



Nombre de alumnos: Eleazar Lázaro Alvarado

Nombre del profesor: Javier Gómez Galera

Nombre del trabajo: Cuadro Sinóptico

Tema: Proceso de Enfermería

Carrera: Lic. en Enfermería

Materia: Fundamentos de Enfermería 1

Grado: 1er Cuatrimestre

Grupo: "B"

Comitán de Domínguez, Chiapas a 16 de noviembre de 2021.

PROCESO DE ENFERMERÍA

EJECUCIÓN

Es la cuarta etapa del plan de cuidados, es en esta etapa cuando realmente se pone en práctica el plan de cuidados elaborado.

Actividades Enfermeras

Continuar con la recogida y valoración de datos.

Realizar las actividades de enfermería.

Anotar los cuidados de enfermería Existen diferentes formas de hacer anotaciones, como son las dirigidas hacia los problemas.

Dar los informes verbales de enfermería.

Mantener el plan de cuidados actualizado.

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.

Partes y Características

Recogida de datos sobre el estado de salud/problema/diagnóstico que queremos evaluar.

Comparación con los resultados esperados y un juicio sobre la evolución del paciente hacia la consecución de los resultados esperados.

Ésta es continua, así podemos detectar como va evolucionando el cliente y realizar ajustes o introducir modificaciones para que la atención resulte más efectiva.

PROCESO DE ENFERMERÍA

EXPLORACIÓN FÍSICA

Es el proceso de examinar al 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 e inspección.

Técnicas

1. Inspección

Para inspeccionar, la enfermera debe mirar, escuchar y oler cuidadosamente para distinguir los resultados normales de los anormales.

2. Palpación

La palpación implica usar el sentido del tacto para recopilar la información. Mediante el tacto la enfermera realiza juicios sobre los hallazgos esperados e inesperados en la piel o los tejidos, los músculos y los huesos subyacentes.

3. Percusión

La percusión implica golpear ligeramente la piel con las yemas de los dedos para hacer vibrar los tejidos y órganos subyacentes.

4. Auscultación

La auscultación implica escuchar los sonidos que el cuerpo hace para detectar variaciones de lo normal.

SIGNOS VITALES

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.

Parámetros Normales en el Adulto

120/80 mmHg

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.

Parámetros Normales en el Adulto

36.5 a 37.5 °C

El pulso: son los saltos palpables del flujo sanguíneo observados. En varios puntos del cuerpo. La sangre fluye a través del cuerpo en un circuito continuo. El pulso es un indicador del estado circulatorio.

Parámetros Normales en el Adulto

60 a 100 latidos por minuto

La respiración: es el mecanismo que el cuerpo utiliza para intercambiar los gases entre la atmósfera y la sangre y la sangre y las células.

Parámetros Normales en el Adulto

12 a 20 respiraciones por minuto

Bibliografía

Antología de Fundamentos de Enfermería 1