

UNIVERSIDAD DEL SURESTE

PLANTEL COMITAN

NOMBRE:

JOSE RAMON MAURICIO DE LEON

CARRERA:

LICENCIATURA EN ENFERMERIA

GRUPO:

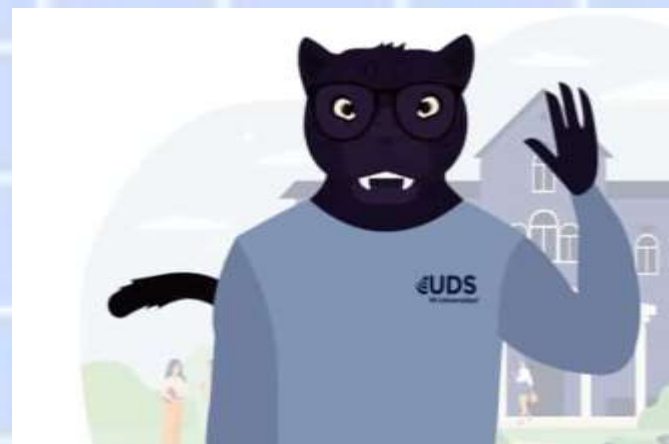
"B"

ASIGNATURA:

FUNDAMENTOS DE ENFERMERIA

TRABAJO:

RESUMEN DE FUNDAMENTOS DE ENFERMERIA



1.1 FUNDAMENTOS DE ENFERMERIA

Los fundamentos de enfermería son una ciencia y un arte que incluye y tiene como principio actividades, conceptos y habilidades. Son los avances principales que se han logrado en materia de organización para conocer y tener más conocimientos en la detección y la atención de las necesidades de la salud en la población para mejorar los servicios de la salud.

El proceso de atención de enfermería, es la aplicación del método científico en la práctica asistencial enfermera, lo que nos permite prestar cuidados de una forma racional, lógica y sistemática, lo que resulta de vital importancia cuando se trabaja en el ámbito de enfermería. La etapa diagnóstica fue incluida entre 1974 y 1976 por Bloch, Roy y Aspinall, quedando desde entonces el PAE como actualmente conocemos:

- VALORACIÓN
- DIAGNÓSTICO
- PLANIFICACIÓN
- EJECUCIÓN
- EVALUACIÓN.

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.

objetivos del PAE, el principal se centra, en constituir una estructura que pueda cubrir, de forma individualizada, las necesidades del paciente, familia y comunidad.

- Tiene una finalidad, se dirige a un objetivo.
- Es sistemático.
- Es dinámico e interactivo
- Es flexible.
- Tiene una base teórica y se puede aplicar a cualquier modelo de enfermería.

ETAPAS:

1 Valoración

proceso organizado y sistemático de recogida y recopilación de datos sobre el estado de salud del paciente. Se puede hacer basándonos en distintos criterios, siguiendo un orden "cabeza a pies", por "sistemas y aparatos" o por "patrones funcionales de salud". Se recogen los datos, que han de ser validados, organizados y registrados

2 Diagnóstico

2a Etapa del proceso, es el enunciado del problema real o potencial del paciente, que requiera de la intervención enfermera para disminuirlo o resolverlo. Ejemplos de diagnósticos en urgencias incluidos en la NANDA: dolor agudo, deterioro de la integridad cutánea, mantenimiento inefectivo de la salud, deterioro de la movilidad física.

En relación a los diferentes tipos de diagnósticos encontramos: - D. Real: consta de tres partes, formato PES: problema (P)+etiología (E)+ signos/síntomas (S). - D. Alto riesgo: es un juicio clínico que consta de dos fases, formato PE: problema+etiología. - Posible: describen un problema sospechado para el que se necesitan datos adicionales, consta del formato PE. - De bienestar: que describen un nivel específico de bienestar hacia un nivel más elevado que pretende alcanzar el paciente.

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

1.2 VALORACIÓN DE ENFERMERÍA

El proceso enfermero 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 (American Nurses Asociación, 2010). Es el modelo fundamental para cuidar a los pacientes.

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. A través de la valoración se comienza a formar un patrón.

Enfoque de pensamiento crítico sobre la valoración:

La valoración es la recogida intencionada y sistemática de información sobre un paciente para determinar su estado de salud y funcional actual y pasado y sus patrones de afrontamiento actuales y pasados

La interpretación y validación de los datos para garantizar una completa base de datos.

El propósito de la valoración es establecer una base de datos sobre las necesidades, los problemas de salud, y las respuestas a estos problemas, percibidos por los pacientes. Además, los datos revelan experiencias, prácticas sanitarias, objetivos, valores y expectativas sobre el sistema sanitario.

Este conocimiento le ayuda a reconocer que una inflamación considerable puede crear potencialmente dolor agudo; así que decide examinar y palpar alrededor del área de la incisión del Sr. Jacobs. También pregunta al Sr. Jacobs sobre cómo afecta el malestar a su capacidad para darse la vuelta o de moverse en la cama. Utilizar buenas habilidades de comunicación mediante la entrevista y la aplicación de estándares intelectuales de pensamiento crítico (como ser concreto y preciso al utilizar una escala de dolor) permite a Tonya recoger datos completos, precisos y pertinentes.

Patrones Funcionales de Salud:

La recogida de datos pone de manifiesto los hábitos y costumbres del individuo/familia determinando el funcionamiento positivo, alterado o en situación de riesgo con respecto al estado de Salud.

Esta etapa cuenta con una valoración inicial, donde deberemos de buscar:

- Datos sobre los problemas de salud detectados en el paciente.
- Factores Contribuyentes en los problemas de salud.

En las valoraciones posteriores, tenemos que tener en cuenta:

- Confirmar los problemas de salud que hemos detectado.
- Análisis y comparación del progreso o retroceso del paciente.
- Determinación de la continuidad del plan de cuidados establecido.
- Obtención de nuevos datos que nos informen del estado de salud del paciente.

En la recogida de datos necesitamos:

- Conocimientos científicos (anatomía, fisiología, etc....) y básicos (capacidad de la enfermera de tomar decisiones).
- Habilidades técnicas e interprofesionales (relación con otras personas).
- Convicciones (ideas, creencias, etc....)
- Capacidad creadora.
- Sentido común.
- Flexibilidad.

Tipos de datos a recoger

Un dato es una información concreta, que se obtiene del paciente, referido a su estado de salud o las respuestas del paciente como consecuencia de su estado. Nos interesa saber las características personales, capacidades ordinarias en las actividades, naturaleza de los problemas, estado actual de las capacidades.

1.3DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA.

Los pasos de esta fase son:

- Identificación de problemas:
 - o Análisis de los datos significativos, bien sean datos o la deducción de ellos, es un planteamiento de alternativas como hipótesis
 - o Síntesis es la confirmación, o la eliminación de las alternativas.
- Formulación de problemas.Diagnóstico de enfermería y problemas interdependientes.

1.4.- TERCERA ETAPA PLANIFICACION DE CUIDADOS

Una vez hemos concluido la valoración e identificado las complicaciones potenciales (problemas interdependientes) 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

1.5.- 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.

- Aspecto general y funcionamiento del cuerpo: o * Observación directa, examen físico.
 - o * Examen de la historia clínica
- Señales y Síntomas específicos o * Observación directa
- o * Entrevista con el paciente. o * Examen de la historia
- Conocimientos:
 - o * Entrevista con el paciente o * Cuestionarios (test)
- Capacidad psicomotora (habilidades)

- o * Observación directa durante la realización de la actividad
- Estado emocional:
 - o * Observación directa, mediante lenguaje corporal y expresión verbal de emociones.
 - o * Información dada por el resto del personal
- Situación espiritual (modelo holístico de la salud): o * Entrevista con el paciente.
 - o * información dada por el resto del personal

1.6.- 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).
- OBJETIVO: A partir de los datos recabados por el interrogatorio el examen físico y los estudios complementarios se llega al diagnóstico enfermero.
- PROBLEMA: ES todo aquello que requiere atención por parte de la enfermera. Es una queja, observación o circunstancia percibida, por el personal de enfermería o el paciente que afecta la capacidad funcional del individuo. Un problema puede ser un diagnóstico, pero también un síntoma, una situación laboral etc.
- SINTOMA: Es lo manifestado por el paciente, lo que él siente. Es un dato subjetivo. Ej. prurito, dolor, disnea.
- SIGNO. Es lo que puede ser observado, palpado o auscultado por la enfermera. Se puede medir
- SINDROME: Es el conjunto de síntomas y signos relacionados entre sí, que tienen una fisiopatología común y que obedecen a distintas etiologías. Ej. El síndrome febril.
- HISTORIA CLINICA: Es el registro completo de la información obtenida a través del interrogatorio del paciente, el examen físico, de los estudios complementarios que efectúen. Cumple una función asistencial, de investigación, es una parte legal y de auditoria.

1.7.- ENTREVISTA CLINICA

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. Es más fácil explorar las diferencias culturales si damos tiempo para pensar las respuestas y hacemos las preguntas en un orden fácil de seguir.

Al recoger una historia completa de enfermería, dejaremos

1.8.- EXPLORACION FISICA

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

36

reconocer la mejoría o el deterioro en su enfermedad. La enfermera debe poder reconocer e interpretar cada manifestación conductual y física del paciente. Realizando valoraciones de salud y exploraciones físicas, la enfermera identificará patrones

Una valoración completa implica la elaboración de la historia de salud y la exploración conductual y física. Mediante la entrevista de la historia de salud, la enfermera recopila datos subjetivos sobre el estado de un paciente. Obtiene datos objetivos mientras observa la conducta y las manifestaciones generales de un paciente. Identifica datos objetivos adicionales mediante una revisión de los sistemas corporales de la cabeza a los pies durante la exploración física. Los juicios clínicos de la enfermera se basan en todos los datos recopilados para crear un plan de cuidados para cada situación. Con los datos precisos crea un plan de cuidados centrado en el paciente, identificando los diagnósticos de enfermería, los resultados del paciente deseados y las intervenciones de enfermería.

1.9.- SIGNOS VITALES

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.

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 los ancianos tienen un peso bajo, es posible que tengan dificultad con la alimentación y otras actividades funcionales. Medir la altura y el peso de los ancianos, junto con la obtención de una historia dietética, muestra los factores de riesgo de enfermedades crónicas

Existen disponibles para su uso diferentes básculas. Los pacientes capaces de apoyar su propio peso usan una báscula de pie. La plataforma estándar de la báscula se calibra moviendo las pesas grandes y pequeñas hacia el cero. Ajustando el mando de calibración, el travesaño de equilibrio se nivela y se estabiliza. El paciente se pone de pie sobre la plataforma de la báscula y permanece inmóvil mientras la enfermera ajusta la pesa más grande al intervalo de 20 kg por debajo del peso del paciente. A continuación se mueve la pesa más pequeña para equilibrar la báscula en el intervalo de 0,1 kg más adecuado (Seidel y cois., 2011). Las básculas electrónicas muestran automáticamente el peso en pocos segundos. Se calibran automáticamente cada vez que se utilizan.

Las básculas de cama y de silla están disponibles para los pacientes que no pueden sostener su peso. Las camas hospitalarias electrónicas. La enfermera puede utilizar una báscula con cesta o plataforma para pesar a los niños. Después de quitar la ropa del niño, hay que pesarlo con los pañales desechables secos. Después se ajusta. 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 (v. cap. 30) 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 cuándo, dónde, cómo y por quién son medidas las constantes vitales.

- 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 por el cuerpo es un derivado del metabolismo, que es la reacción química en todas las células corporales. El alimento es la fuente primaria de combustible para el metabolismo. Las actividades que requieren reacciones químicas adicionales aumentan el ritmo metabólico. A medida que el metabolismo aumenta, se produce calor adicional. Cuando el metabolismo disminuye, se produce menos calor. La producción de calor ocurre durante el descanso

- Pulso

El pulso son los saltos palpables del flujo sanguíneo observados i
En varios puntos del cuerpo. La sangre fluye a través

1.10.- RECOGIDAS DE MUESTRAS BIOLÓGICAS

En la actualidad la práctica médica se apoya cada vez más en los resultados de las 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. Relacionado con la demora en la recogida de 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 propiciaron ventajas asistenciales y económicas.

TOMA DE MUESTRAS; FASCIOLA HEPÁTICA; EPIDEMIOLOGÍA DESCRIPTIVA; ESTUDIOS TRANSVERSALES; COSTOS DE LA ATENCIÓN EN SALUD.

Los tiempos en que la enfermería, a partir de modelos paradigmáticos, se dedicaba a cumplir rutinas más o menos precisas, han cedido el paso al ejercicio de la profesión de forma más profunda. El sentido holístico de la especialidad, apoyado en el Proceso de Atención de Enfermería (PAE) y en los métodos de investigación científica, apunta hacia la comprensión detallada de todos los procesos en que se interviene y garantizan la dirección consciente de las acciones.

1. La práctica de la medicina, en la actualidad, se apoya fuertemente en la realización de exámenes de laboratorio que confirmen o no, las hipótesis clínicas, y muchas veces, el curso del tratamiento y la evolución del paciente dependen de los resultados de estas pruebas.
2. En este proceso, el médico tiene la responsabilidad de conocer las pruebas disponibles e indicarlas según sea conveniente y el técnico de laboratorio, apoyado en sus conocimientos, la de emplear rigurosamente los recursos técnicos y materiales que garanticen un resultado rápido y fiable, mientras,
3. Durante el período comprendido de enero a julio del 2002. Aunque los objetivos del trabajo van más allá del simple cálculo de gastos, se aprovechó la posibilidad para valorar elementales índices económicos, pues estos han demostrado ser útiles como indicadores de la calidad en el servicio.
4. Se espera que este estudio, a partir de sus recomendaciones, de forma concreta, contribuya a perfeccionar la eficacia en la toma de muestras, como parte del diagnóstico de las dificultades, dentro del método científico que aporta el PAE con importantes resultados para la salud del paciente y para la economía

Preparación física:

Pre medicación enema de limpieza dietas Objetos de metal

Se vigila las constantes vitales a través del monitor, además de otros signos como la ansiedad o inquietud, posibles reacciones alérgicas, náuseas.

- Participa activamente en los procedimientos diagnósticos y terapéuticos.
- Gestiona y mantiene archivos. "Supervisa, coordina, gestiona y mantiene".

Durante el procedimiento

Recolección de muestra para laboratorios

Ha establecido algunas consideraciones que se deben tener en cuenta, al extraer muestras de fluidos corporales considerados de riesgo, en pacientes ambulatorios y hospitalizados, como una manera de realizar técnicas con un margen de seguridad, tanto para el personal de salud, como para los pacientes que son atendidos en consultorios y hospitales

Desecho de material: La eliminación de la jeringa y aguja debe ser tirada en el lugar correspondiente.

- Daño para el paciente al atrasar o perder la oportunidad de un diagnóstico precoz, de una valoración de la evolución o ajuste oportuno de una terapia.
- Pérdida de tiempo y material.
- Pérdida de confianza del paciente.
- Alteración de los resultados.
- Alteración del rodaje del servicio y del laboratorio. Consecuencias de una mala técnica en la toma de muestras de exámenes.
- Explicar al paciente acerca de la indicación médica del examen.

- Constatar que el paciente está en las condiciones requeridas para el examen (ayunas u otra) En general los exámenes de sangre se toman en ayunas.
- Controlar que el paciente ingiera desayuno después de la toma de la muestra.
- Una vez tomadas las muestras deben ser enviadas a la brevedad al laboratorio.
- No deben utilizarse frascos que merezcan dudas, sin tapas, sucios o con cantidad insuficiente de anticoagulante.
- Verificar que sea el paciente correcto y muestra correcta.

CONCLUSION

Con este tema que abordamos y qué me nos sirvió para elaborar el resumen eh llegado a la conclusión que el proceso de enfermería es de suma importancia ya que es una de las principales materias que es fundamental para nuestra formación, tenemos que darle la importancia que se debe ya que de ahí podremos desempeñar y podremos ayudar a las personas, ya sea familia, individuos o una comunidad. Se necesita mucho estudio para ver y comprender ya que de ahí se desprende los modelos, teoría y principios que guían esta profesión.