



Mi Universidad

Resumen

Nombre del Alumno: Alejandra Jacquelin Mata Escobedo

Nombre del tema: proceso de enfermería

Parcial: unidad I

Nombre de la Materia: Fundamentos de enfermería I

Nombre del profesor: María del Carmen López Silba

Nombre de la Licenciatura: Enfermería (LEC)

Cuatrimestre: I

I.1 Proceso de Enfermería.

Iniciaremos dando a conocer que el Proceso de Atención de Enfermería tiene sus orígenes cuando, por primera vez, fue considerado como un proceso, esto ocurrió con Hall (1955), Jhonson (1959), Orlando (1961) y Wiedenbach (1963), consideraron un proceso de tres etapas (valoración, planeación y ejecución). Tiempo después nos amplían el panorama cuando Bloch (1974), Roy (1975), Espinal (1976) y algunos autores más, establecieron las cinco actuales al añadir la etapa diagnóstica.

Dicho proceso se define como 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 las urgencias. El PAE es de carácter metodológico y consta de una secuencia de pasos que tienen relación entre sí, a continuación, se da una explicación:

- I. Valoración: es la primera fase del proceso de Enfermería que consiste en la recogida y organización de los datos que conciernen a la persona, familia y entorno. Son la base para las decisiones y actuaciones posteriores.
- II. Diagnóstico de Enfermería. Es el juicio o conclusión que se produce como resultado de la valoración de Enfermería.
- III. Planificación. Se desarrollan estrategias para prevenir, minimizar o corregir los problemas, así como para promocionar la Salud.
- IV. Ejecución. Es la realización o puesta en práctica de los cuidados programados.
- V. Evaluación. Comparar las repuestas de la persona, determinar si se han conseguido los objetivos establecidos.

1.2. Primera Etapa: Valoración de Enfermería

La valoración enfermera es la primera fase del PAE. Se define como el proceso organizado, planificado, sistemático, y continuo de recolección de datos objetivos y subjetivos sobre el estado de salud del paciente, familia, o comunidad, y las respuestas humanas que se originan ante ellas.

Dentro de la etapa de valoración existen pautas a seguir, como se describen a continuación:

I. Recolección de datos:

Un dato es una información concreta que se obtiene de un paciente, familia o comunidad, y que hace referencia a su estado de salud. Los datos pueden ser objetivos o subjetivos. Los datos subjetivos son obtenidos mediante la entrevista clínica, y los datos objetivos mediante la observación y la exploración física.

La recolección de datos se lleva a cabo por medio de:

- ✓ Entrevista de enfermería
- ✓ La observación
- ✓ La exploración física

2. Validación de los datos.

La validación consiste en confirmar que los datos objetivos y subjetivos que se han obtenidos son verdaderos.

3. Organización de los datos.

En esta fase la información recogida será agrupada, de tal manera que se facilite y oriente la etapa de diagnóstico.

4. Registro de la valoración.

Los objetivos de un registro correcto de la valoración son:

- Establecimiento de un sistema de comunicación entre el personal sanitario.
- Extraer conclusiones sobre la efectividad de los cuidados aplicados.
- Validar un testimonio legal.

1.3 Segunda Etapa: Diagnóstico de Enfermería

Esta segunda etapa del P.A.E. se centra en el análisis de los datos recogidos durante la valoración y su interpretación científica, que da como resultado los diagnósticos de enfermería. Estos diagnósticos guiarán la planificación, ejecución y evaluación de los cuidados de enfermería.

El profesional de enfermería cuenta con una herramienta de trabajo llamado (NANDA), como expresión del juicio de la práctica clínica, con el fin de prever unos resultados y determinar las intervenciones enfermeras que solucionen el problema de salud.

El objetivo de enfermería es, por tanto, identificar las respuestas específicas del paciente ante una situación clínica determinada.

Hay diferentes definiciones sobre el concepto de diagnóstico de enfermería. Sin embargo, la más habitualmente aceptada se corresponde con la dada por la NANDA.

NANDA recomienda utilizar el formato P.E.S. elaborado por Marjory Gordon en 1982. Estas siglas especifican el orden que debe seguir la formulación de un diagnóstico de enfermería:

- Problema
- Etiología
- Signos
- Síntomas

1.4. Tercera Etapa: Planificación de Cuidados.

En esta fase se trata de establecer y llevar a cabo los cuidados de enfermería, que conduzcan al cliente a prevenir, reducir o eliminar los problemas detectados. La etapa de planificación se inicia tras realizar el diagnóstico de enfermería. Esta etapa se desarrollará en tres fases:

Determinación de prioridades.

Para determinar los resultados NOC que esperamos conseguir, y las intervenciones NIC que realizaremos para solucionar el problema de salud, es necesario fijar unas prioridades. Aunque tomemos como referencia las necesidades básicas propuestas por Maslow, siempre será necesario consensuar con el paciente la importancia relativa de cada diagnóstico, con el fin de tratar primero los problemas más importantes.

Resultados de Enfermería NOC.

Tras priorizar los diagnósticos que van a ser tratados, es necesario seleccionar los resultados NOC que pretendemos conseguir para cada diagnóstico. La NOC es la clasificación estandarizada de resultados de enfermería, que tiene como principal objetivo evaluar la eficacia de las intervenciones enfermeras.

Intervenciones de Enfermería NIC.

Se entiende como intervención de enfermería NIC, todo tratamiento basado en el conocimiento y juicio clínico, que realiza un profesional de enfermería para favorecer el resultado esperado del paciente.

1.5. Cuarta Etapa: Ejecución

La etapa de ejecución no solo consiste en la aplicar los cuidados de enfermería correspondientes a las intervenciones, sino que además conlleva las siguientes actividades:

- Continuar con la recogida y valoración de datos.
- Registro de los cuidados de enfermería realizados.
- Transmitir el estado de salud de nuestros pacientes al resto de los profesionales sanitarios que intervienen directamente en su atención, mediante la realización informes verbales.
- Actualizar el plan de cuidados de enfermería.

Se deberán completar los siguientes registros:

- Valoración de enfermería.
- Diagnósticos de enfermería.
- Resultados NOC. Los indicadores de los resultados serán puntuados antes de ejecutar las intervenciones de enfermería y periódicamente mientras se aplican las intervenciones.
- Intervenciones NIC.

Es fundamental el hecho de que los profesionales de enfermería reflejen el plan de cuidados en un soporte físico o electrónico, ya que estos profesionales generan más de la mitad de los gastos que generan los servicios de salud. Esta informatización, además de mejorar la eficacia de la gestión de los cuidados de salud, mejorará la seguridad de los pacientes.

I.6. Quinta Etapa: 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.

La evaluación de enfermería está compuesta por dos fases:

- Puntuación de los indicadores.
- Comparación de los resultados.

Tipos de indicadores NOC:

En función del signo o síntoma a valorar, existen diferentes tipos de indicadores. Los más habituales son:

- Datos anatomofisiológicos.
- Síntomas.
- Conocimientos.
- Competencias o Habilidades.
- Sentimientos/Valores y Creencias.

1.7 Entrevista Clínica

La entrevista clínica es una técnica de recogida de información que utilizamos constantemente en nuestra profesión. Se podría decir para valorar necesidades y cuidar a las personas a las que atendemos. El proceso de entrevista clínica se puede dividir en diferentes etapas: la preparación del proceso, la fase inicial, el cuerpo o fase intermedia, cierre, posdata y análisis de la información recogida.

La fase inicial de la entrevista clínica es aquella que se produce cuando el entrevistador/a interacciona "cara a cara" con el/la entrevistado/a, con el objetivo de recoger información sobre el estado y problema/s del paciente/cliente

Se entiende por Cuerpo o fase Intermedia la realización de la entrevista propiamente dicha, donde se abordan las diferentes áreas temáticas a las cuales nos queremos dirigir.

Se denomina Cierre a la fase final de la entrevista. Las actividades que comprende son:

- Comunicar la finalización próxima de la misma.
- Agradecer la colaboración y atención prestada.
- Preguntar si desea comunicar algo más.
- Presentar un resumen de los contenidos tratados.
- Aportar prescripciones
- Despedirse

1.8 Exploración Física

En el Examen Físico intervienen los 4 métodos de la exploración clínica: la inspección, la palpación, la percusión y la auscultación, complementados por la termometría clínica, la esfigmomanometría, y si es posible la exploración de la sensibilidad y los reflejos.

Inspección: Es la apreciación con la vista desnuda o cuando más con la ayuda de una lente de aumento, del aspecto, color, forma y movimiento del cuerpo y de su superficie externa, como también de algunas cavidades o conductos accesibles por su amplia comunicación, ejemplo: boca y fauces.

Palpación: Es la apreciación manual de la sensibilidad, temperatura, consistencia, forma, tamaño, situación y movimientos de la región explorada, ello valiéndonos de la sensibilidad táctil, térmica y vibratoria, así como de los sentidos de presión y estereognóstico de las manos.

Percusión: Consiste en la apreciación por el oído, de los fenómenos acústicos, generalmente ruidos que se originan cuando se golpea la superficie externa del cuerpo. Puede ser practicada golpeando la superficie externa del cuerpo con las manos desnudas, o valiéndose de un martillo especial.

Auscultación: Consiste en la apreciación con el sentido de la audición, de los fenómenos acústicos que se originan en el organismo, ya sea por la actividad del corazón, o por la entrada y salida de aire en el sistema respiratorio, o por el tránsito en el tubo digestivo, o finalmente por cualquier otra causa.

I.9 Signos Vitales

Los signos vitales (SV) son valores que permiten estimar la efectividad de la circulación, de la respiración y de las funciones neurológicas basales y su réplica a diferentes estímulos fisiológicos y patológicos. Son la cuantificación de acciones fisiológicas, como la frecuencia (FC), la frecuencia respiratoria (FR), la temperatura corporal (TC), la presión arterial (TA) y la oximetría (OXM), que indican que un individuo está vivo y la calidad del funcionamiento orgánico. Cambian de un individuo a otro y en el mismo ser en diferentes momentos del día. Cualquier alteración de los valores normales, orienta hacia un mal funcionamiento orgánico y por ende se debe sospechar de un estado mórbido. Su toma está indicada al ingreso y egreso del paciente al centro asistencial, durante la estancia hospitalaria, de inmediato cuando el paciente manifiesta cambios en su condición funcional y según la prescripción médica.

PULSO ARTERIAL Y FRECUENCIA CARDIACA

El pulso arterial es la onda pulsátil de la sangre, originada en la contracción del ventrículo izquierdo del corazón y que resulta en la expansión y contracción regular del calibre de las arterias; representa el rendimiento del latido cardiaco y la adaptación de las arterias. La velocidad del pulso, es decir los latidos del corazón por minuto, corresponde a la frecuencia cardiaca.

TEMPERATURA CORPORAL

Se define como el grado de calor conservado por el equilibrio entre el calor generado (termogénesis) y el calor perdido (termólisis) por el organismo. Factores que afectan la termogénesis: tasa metabólica basal, actividad muscular, adrenalina, noradrenalina, estimulación simpática, producción de tiroxina, otras. Factores que afectan la termólisis: conducción, radiación, convección y evaporación.

FRECUENCIA RESPIRATORIA

El ciclo respiratorio comprende una fase de inspiración y otra de espiración. La frecuencia respiratoria (FR) es el número de veces que una persona respira por minuto. Cuando se miden las respiraciones, es importante tener en cuenta también el esfuerzo que realiza la persona para respirar, la profundidad de las respiraciones, el ritmo y la simetría de los movimientos de cada lado del tórax.

PRESION ARTERIAL

La presión arterial resulta de la fuerza ejercida por la columna de sangre impulsada por el corazón hacia los vasos sanguíneos. La fuerza de la sangre contra la pared arterial es la presión sanguínea y la resistencia opuesta por las paredes de las mismas es la tensión arterial. Estas dos fuerzas son contrarias y equivalentes. La presión sistólica es la presión de la sangre debida a la contracción de los ventrículos y la presión diastólica es la presión que queda cuando los ventrículos se relajan. La presión arterial está determinada por el gasto cardiaco y la resistencia vascular periférica.

1.10 Recogidas de Muestras Biológicas

Es muy probable que sepas que una muestra es “una parte de algo”. Las muestras biológicas no son más que partes o fracciones que se obtienen de un organismo para su posterior estudio. Por ejemplo, de cualquier órgano macizo o hueco se puede extraer una pequeña fracción y luego analizarla. Este tipo de muestras de tejidos sólidos se llama biopsia y para su obtención se utilizan unas agujas especiales.

Nuestro organismo también posee una serie de líquidos orgánicos (sangre, líquido amniótico, líquido sinovial...) y productos de desecho (orina, heces, esputo,). En estos casos, en general, obtener una muestra resulta mucho más sencillo que en el caso de muestras de partes sólidas (biopsia).

En ciertas ocasiones conviene estudiar las secreciones de determinadas cavidades o superficies fácilmente accesible porque se sospecha que puede haber una infección, o bien porque interesa comprobar si existen células cancerosas.

A continuación, se presentan algunos tipos de pruebas más comunes:

- Muestras de orina
- Muestras de heces
- Muestras de sangre

