



**Nombre de alumnos:** Jairo Miguel Torres Ramon

**Nombre del profesor:** Javier Gómez Galera

**Nombre del trabajo:** cuadro sinóptico

**Materia:** Fundamento de enfermería 1

**Grado:** 1º

**Grupo:** "A"

Comitán de Domínguez, Chiapas a \_\_ de septiembre de 2021.

# Proceso de enfermería

## Etapa 4 Ejecución

En el proceso de enfermería, la ejecución es la fase de acción en la que el profesional de enfermería realiza las intervenciones de enfermería.

**Relación entre las ejecuciones y otras fases del proceso de enfermería.**

Las primeras tres fases del proceso de enfermería proporcionan la base de las acciones de enfermería realizadas durante el paso de la ejecución.

**Habilidades de ejecución**

Para ejecutar el plan asistencial con éxito, los profesionales de enfermería deben disponer de habilidades cognitivas, interpersonales y técnicas.

**Habilidades cognitivas**

Incluyen la resolución de problemas, la toma de decisiones, el pensamiento crítico y la creatividad. Son cruciales para una asistencia de enfermería segura e inteligente.

**Habilidades interpersonales**

Son necesarias para todas las actividades de enfermería: asistencia, proporción de bienestar, defensa, remisión a terceros, asesoramiento y apoyo son solo algunas de ellas.

**Habilidades técnicas**

Son actitudes dirigidas a un fin como manipular equipo, administrar inyecciones, poner vendajes, mover, levantar y recolocar a los pacientes.

**Proceso de ejecución**

El proceso de la ejecución se compone normalmente de los siguientes aspectos:

**Revaloración del paciente**

Justo antes de ejecutar una intervención, el profesional de enfermería debe revalorar al paciente para asegurarse de que la intervención sigue siendo necesaria.

**Ejecución de las intervenciones de enfermería**

Es importante explicar al paciente que intervenciones se realizarán, que sensaciones debe esperar, que se espera que haga y que resultados se prevén.

**Supervisión de la asistencia delegada**

Si la asistencia sea delegada en otro profesional de la salud, el profesional de enfermería responsable de la asistencia global del paciente debe asegurarse de que las actividades se han ejecutado en función del plan asistencial.

**Registro de las actividades de enfermería**

Tras llevar a cabo las actividades de enfermería, el profesional de enfermería completa la fase de aplicación en las notas del progreso de enfermería.

## Etapa 5 Evaluación

Evaluar es juzgar o valorar. La evaluación es la esquina y última fase del proceso de enfermería. En este contexto, la evaluación es una actividad planificada, continua y con un fin en el que los pacientes y los profesionales de la salud determinan el proceso del paciente hacia la consecución de objetivos y la eficacia del plan asistencial de enfermería.

**Relación entre la evaluación y otras fases del proceso de enfermería**

La evaluación satisfactoria depende de la eficacia de los pasos que la preceden. Las fases de la evaluación y valoración se solapan.

**Proceso de evaluación de las respuestas del paciente**

Antes de la evaluación, el profesional de enfermería identifica los resultados que se usarán para medir la consecución de objetivos por parte del paciente.

**Recogida de datos**

Al usar resultados deseados claramente establecidos, precisos y mensurables como guía, el profesional de enfermería recoge datos de manera que puedan extraerse conclusiones sobre qué objetivo se han cumplido.

**Relación de las actividades de enfermería con los resultados**

La tercera fase del proceso de evaluación es determinar si las actividades de enfermería tenían alguna relación con los resultados.

**Continuación, modificación o terminación del plan asistencial de enfermería.**

Tras extraer conclusiones sobre el estado de los problemas del paciente, el profesional de enfermería modifica el plan asistencial tal y como se ha indicado.

**VALORACION:** una base de datos incompleta o incorrecta influye en todos los pasos del proceso de enfermería y del plan asistencial.

**DIAGNOSTICO:** si la base de datos era incompleta, son necesarias nuevas declaraciones diagnósticas.

**PLANIFICACION:** RESULTADOS DESEADOS. Si un diagnóstico de enfermería era impreciso, obviamente la declaración del objetivo/resultado necesita una revisión.

**Comparación de los datos con los resultados**

Si las primeras dos partes del proceso de evaluación se han realizado con eficacia, es relativamente sencillo determinar si se ha cumplido un resultado deseado.

**Extracción de conclusiones sobre el estado del problema**

El profesional de enfermería usa el juicio sobre la consecución del objetivo para determinar si el plan asistencial fue eficaz para resolver, reducir o evitar los problemas del paciente.

**Evaluación de la calidad de la asistencia de enfermería**

Además de evaluar la consecución de los objetivos para cada paciente, los profesionales de enfermería están también implicados en la evaluación y modificación de la calidad global de la asistencia dada a grupo de pacientes.

**Garantía de la calidad**

Es un proceso continuo y sistemático diseñado para evaluar y promover la excelencia en la asistencia de salud proporcionada a los pacientes.

**La evaluación de la estructura:** se centra en el marco en que se presta la asistencia.

**La evaluación del proceso:** se centra en cómo se presta la asistencia. Los modelos de asistencia se centran en la manera en la que el profesional de enfermería usa el proceso de enfermería

**La evaluación del resultado:** se centra en cambios demostrables en el estado de la salud del paciente como resultado de la asistencia de enfermería.

# Signos vitales

## Temperatura corporal

La temperatura corporal refleja el equilibrio entre la producción y la pérdida de calor del organismo y se mide en unidades de calor llamadas grados.

### Existen dos clases de temperatura

**Temperatura central:** es la que tienen los tejidos profundos del cuerpo, tales como los de las cavidades torácica y abdominal, y permanece relativamente constante.

**Temperatura superficial:** es de la piel, el tejido subcutáneo y la grasa, que, al contrario que la central, se eleva y desciende en respuesta al entorno.

### Regulación de la temperatura corporal

El sistema que regula la temperatura corporal consta de tres partes principales: sensores en la periferia y en el centro, un sistema de integración en el hipotálamo y un sistema efector que ajusta la producción y la pérdida de calor.

### Factores que influyen en la temperatura corporal

El personal de enfermería debe saber cuáles son los factores que pueden afectar a la temperatura corporal de un paciente para poder reconocer las apariciones normales de la temperatura y comprender el significado de las mediciones que se desvían de la normalidad.

### Alteraciones de la temperatura corporal

Se considera que el intervalo de temperatura normal para los adultos está comprendido entre 36 y 37,5 °C.

**Pirexia:** La temperatura corporal superior al límite normal recibe el nombre de pirexia, hipertermia o fiebre. Una fiebre muy alta, por ejemplo, de 41 °C se denomina hiperpirexia.

**Hipotermia:** La hipotermia es una temperatura corporal central por debajo del límite inferior de la normal.

### Valoración de la temperatura corporal

Los sitios donde se mide con mayor frecuencia la temperatura corporal son la boca, el recto, la axila, el tímpano y la piel sobre la arteria corporal.

## pulso

El pulso es una onda de sangre creada por la contracción del ventrículo izquierdo del corazón.

### Localización del pulso

#### Temporal

Donde la arteria temporal pasa sobre el hueso temporal de la cabeza.

Este punto se encuentra por encima y lateral al ojo.

#### Carotideo

En la zona lateral del cuello donde la arteria carotidea discurre entre la tráquea y el músculo esternocleidomastoideo.

#### Poplíteo

En el punto en la que la arteria poplíteo pasa por detrás de la rodilla.

#### Apical

En el vértice del corazón. En un adulto este punto se encuentra situado en el lado izquierdo del tórax, unos 8 cm a la izquierda del esternón y en el quinto espacio intercostal (área entre las costillas).

#### Tibial

Posterior, sobre la superficie medial del tobillo, donde la arteria tibial posterior pasa por detrás del maléolo medial.

#### Braquial

En la cara interna del músculo bíceps en el brazo o en situación medicinal en el espacio ante cubital.

#### Radial

En el punto en que la arteria radial corre a lo largo del radio, en el lado del pulgar de la parte interna de la muñeca.

#### Femoral

Donde la arteria femoral pasa a lo largo del ligamento inguinal.

#### Pedio

Donde la arteria pedía dorsal pasa por los huesos del pie, en una línea imaginaria trazada desde la mitad del tobillo hasta el espacio entre el primer y segundo dedos del pie.

### Valoración del pulso

El pulso se valora habitualmente mediante palpación o musculación. Para palpar todos los pulsos, excepto el vértice del corazón, se utilizan los pulpejos de los tres dedos centrales.

## Respiración

La respiración es el acto de respirar. La inhalación o inspiración es la entrada del aire en los pulmones y la exhalación o espiración es la expulsión o movimiento de los gases desde los pulmones a la atmósfera.

### Tipos de respiración

**Respiración costal:** en la respiración costal intervienen los músculos intercostales externos y otros músculos accesorios, como los esternocleidomastoideos.

**Respiración diafragmática:** depende de la contracción y relajación del diafragma y se manifiesta por los movimientos del abdomen secundarios a la contracciones y movimiento hacia abajo del diafragma.

### Mecanismo y regulación de la respiración

Durante la inspiración se producen normalmente los siguientes procesos, el diafragma se contrae, las costillas se mueven hacia arriba y afuera y el esternón se desplaza hacia afuera, con lo que el tórax aumenta de tamaño y permite que el pulmón se expanda.

### Valoración de la respiración

La respiración en reposo debe valorarse cuando el paciente se encuentra relajado porque el ejercicio aumenta su frecuencia y profundidad.

## Presión arterial

La presión arterial es una medida de la presión ejercida por la sangre cuando fluye por las arterias.

Una presión arterial típica para un adulto sano es de 120/80 mmHg

### Tipos de presión arterial

Presión sistólica: es la presión que ejerce la sangre a consecuencia de la contracción de los ventrículos, es decir, la presión de la parte alta de la onda sanguínea.

Presión diagnóstica: es la presión que resta cuando los ventrículos están en reposo.

### Determinantes de la presión arterial

La presión arterial depende de varios factores, como son las acciones de bomba del corazón, la resistencia vascular periférica u el volumen y la viscosidad de la sangre.

#### Acción de la bomba del corazón.

Cuando la acción de bomba del corazón es débil, la cantidad de sangre bombeada a las arterias es y arterial disminuye.

#### Resistencia vascular periférica

La resistencia periférica puede elevar la presión arterial y en concreto a diagnóstica.

#### Volumen sanguíneo

Cuando disminuye el volumen sanguíneo, la presión arterial defiende debido a la disminución de la cantidad de líquido en las arterias

#### Viscosidad sanguínea

La presión arterial es mayor cuando la sangre es muy viscosa, es decir, cuando la proporción entre eritrocitos y plasma sanguíneo se eleva a favor de aquellos.

### Valoración de la presión arterial

La presión se mide con un manguito de presión. Un esfigmomanómetro y un estetoscopio

# Exploración física

La exploración física completa del estado de salud puede hacerse empezando por la cabeza y continuando sistemáticamente hacia abajo.

## Cobertura

Los paños deben disponerse de forma que el área a valorar quede descubierta, mientras que el resto del cuerpo permanece cubierto.

## Preparación del paciente

La mayoría de las personas necesitan que se les explique la exploración física.

## Preparación del ambiente

Antes de iniciar la valoración es importante preparar el ambiente. El momento para la exploración física debe ser oportuno tanto para el paciente como para el profesional de enfermería.

## Colocación

Durante la exploración es frecuente que el paciente deba cambiar de postura varias veces, por lo que es importante considerar su capacidad para adoptar una posición determinada.

## Métodos de exploración

En la exploración física se utilizan cuatro técnicas fundamentales:

**Inspección:** es la exploración visual, es decir, la valoración que se hace usando el sentido de la vista. Debe ser deliberada, dirigida y sistemática.

**Auscultación:** la auscultación es el proceso de escuchar los sonidos que se producen en el interior del cuerpo. Puede ser directa o indirecta.

**Palpación:** es la exploración del cuerpo usando el sentido del tacto. Para ello se usan los pulpejos de los dedos ya que el gran número de terminaciones nerviosas que poseen los hace muy sensibles a la discriminación.

**Percusión:** la percusión es el acto de golpear la superficie corporal para producir sonidos que pueden oírse o vibraciones que pueden sentirse con el tacto.

## **Bibliografía**

Berman, A, Kozier, B, & Erb, G. (2013). *Kozier y Erd Fundamento de enfermería: conceptos procesos y prácticas*. Madrid: Pearson Educación