el problema sino de definir el objetivo y tener una definición clara y precisa así como saber los signos síntomas del paciente para mejorar los conocimientos de forma más correcta mas que nada conocer el diagnostico enfermero.

Ya que de ello se describe la respuesta del paciente porque en caso de que no haya intervención enfermera no se puede solucionar el problema de salud por eso es necesario realizar la información recogida durante la valoración porque el diagnostico de enfermería es un proceso de educación clínica ya que a través de eso uno observa de los cambios físicos o psicológicos que el paciente presenta.

**1.4 TERCERA ETAPA**

**PLANIFICACION DE CUIDADOS**

Se trata de cuidados al paciente a prevenir reducir o a eliminar los problemas detectados ya que a veces es por falta de disponibilidad de la enfermera o por falta de recursos económicos la cual es necesario consensuar con el paciente la importancia relativa teniendo en cuenta no solo los problemas o diagnósticos de salud sino también los riesgos y factores para llevar una intervención que ayuda al paciente a tener buenos resultados ya que es el registro de todo lo planificado y llevado a cabo al paciente del proceso de atención de enfermería como objetivo promover la comunicación entre los cuidadores proporcionar documentación sobre las necesidades en cuidado de la salud .

**1.5 CUARTA ETAPA**

**EJECUCION**

Esto no solo consiste en aplicar los cuidados de enfermería sino además de tener una valoración de datos como transmitir el estado de salud del paciente en su atención tener en cuenta los recursos materiales disponibles y comunicar la situación de salud del paciente para ello ay planes estandarizados que tienen una ventaja que facilitan el ejercicio clínico para dar una mejor respuesta al paciente tener una buena comunicación y facilitar el lenguaje sobre el proceso de atención de enfermería basado en un método científico que permite una formación de calidad entre estudiantes ya que ayuda a conseguir objetivos concretos la ejecución comienza después de haberse desarrollado el plan de cuidados y está enfocado en el inicio de intervenciones de enfermería .

**1.6 QUINTA ETAPA**

**EVALUACION DE ENFERMERIA**

Esto de la evaluación se lleva acabo como parte del proceso de enfermería cuando se compara el estado de salud del paciente con los objetivos definidos por el profesional de enfermería es decir que uno debe de determinar si el plan de cuidados es adecuado, realista, actual o si necesita revisión ya que es una de las puntuaciones obtenidas y comparadas ala ejecución de los cuidados de enfermería tener conocimiento una vez realizada la evaluación y analizar para mejorar el proceso de atención poder establecer conclusiones y plantear lo que el paciente a alcanzado un resultado esperado los cambios del paciente.

**1.7 ENTREVISVISTA CLINICA**

La entrevista clínica es un medio a través de la cual se obtienen datos significativos y aclaratorios a la hora de realizar un diagnóstico clínico o neuropsicológico esto ayuda al paciente para solucionar el problema de su salud nos permite el primer acercamiento al paciente y obtener la información necesaria para ayudarle en el proceso de salud con la que vamos a interactuar para evitar frases muy largas y conseguir explicaciones claras.

**1.8 EXPLORACION FISICA**

Es el proceso de examinar el cuerpo utilizando el sentido del tacto, para detectar la presencia o ausencia de masa o masas, presencia de dolor, temperatura, tono muscular y movimiento y corroborar los datos obtenidos durante el interrogatorio

También una enfermera debe de mostrar cultura de necesidades individuales del paciente saber vigilar las respuestas emocionales y observando sus expresiones si muestran miedo o preocupación a todo ello la enfermera debe de tener calma para que su paciente sienta lo mismo y no sentirse presionado.

 **1.9 SIGNOS VITALES**

 Los signos vitales reflejan funciones esenciales del cuerpo incluso el ritmo cardiaco, la frecuencia respiratoria, la temperatura y la presión arterial ya que uno debe observar, medir y vigilar sus signos vitales para evaluar su nivel de funcionamiento físico.

**1.10 RECOGIDAS DE MUESTRAS BIOLOGICAS**

Esto consiste en extraer fluidos o tejidos corporales como son sangre, sudor, jugo digestivo, líquido cefalorraquídeo, esputo orina heces, etc. Para realizar un análisis en el laboratorio ya que es un procedimiento que permite acceder al torrente sanguíneo para extraer muestras de sangre que es utilizado en diversas pruebas ayuda al paciente para que adopte mejor posición para la realización de los procedimientos también anotar las incidencias y el procedimiento realizado en la hoja de enfermería sobre todo tener en cuenta los cuidados auxiliares.

 **CONCLUSION**

Uno debe de saber identificar todas las necesidades que el paciente tiene para dar buenos cuidados, saber escucharlos darles explicaciones claras pero sobre todo conocer bien todo el proceso que una enfermera tiene saber diferenciar todo lo que el cuerpo tiene sus partes sus células as mismo para poder actuar debemos de entrevistar al paciente para saber su estado de salud observar bien que fundamentos presenta ya que todo a ello puede ser una herramienta potente para afrontar situaciones adversas del equipo de enfermería al igual que se evalúan los pacientes ya sea de forma laboral .