



NOMBRE DEL ALUMNO:

JOHANA PATRICIA ARAGÓN ROSA

NOMBRE DEL PROFESOR:

EEU. RUBÉN EDUARDO DOMÍNGUEZ GARCÍA

NOMBRE DEL TRABAJO:

ELABORACION DE ENSAYO UNIDAD I Y IV

MATERIA:

FUNDAMENTOS DE ENFERMERIA I

GRADO:

1ER CUATRIMESTRE GRUPO A

PASIÓN POR EDUCAR

PROCESO DE ENFERMERIA

El proceso de atención de enfermería también conocido por sus siglas PAE, ha sido considerado como un proceso pero esto se ha ido modificando a través del tiempo, esto ocurre desde 1955 cuando se formó por tres etapas las cuales fueron valoración, planeación y ejecución. Pero en 1967 se anexó una etapa más, quedando: valoración, planificación, realización y evaluación. En 1974, 1975, 1976, los personajes Bloch, Roy y Aspinall establecieron las cinco etapas que actualmente conocemos.

Los objetivos y características de la atención de enfermería son muy diversos y variados, tanto como lo son las personas, familia o comunidades destinatarias de la misma, sus necesidades específicas y eventuales problemas de salud que presenten. Desde una perspectiva holística, que toma en consideración todas las dimensiones de la persona y su entorno, se deben tener en cuenta pues, las necesidades fisiológicas, psicológicas, sociales, culturales y espirituales del ser humano. Cualquier factor que impida o dificulte la satisfacción de tales necesidades, ya sea interno (individual) o externo (ambiental), priva a la persona de su total autonomía y puede requerir una actuación de enfermería destinada al restablecimiento de la salud en su sentido más amplio.¹

Entonces este proceso de atención de enfermería se relaciona entre sí, llevando a cabo una serie de pasos que se realiza por separado pero al final llevando un orden para la obtención de datos que necesitamos.

La primera etapa es: **Valoración**, esta consiste en recolectar todos los datos posibles del paciente, familia y entorno de manera organizada, esto con la finalidad de conocer la situación del paciente. Esta información se puede recabar a través del historial médico, el propio paciente, su familia o de alguna persona relacionada con él, ya que esta información será la base para la toma de decisiones que se realizan posteriormente.

La siguiente etapa es el **Diagnostico**, él es resultado o conclusión que se obtiene después de valorar al paciente, este diagnóstico puede ser distinto al diagnóstico médico.

La segunda fase del PAE corresponde al análisis e interpretación de los datos acogidos en la etapa previa. El análisis preciso, contextualizado de estos datos, permite a la enfermera identificar las manifestaciones de dependencia (según la terminología de Henderson), así como los problemas que son de su competencia. Esta etapa permite determinar con la mayor claridad posible y de manera concisa el problema específico que presenta la persona y las fuentes de dificultad que lo

¹ Nuevo Manual de la Enfermería, OCEANO/CENTRUM, pág. 1

provoca. Se trata, pues, de elaborar el diagnóstico de enfermería, punto prioritario para establecer la situación y las necesidades de la persona, así como para plantear los cuidados de enfermería más oportunos. Gracias a esta fase del proceso, en definitiva, pueden sacarse conclusiones validas que presenta acerca de los problemas que presenta la persona y, consecuentemente, es posible diseñar un plan de intervención adaptado a sus necesidades. Por otra parte, la precisión del diagnóstico facilita la comprensión del caso al resto del equipo sanitario. Básicamente, en esta etapa se intenta examinar y dimensionar con la máxima objetividad posible los datos recopilados para posteriormente confrontarlos con los parámetros normales de los diversos factores que aseguran la satisfacción de las necesidades del ser humano. ²

La tercera etapa es **Planificación**, esta etapa nos sirve para valorar las etapas pasadas para poder establecer los cuidados que se van a realizar, desarrollando estrategias para minimizar o corregir los problemas de salud dela persona que se está estudiando.

Prioridades y objetivos, primero la fase de planificación requiere establecer un orden de prioridades entre las necesidades identificadas en la persona, diferenciando los diagnósticos de enfermería de los problemas de cooperación actuales o potenciales. A partir de tal jerarquización, pueden estipularse los objetivos que deben perseguir los cuidados de enfermería para solventar los problemas de las personas y suplir los factores que ella no puede llevar a cabo por sí misma para satisfacer sus necesidades y resolver su problema de dependencia. Tales objetivos pueden ser muy diversos, de índole psicomotriz, cognitiva, efectiva, etc. Puede tratarse de objetivos a corto, medio o largo plazo³

En la cuarta etapa, que es la **Ejecución**, se refiere a que teniendo ya la información recabada del paciente con las etapas anteriores se establecen y se ponen en práctica los cuidados de enfermería programados que se van a realizar.

La enfermera es la que se encarga de todo el cuidado de un paciente de informar cómo reacciona, si el paciente comienza a empeorarse o tiene una mejor apariencia, es la encargada de llevar el control de lo que se le administra desde su llegada hasta su salida del hospital.

Dentro de la ejecución se presentan los planes individualizados, estos demuestran los documentos en el que se refleja la valoración de paciente, el diagnóstico que se le ha detectado, el resultado NOC, y las intervenciones NIC. Se presentan los planes estandarizados, se reflejan los protocolos en general lo más correcto posible, y que sean útiles en el momento en que la persona o el paciente

² Nuevo Manual de la Enfermería, OCEANO/CENTRUM, pág. 6,7

³ Nuevo Manual de la Enfermería, OCEANO/CENTRUM, pág. 8

se altere, los beneficios de estos planes es la eficaz y facilidad del ejercicio clínico, pero también, deben ser individualizados, para las necesidades de cada paciente.

La quinta etapa se refleja la **Evaluación** donde se manifiestan las reacciones que ha mostrado el paciente en el momento que se lleva a cabo la ejecución se verifica si la persona ha reaccionado en forma positiva y que se manifiesten los resultados esperados. Lo que nos indica el NOC lo que debemos valorar en signos y síntomas, los indicadores más comunes son: los síntomas que el paciente demuestre física y psicológica, sus conocimientos, las creencias que él tenga o le hayan enseñado, su espiritualidad, sus sentimientos y valores que dé a conocer. Se evaluara al paciente de manera constante y clínicamente sin importar el cumplimiento de las etapas anteriores ya mencionadas del proceso de enfermería. Para saber valorar la fase de evaluación de los cuidados que realicen los enfermeros, se debe de entender para poder dar conclusiones que nos ayuden en generar planeamientos en los estudios brindados a los jóvenes de Universidad Del Sureste.

La **entrevista clínica** el doctor hace ciertas preguntas con la intención de valorar un paciente, nos puede decir los que le está sucediendo o lo que le está dañando, menciona toda la situación que él vive o se desenvuelve, o como se alimenta, se conoce muy a fondo cual es el motivo o causa de sus padecimientos y es algo cotidiano que todo medico hace constantemente. Y así poder ayudar a cuidar del paciente y ayudar a mejorar su situación, pero toda este proceso se conoce en las universidades con el esfuerzo diario de los profesionales se adquieren muchos conocimientos que al final se desempeñan en los pacientes para ayudar a su proceso de mejoramiento.

Se genera la fase intermedia donde se anotan hechos importantes o frases que ayudaran a poder valorar o tener en cuenta de la información generada por el paciente desde lo general hasta lo más específico, algunos datos interesantes pero sin querer anotar toda la información que se adquiere del paciente esto se hace de forma intelectual, anotando fechas, cifras y otros datos de mayor relevancia. Debemos acatar las reglas básicas con mucha habilidad y eficaz de manera auditiva y no auditiva y tener buena manera para preguntar y realizar las preguntas al paciente para que se puedan entender y así recibir lo que deseamos conocer.

Para concluir con la entrevista se debe de realizar los agradecimientos por la atención prestada y la colaboración que el paciente ha brindado, manifestando, si desea expresar algún problema o situación adicional, según su respuesta; luego se debe de mencionar un resumen de lo que el paciente ha expresado mencionando, lo que debe de realizar en su hogar mientras se acerca el próximo chequeo o cita con el médico, indicándole medicamentos para ayudar a calmar lo que se

le ha detectado, darle recomendaciones y como se debe de cuidar, posteriormente se despide de la manera breve siendo respetuoso y teniendo la calidad de manera que se reconozca el interés y los esfuerzos realizados por el paciente.

Durante la exploración física se reflejan métodos, en donde hacemos uso del oído se realiza para escuchar ruidos o sonidos que se generaran al golpear la parte externa del paciente y se puede realizar con las manos o con un objeto especial para esa práctica. La auscultación se puede escuchar los sonidos que se generan del corazón o del pulmón, cuando el aire entra y sale es decir durante la respiración, también se revisa la sensibilidad, la forma del cuerpo, su color los movimientos, cuanto mide, los movimientos que puede generar de la parte que se está checando

Los signos vitales son los que dan a conocer si una persona se encuentra en buen estado o está enfermo, es el chequeo que se genera en el paciente de su temperatura, la presión arterial, si está respirando de la mejor manera es decir, la frecuencia respiratoria y es el método que se realiza para saber si una persona está viva o no. Este tipo de práctica se hace en el momento que el paciente ingresa al centro asistencial o al hospital y al momento de la salida de dichos lugares, en la actualidad ya se manejan equipos para poder darle al paciente un chequeo computarizado para beneficiar al paciente. Los diferentes factores que hacen que nuestros signos vitales se alteren o estén regularizados son siguientes: edad, sexo, ejercicios, embarazos, estado emocional, hormonas medicamentos y el estado en que estemos.

Son signos vitales son muy importante para valorar la vida que llevamos y darnos cuenta que nos está afectando, debemos de tomar muy en cuenta si nuestros signos vitales se encuentran durante dentro de lo normal y llevar un mejor control para que no se nos dañen.

El pulso arterial es la onda que pulsátil de la sangre la que la bombea, generada al lado izquierdo del ventrículo del corazón y que se manifiesta en la expansión y contracción de la arteria en este lugar se encuentran los latidos del corazón y es la velocidad llamada frecuencia cardiaca.

El pulso nos puede indicar muchos padecimientos o problema que una persona sufre, por ejemplo cuando su pulso está débil y su tono es muy bajo puede haber una deshidratación, hemorragias severas y shock.

Bradycardia nos indica que su frecuencia cardiaca se encuentra entre 40 y 60 latidos por minuto eso significa que esta bajo.

Taquicardia nos indica que la frecuencia cardiaca es mayor de 100 latidos por minuto que no sobrepasa los 160 es decir se encuentra muy acelerado.

El pulso filiforme y parvus es cuando el pulso no se escucha y el paciente presenta debilidad muy fuerte y que el paciente presenta un cuadro agónico y le falta fuerza para bombear el corazón su estado es muy grave.

La temperatura corporal es el grado de calor que cada persona puede sentir o manifestar al tacto, la temperatura de una persona adulta sana normal chequeada en la boca es de 36.8°C. Según el lugar del cuerpo donde se chequea la temperatura sus cifras cambian. La temperatura del cuerpo se detecta a través de varios tipos de termómetros, dentro de ellos se encuentran, los termómetros de mercurio, los termómetros anales, digitales, termómetro de oído, el termómetro de contacto con la piel; todos estos tipos de termómetros nos ayudaran a detectar cuanto tenemos de temperatura, si nos encontramos normales o con fiebre.

Las alteraciones de la temperatura según sus niveles de graduales se reflejan diferentes variaciones como: la hipotermia que se refleja por manifestar una temperatura baja, es decir, que está demasiado frio y la hipertermia se manifiesta cuando la temperatura está muy elevada.

La frecuencia respiratoria también presenta diferentes técnicas de como valorar al paciente, si su respiración es la adecuada o presenta anomalías.

La determinación consiste en precisar la cantidad de ciclos inspiración/espирación que se producen en el término de un minuto, observando al tórax se la persona para apreciar la profundidad de los movimientos. Además conviene determinar las características de los movimientos respiratorios, consignando si son laboriosos, superficiales profundos etc. En condiciones normales, en un individuo adulto la respiración tiene una frecuencia que oscila entre 10 y 20 movimientos por minutos, es regular y silenciosa, y se desarrolla sin dificultad alguna.⁴

Las diferentes respiraciones anormales que se presentan son las siguientes: respirar lentamente, en el adulto su respiración es menor a 12 respiraciones por minutos a este tipo de respiración se le llama bradipnea. Cuando aumenta el ritmo de la respiración y persiste y se respira superficial y rápidamente de 20 por minuto se le conoce como taquipnea. Cuando se escucha profundamente y rápida y es mayor a 20 respiraciones por minuto es hiperpnea. Los movimientos respiratorios ausentes en un paciente se le denomina que está pasando por apnea, cuando un paciente presenta dificultad. Se esfuerza mucho para respirar, se le conoce como disnea. Respiración rápida, profunda y progresiva llamada kussmaul mayor a 20 respiraciones por minuto.

⁴ Nuevo Manual de la Enfermería, OCEANO/CENTRUM, pág. 26,27

La presión o tensión arterial (TA) corresponde a la fuerza que imprime la sangre impulsada por el corazón sobre las paredes arteriales y que permite la circulación por todo el árbol arterial venciendo la resistencia periférica. Habitualmente se registra la presión arterial en el brazo (arteria braquial), pero en caso de necesidad (amputación, quemaduras) puede tomarse en el muslo (arteria poplítea). La medición se efectúa con el esfigmomanómetro y un fonendoscopio; existen diferentes tipos de esfigmomanómetro (aneroide, electrónico). El esfigmomanómetro debe tener un manguito adaptado a la característica del paciente, lo que corresponde a una anchura equivalente a dos tercios de la longitud del brazo, y una longitud suficiente para abarcar dos tercios de su circunferencia. La longitud del brazo debe permitir rodear por completo la extremidad (1,5-2 veces la circunferencia del brazo, con un margen mínimo del 20% para la fijación de los extremos).⁵

En los ruidos de korotkoff se escuchan las arterias, debajo de un manguito que se desinfla y se manifiesta un sonido de toque y un sonido de soplo se toma como inicio ese toque llamándose sístoles, al último sonido que se escucha se nombra diástole.

UNIDAD IV: ACTIVIDAD-EJERCICIO

Cuando hablamos de sistema respiratorio es decir de la nariz, faringe, laringe y tráquea, los bronquios y los pulmones en conjunto, es hablar del sistema respiratorio, y cada uno de ellos tiene su propio funcionamiento en nuestro cuerpo y en todo momento. Está compuesto en dos partes las cuales son: sistema respiratorio superior y sistema respiratorio inferior. Dentro del sistema respiratorio inferior se encuentra la tráquea, bronquios, bronquiolos y alvéolos y dentro del sistema superior se encuentran la nariz, los senos paranasales, faringe y laringe, el responsable de transportar el gas de nuestro alrededor y llevarlo hasta los alvéolos del pulmón y sacarlo es: la ventilación pulmonar. Así es como podemos respirar el oxígeno. Se caracteriza en activo, pasivo y mecánico.

Las propiedades mecánicas del pulmón se caracterizan por tener elasticidad, histéresis, viscosidad, y tensión superficial. La elasticidad se maneja en los pulmones, cuando se estiran y encogen para llenarse de aire, consecuente sacarlo. La viscosidad se refiere a la fricción que genera un fluido, se encuentra entre el tejido pulmonar y el gas de oxígeno que circula por las vías aéreas. Tensión superficial es la fuerza de la superficie de los fluidos y finalmente la histéresis: es la fuerza que se genera aún más fuerte de lo que pueda resistir la fuerza del pulmón.

⁵ Nuevo Manual de la Enfermería, OCEANO/CENTRUM, pág. 25,26

Los valores del patrón respiratorio nos ayudan a detectar si el paciente está respirando de una manera adecuada y de esa manera sabemos lo que está presentando por ejemplo cuando respira rápido se le conoce como: taquipnea, cuando es lenta o menos de 10 rpm se le conoce como: bradipnea. Se caracteriza por respiración profunda, cuando se respira superficial, normal y profunda. Regular o irregular o cuando el paciente presenta ruidos al inspirar o al espirar.

Los cuidados de enfermería en pacientes con problemas respiratorios son los que se encargan de checar al paciente la frecuencia cardiaca que no presente problemas en el corazón, observar el tórax, que sus movimientos sean los normales, si presenta ruidos extraños en su respiración tener preparado el oxígeno por si se da alguna complicación con el paciente, se encarga de administrar oxígeno suplementario según las instrucciones del doctor. Los cuidados de los enfermeros son desde su postura física hasta los síntomas internos que el paciente refleje o menciones.

La movilidad de una persona es cuando pierde sus movimientos físicos, se le dificulta ser ciertos movimientos y comienza a necesitar ayuda de otras personas, se le limitan ciertas actividades por el desgaste físico que esta persona presenta y cuando la movilidad esta deteriorada de tal forma que no hay tratamiento que haga que la persona la recupere es cuando las enfermeras centra sus atenciones para disponerle agentes que la asistan. Los factores relacionados es cuando se prescribe restricción de movimientos, falta de conocimiento respecto a la actividad física, malestares, dolores, intolerancia a la actividad física, disminuye su fuerza y masa muscular, cuando la persona pasa mucho tiempo sentada o sin hacer mayores movimientos y se caracteriza por falta de habilidades motoras, por ejemplo cuando hace sus actividades más lentas, cuando su cuerpo comienza a temblar, se siente cansada, le da insomnio y deambula mucho.

La Mecánica corporal se refiere al uso que le damos a nuestro cuerpo el cuidado que debemos de tener en todo momento, cuidar como hacemos los movimientos, de no descuidar la postura, eso nos dará un buen desempeño para que no nos cause fatiga o nos lesionemos en el momento de levantar objetos pesados, debemos de tener una buena postura para no dañar nuestra espalda y no generar dolores. La mecánica corporal está formada por tres elementos importantes: la postura, el equilibrio y el movimiento coordinado de nuestro cuerpo. La postura se refiere a tener nuestro cuerpo bien alineado y en equilibrio. Cuando cuidamos de nuestra postura estamos cuidando nuestro cuerpo y especialmente los músculos y los tendones eso quiere decir, es muy importante mantenernos erguidos para nuestra buena salud. Por lo tanto el equilibrio se lograra si nuestro cuerpo se encuentra estable. El movimiento coordinado se consigue cuando integramos los músculos, nuestro esqueleto, los nervios y movilidad articular de nuestro cuerpo, al lograr todo, estaremos teniendo un buen desempeño de la mecánica corporal.

En los cuidados de enfermería se ayuda al paciente a ser positivo para poder continuar con el ejercicio, lo ayuda a instruirlo de la mejor manera acerca del tiempo que durara su ejercicio, cuanto tiempo lo debe de hacer, le ayuda a darle la más adecuada información de los ejercicios que debe de realizar, le ayuda a motivarlo para que logre sus metas a un largo o mediano plazo a que utilice la mejor postura para que desarrolle sus ejercicios de la mejor manera, se enseña al paciente a utilizar buenas posiciones para que evite lesionarse, le ayuda a evitar estar sentado en la misma posición durante mucho tiempo. Todos los cuidados de los pacientes son muy importantes para que se mejoren y continúen su vida de una mejor manera.

El patrón sueño descanso. Se refiere a la mejor manera que dormimos o nos relajamos durante las 24 horas del día, también el hacerlo de la forma indicada, no despertar durante la noche o tener somnolencia, despertar de repente, cansancio o falta de poder conciliar el sueño. En caso de presentar insomnio se tendrá que verificar si existe historia previa así como acciones que lo provoque. Enfermería se encargara de evaluar a los pacientes y los conocimientos que tiene sobre su patrón habitual y fomentar hábitos y medidas que le proporcione al paciente un descanso eficaz.

La necesidad de descanso y sueño es muy importante para las personas, sino logramos poder descansar de la mejor manera durante la noche, nuestra capacidad de concentrarnos y de desempeñarnos en nuestra vida diaria serán muy pocas y nos pondremos irritables, el desvelarnos mucho nos puede provocar trastornos progresivos de la mente, en nuestro sistema nervioso nos hace tener comportamientos anormales. Por tal motivo es importante el sueño, porque nos ayuda a restaurar los niveles de poder hacer nuestras actividades diarias, también restaura las diferentes partes de nuestros niveles neurales, es decir nuestras neuronas. Por lo siguiente el descanso es el que nos permite sentirnos relajados, nos ayuda a desempeñarnos mejor mentalmente como físicamente y a realizar nuestras actividades cotidianas de la mejor manera. El sueño es la capacidad de alteración de nuestra conciencia que se repite periódicamente durante un tiempo, se caracteriza a los pocos movimientos que se pueden realizar, mínima conciencia, pocos movimientos de las extremidades que una persona puede realizar. Por tal razón el poder descansar y tener un sueño de calidad nos ayudara a que nuestros días sean de gran desempeño y sentirnos de la mejor manera física y mentalmente.

BIBLIOGRAFIA:

- Antología de universidad UDS
- Nuevo Manual de la Enfermería, Océano/Centrum