



**Nombre del alumno: Maritza Itzel López
luna.**

**Nombre del profesor: Rubén Eduardo
Domínguez García.**

**Nombre del trabajo: Mapas
conceptuales.**

Materia: Fundamentos de enfermería

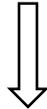
Grado: 1 cuatrimestre

Grupo: A

PROCESO DE ENFERMERIA.



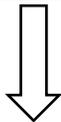
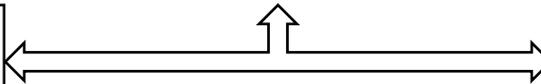
Es un método sistemático y organizado de administrar cuidados de enfermería individualizados, que se centra en la identificación y tratamiento de las respuestas únicas de las personas a las alteraciones de salud reales o potenciales.



El proceso del enfermero consta de cinco etapas.

Valoración del paciente: Consiste en recolectar la información sobre el enfermo y su estado de salud, así como el de la familia y comunidad.

Diagnóstico: El sistema más utilizado actualmente para realizar los diagnósticos de enfermería categoría diagnóstica de la NANDA, para aquellos problemas de salud que se encuentra en el campo de enfermería.



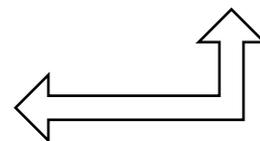
Planeación: Definir la prioridad para decidir qué problemas de salud se deben atender primero por poner en peligro la vida del usuario y establecer objetivos centrados en su familia y comunidad



Ejecución: Es la fase de las acciones en el proceso de enfermería, durante esta etapa se identifica la respuesta del paciente y de la familia a las atenciones de la enfermería



Evaluación del cuidado: Es la comparación planificada y sistematizada entre el estado de salud del paciente y los resultados esperados.



VALORACION DE LA ENFERMERIA.



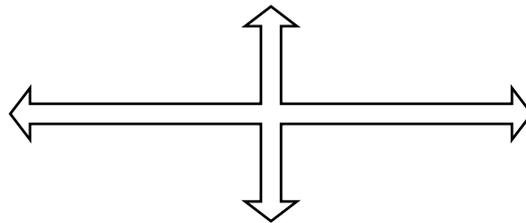
Proceso organizado, planificado, sistemático y continuo de recogida de datos objetivos y subjetivos sobre el estado de salud del paciente, familia o comunidad, las respuestas humanas que se originan entre ellas



Según la complejidad de examen se distingue dos tipos de valoraciones

Valoración global o inicial: Este tipo cubre todas las perspectivas de valoración enfermera. Es la primera valoración que se realiza a un paciente.

Valoración focalizada o continua: Se centra en situaciones clínicas o problemas de salud concretos.



Esta dividida en cuatro facetas directamente relacionadas

Recolección de datos: Es una información concreta que se obtiene de un paciente, familia o comunidad, y que hace referencia a su estado de salud.

Organización de los datos: En esta fase la información recogida será agrupada de tal manera que se facilite y oriente la etapa de diagnóstico



Validación de los datos: consiste en confirmar que los datos objetivos y subjetivos que se han obtenido son verdaderos.



Registro de la valoración Los objetivos de un registro de la valoración son:

1. establecimiento de un sistema de comunicación entre el personal sanitario.
2. Extraer conclusiones sobre la efectividad de los cuidados aplicados.
3. Validar un testimonio legal.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA.

Es el juicio clínico sobre las respuestas individuales, familiares o de la comunidad a problemas de salud vitales reales o potenciales, que requiera de la intervención de enfermería con el objeto de resolver o disminuirlo

Tipos de diagnóstico de enfermería

Diagnostico enfermero real o focalizado en el problema: Juicio clínico en relación con una respuesta humana no deseada de una persona, grupo o comunidad, a una afección de salud proceso vital.

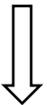
Diagnostico enfermero de riesgo: Juicio clínico en relación con la vulnerabilidad de una persona, familia, grupo o comunidad de desarrollar una respuesta humana no deseada a afección de salud proceso vital

Diagnostico enfermero de promoción de la salud: Es un juicio clínico sobre la motivación y deseo de una persona, familia o comunidad de aumentar su potencial humano de salud, y mejorar conducta de salud específica.

PLANIFICACION DE CUIDADOS.



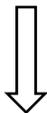
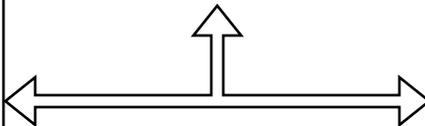
Es la etapa de elaboración de estrategias para prevenir, minimizar o corregir los problemas, determinar resultados e intervenciones enfermeras, plasmando este plan de actuación de forma escrita en un plan de cuidados.



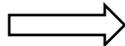
Fases de la planificación

Establecer prioridades: De los problemas identificados rara vez se pueden abordar todos a la vez, por lo que es necesario valorar cuales de ellos necesitan una atención inmediata y cuáles pueden ser tratados.

Formulación de resultados: Se formulan aquellos resultados que se esperan de la atención enfermera, lo que se quiere lograr con la persona.



Determinación de las intervenciones enfermeras: Se dirigen a ayudar a la persona a lograr los resultados de cuidados y parten de los factores relacionados de los diagnósticos enfermeros, buscando eliminar aquellos factores que contribuyan el problema



Tipos de planes de cuidado: Los planes de cuidados pueden ser individualizados estandarizados con posibilidad de individualización.

Plan de cuidado individualizado: Es aquel que el enfermero realiza para un paciente determinado.

La estandarización: parece que se aparta de la idea holista de los cuidados de enfermería, ya que pauta de cuidados homogéneos para todas las personas.

Plan de cuidados estandarizado abierto a la individualización: se considera como idóneo el plan de cuidados estandarizado abierto a la individualización.

EJECUCION Y EVALUACION.



Ejecución: Es el momento de la puesta en practica de los cuidados planificados, revalorando a la persona y evaluando su respuesta.

Evaluación: Se trata de comprobar la eficacia del plan de cuidados, el grado de consecución de los resultados planteados y de acuerdo con ello, realizar los cambios oportunos.

La ejecución, implica las siguientes actividades de enfermeras:

- 1.Continuar con la recogida y valoración de datos.
- 2.Realizar las actividades de enfermería.
- 3.Anotar los cuidados de enfermería existen diferentes formas de hacer anotaciones, como son las dirigidas hacia los problemas.
- 3.Dar los informes verbales de enfermería.
- 4.Mantener el plan de cuidados.

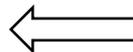
La evaluación se hace a tres niveles: por una parte, se evalúa el logro de resultados, por otra se evalúa el plan de cuidados y en tercer lugar también la satisfacción de la persona.



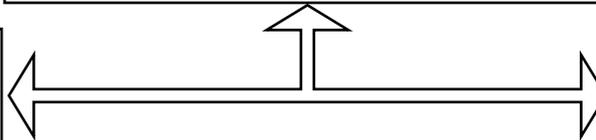
Evaluación de los resultados: Es el momento de evaluar el grado de consecución de los resultados planteados con el paciente, ver si se han logrado o hasta donde se ha logrado.



Evaluación del plan de cuidados: De acuerdo con el registro de todo lo planificado y llevado a cabo el paciente en cada uno de las fases del proceso de atención de enfermera es el momento de cambiar o eliminar diagnósticos enfermeros



Satisfacción de las personas: Es otro de los aspectos fundamentales que hay que evaluar en la provisión de los cuidados, ya que el centro de esto las personas.



BASES SEMIOLÓGICAS DE LA VALORACIÓN DEL PACIENTE



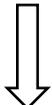
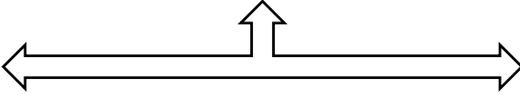
Es el cuerpo de conocimientos que se ocupa de como identificar las diversas manifestaciones patológicas.



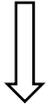
Pasos para realizar la valoración.

Recolección

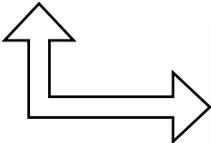
validación



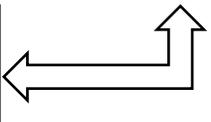
organización



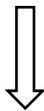
Comunicación de los datos



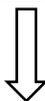
Es un proceso continuo que debe llevarse a cabo durante todas las actividades que la enfermera(o) hace para y con el paciente.



ENTREVISTA CLINICA.



Es la herramienta que a todos los trabajadores de salud en especial al personal de enfermería, nos permite el primer acercamiento al paciente y su entorno, con el objetivo de obtener la información necesaria para ayudarlo en el proceso de mejora de su salud.



Tipos de entrevista.



Entrevista dirigida: Son entrevista estructuradas, proporcionando determinada información.

Entrevista no dirigida: Son entrevista no estructuradas, más flexibles.

Entrevistas semiestructuradas: Son entrevista en las que la enfermera tiene un guion estimulado en el que se prepara una serie de preguntas con anterioridad, pero hay libertad en el desarrollo de la entrevista.

Tipos de preguntas.



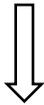
Preguntas cerradas: Son las utilizadas en la entrevista dirigida y normalmente precisan respuestas cortas para obtener datos concretos. Se responden brevemente con una o dos palabras.

Preguntas abiertas: Son las utilizadas en la entrevista no dirigida. Son las que permite el paciente responder con una frase y que profundice en sus explicaciones, sentimientos o en la descripción de temas que le preocupan.

EXPLORACION FISICA.



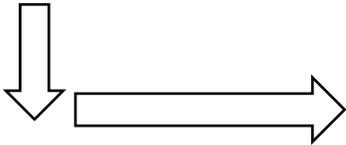
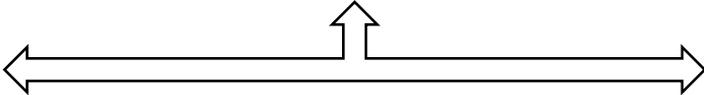
Es el proceso de examinar el cuerpo utilizando el sentimiento del tacto, para detectar la presencia o ausencia de masa o masas, presencia de dolor, temperatura, tono, muscular y movimiento, y corroborar los datos obtenidos durante el interrogatorio e inspección.



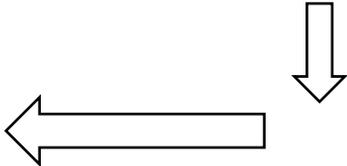
Se divide en dos.

Inspección general: incluye el aspecto general. El estado mental, los signos vitales, el peso y la altura, postura marcha y piel.

Inspección segmentaria: Comprende la valoración de la cabeza, cuello, tórax, abdomen, genitourinario y extremidades.



Métodos.



Palpación: es el proceso de examinar el cuerpo utilizando el sentido del tacto, para detectar la presencia o ausencia de masa, de dolor, temperatura.

Percusión: Es el método que consiste en golpear con la mano o instrumentos cualquier segmento del cuerpo para producir movimientos, dolor.

Auscultación: Es el método de exploración física que se efectúa por medio del oído para valorar ruidos producidos en los órganos y detectar anomalías en los ruidos fisiológicos mencionados.

SIGNOS VITALES.

Son una parte fundamental de la valoración de enfermería que se realiza a un paciente, dentro de los cuales podemos encontrar la temperatura, la respiración y oximetría de pulso.

La temperatura y la respiración son unos de los signos vitales.

Temperatura: Es el grado de calor que tiene el cuerpo como consecuencia del equilibrio mantenido por los mecanismos de producción de calor.

Respiración: Es el acto de respirar, función mediante la cual el organismo introduce aire en, los pulmones y elimina dióxido de carbono, es decir, realiza un intercambio de gases.

Existen dos clases de temperatura corporal: La temperatura central y la superficial.

Existen dos tipos básicos de respiración
Respiración costal y la respiración diafragmática.

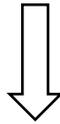
Factores que influyen en la producción de calor por el organismo

- Metabolismo basal
- Actividad muscular
- Secreción de tiroxina
- Adrenalina, noradrenalina
- Fiebre

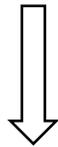
Factores que influyen en la respiración
Los que lo aumenta son: Ejercicio, estrés, aumento de la temperatura ambiental.

Los que reducen: Disminución de temperatura ambiental, determinados medicamentos, aumento de la presión arterial

RECOGIDA DE MUESTRAS BIOLÓGICAS.



Se trata de una pequeña cantidad de sustancias presentes en el organismo, como orina, sangre, tejido, células, ADN, ARN o proteínas en seres humanos, animales o plantas.



Las muestras biológicas más utilizadas son
Orina
Esputos o heces.



Dependiendo de las patologías de cada paciente, la obtención de la muestra puede darse en tres lugares

En laboratorios.

En el domicilio.

En la planta de hospitales

