



Mi Universidad

Nombre del Alumno: Ivis Sady García Rodríguez

Nombre del tema: Resumen Del Proceso De Enfermería

Nombre de la Materia: Fundamentos de Enfermería I

Nombre del profesor: María del Carmen López Silba

Nombre de la Licenciatura: Licenciatura en Enfermería

Cuatrimestre: I Cuatrimestre



PROCESO DE ENFERMERÍA

El proceso de enfermería es un método sistemático y organizado, que requiere de conocimientos, habilidades y actitudes, con lo cual se da el cuidado de enfermería de una forma lógica, racional y humanística al individuo, a la familia y comunidad, su objetivo es identificar el estado de salud de los seres humanos desde lo real o potencial, individual, familiar o comunitario que facilite la elaboración de planes de salud y ofrecer las intervenciones de enfermería necesarias para dar solución a las necesidades identificadas. Consiste en una relación de interacción con el paciente, posee características que lo hacen flexible, dinámico, sistémico, interactivo, con un sustento teórico, individualizado y continuo. Las ventajas del proceso de enfermería permiten a los usuarios participar en su propio cuidado, garantizar la respuesta a sus problemas reales o potenciales, recibir la atención necesaria. Para el profesional de enfermería, la aplicación del proceso facilita la comunicación, propicia el crecimiento profesional, la satisfacción en el trabajo, permite conocer objetivos importantes para el sujeto de atención en forma holística e integral.

REQUISITOS PARA SU APLICACIÓN

Las habilidades intelectuales requieren de conocimientos amplios y variados: habilidad para pensar; esto se ejercita aprendiendo a indagar, utilizando las reglas de la lógica, una actitud investigadora, buscar evidencias y tener la mente abierta.

Las competencias interpersonales son necesarias para las habilidades de comunicación interpersonal exquisita, soportada en el respeto, el saber escuchar activamente, ser creativos y fortalecer el deseo de cuidar o ayudar.

Competencias técnicas: destreza manual para desarrollar procedimientos con claridad y técnica, uno de estos procedimientos es la habilidad de realizar la valoración desde enfermería.

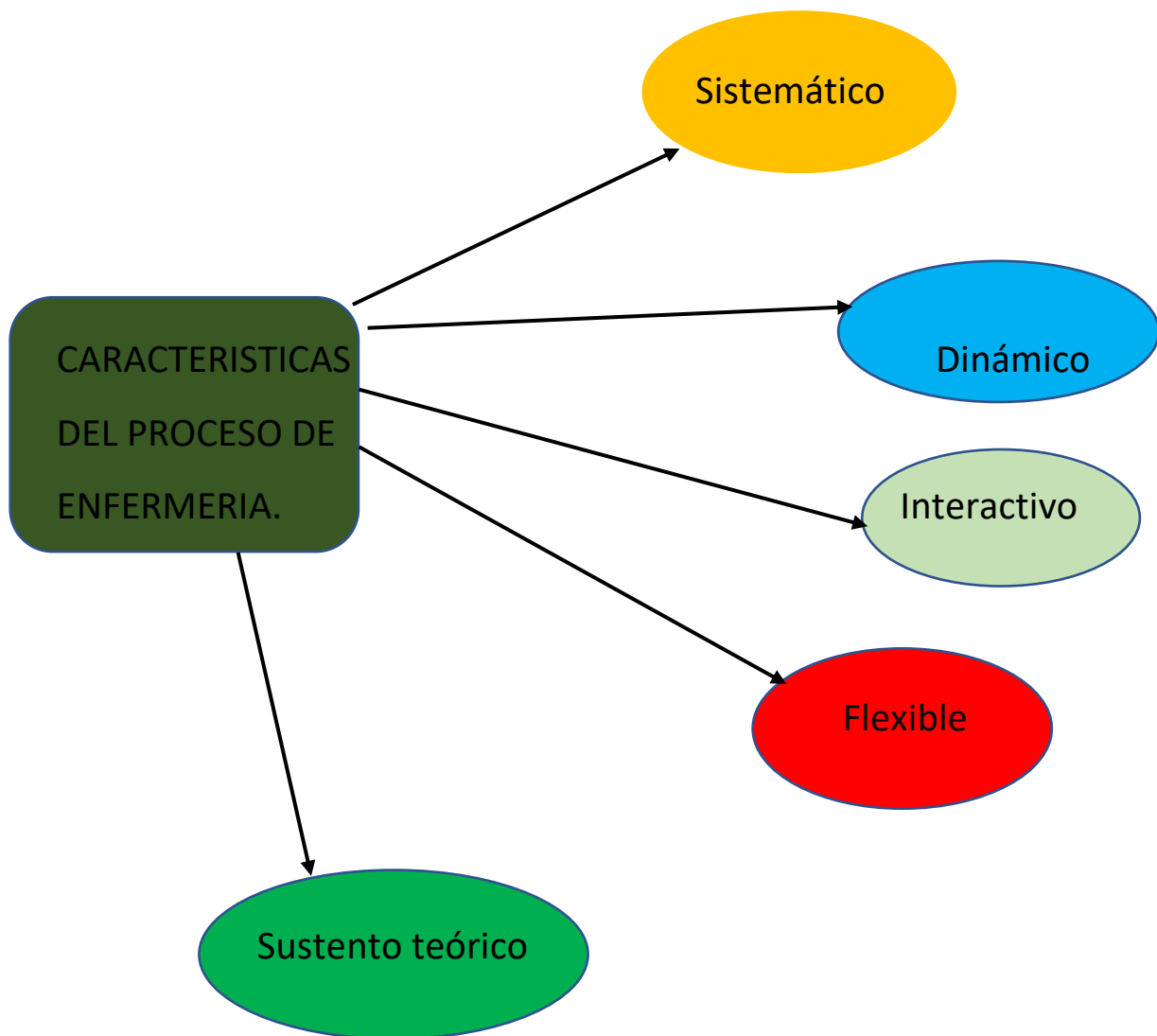
Competencia personal, giran alrededor del desarrollo de fortalezas como la tolerancia y la practica flexiva, esto se fomenta desde la vida estudiantil, ya que es un proceso de aprendizaje permanente y continuo.

BENEFICIOS DERIVADOS DEL USO DEL PROCESO DE ENFERMERIA

- Al dar atención, la enfermera se centra en la respuesta humana y no solo en las cuestiones médicas.
- La enfermera utiliza el enfoque holístico (totalidad de la persona), intervenciones adaptadas al individuo, no a la enfermedad.
- Agiliza el diagnostico y tratamiento de los problemas de salud reales y potenciales.
- Desarrolla un plan eficaz y eficiente, para el beneficio del paciente.
- Promueve la flexibilidad y el pensamiento independiente.

CARACTERISTICAS

El proceso de enfermería tiene cualidades esenciales que lo caracterizan y es fundamental que se consideren durante la enseñanza y la aplicación de este.



El proceso de enfermería consta de cinco fases, que son secuenciales y relacionadas entre sí:

- Valoración
- Diagnóstico
- Planeación
- Ejecución
- Evaluación

PRIMER ETAPA: VALORACION DE ENFERMERIA

La valoración es la primera fase de la identificación del problema, es en la que se presenta una secuencia de recolección de datos sobre el estado de salud de la persona, la familia o comunidad en forma organizada y sistemática. La valoración de la persona se obtiene de datos de su historia de salud, del examen físico. La valoración de la familia, los datos se obtienen mediante la observación de las interacciones familiares que surgen de su dinámica, estructura familiar, ciclos vitales. En la valoración de la comunidad se obtiene mediante la observación de campo, la recolección, integración, sistematización y análisis de la información del territorio o ámbito social.

Facetas de la valoración: se separan para profundizar en los aspectos teóricos de la valoración y medios para su aplicación.

Recolección de datos: se inicia el primer contacto con la persona, familia y comunidad. Es la obtención de la información referente a las condiciones, desde el punto de vista holístico, de la salud de la persona, familia o comunidad. Se clasifica en inicial y focalizada, la inicial se da con la primera entrevista con la persona. La focalizada consiste en identificar de manera concreta el problema.

Clasificación de datos, clasifica cada uno de los datos ya proporcionados.

Fuentes para la obtención de los datos, significa de donde se origina la información, puede ser directa o indirecta, la directa es la que proporciona la persona misma, la indirecta es aquella que se obtiene a través de la familia u otras fuentes.

Medios y técnicas para la recolección de los datos, son apoyos para el profesional de enfermería, mediante los cuales podrá obtener información:

- Observación.
- Entrevista.
- Exploración física.

La observación es un proceso deliberado, que incluye atención voluntaria y la inteligencia, orientadas por un objetivo, para obtener información.

La entrevista es una conversación dirigida entre dos personas con dos finalidades: dar y obtener información.

La exploración física, es el estudio sistemático del paciente para encontrar evidencias físicas de capacidad o incapacidad funcional, debe proporcionarse de manera sistemática y concreta, los cuales se deben seguir métodos y técnicas.

Validación de datos: es verificar y confirmar los datos para determinar si corresponden a los hechos, analizar la información con el fin de identificar posibles vacíos o incongruencias.

Organización de los datos: es la agrupación de los datos en categorías de la información de forma que tenga sentido, puedan verse las relaciones entre ellos e identificar las capacidades del paciente, y sus problemas de salud reales y potenciales.

Registro de los datos: consiste en informar y registrar los datos que se obtuvieron durante la observación, entrevista y exploración física.

SEGUNDA ETAPA: DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA

Enunciado de un juicio clínico sobre las reacciones a los problemas de salud reales y potenciales, a los procesos vitales de una persona de una familia o de una colectividad. El juicio clínico es el acto del intelecto de emitir una apreciación, una opinión, de llegar a una conclusión a partir de un conjunto de signos y síntomas en referencia al estado de salud de una persona. La etiqueta diagnóstica proporciona un nombre al diagnóstico.

Ventajas:

- Adoptar un vocabulario común.
- Identificar los problemas de las personas.
- Centrar los cuidados en aspectos de enfermería.
- Ofrecer a la persona cuidados de calidad, personalizados, humanizados.
- Facilitar la coordinación del trabajo en equipo.
- Dar mayor prevención.
- Proporcionar elementos de información.
- Establecer una base para la evaluación.

- Dar al trabajo de enfermería un carácter más científico y profesional.
- Acentuar la importancia del rol de la enfermería.
- Desarrollar el saber enfermero.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA.

Interdependientes: actividades que el personal de enfermería lleva a cabo junto a otros miembros del equipo de salud.

Independientes: acciones que ejecuta el personal de enfermería dirigidas a la atención de las respuestas humanas.

FASES.

Análisis de datos, tiene como finalidad la identificación del problema e inicia con la clasificación de la información. Este proceso comienza después de la valoración de enfermería y permite al personal desarrollar clases de información más manejables.

Formulación del diagnostico de enfermería, va a depender del tipo de diagnostico que se haya identificado a partir del análisis realizado.

- Destacar o subrayar los síntomas relevantes.
- Hacer una lista corta de síntomas.
- Agrupar síntomas parecidos.
- Analizar/interpretar los síntomas.
- Elegir una etiqueta diagnostica que se ajuste a los factores relacionados y a las características definitorias adecuadas.

Validación del diagnostico de enfermería, es el procesamiento de datos, en esta fase el profesional de enfermería intenta confirmar la exactitud de la interpretación de los datos.

Registro del diagnóstico de enfermería, va a depender de las recomendaciones que hicieron en la etapa de valoración y también del tipo de diagnóstico de enfermería.

TERCERA ETAPA: PLANIFICACION DE CUIDADOS

Es considerada la tercera etapa del proceso de enfermería y es la elaboración de estrategias diseñadas para reforzar, evitar, reducir o corregir las respuestas de la persona.

PLANEACION

Establecer prioridades: dependen del diagnóstico de enfermería, es donde se concluye la identificación del problema, en el cual se debe centrar el cuidado, y realizar acciones inmediatas en aquellas manifestaciones que representan una amenaza para la vida de la persona o según las circunstancias, determinar medidas de prevención de riesgos que la comunidad, familia o individuo presentan.

Elaborar objetivos: se definen como pautas para la selección de las intervenciones enfermeras y los criterios para su evaluación, cada formulación de objetivos y resultados esperados debe tener un tiempo para la evaluación.

Determinar los cuidados de enfermería: cuidados, intervenciones, estrategias o acciones de enfermería se seleccionan después de haber establecido los objetivos y los resultados esperados.

Documentar el plan de cuidados: posterior a la identificación de las intervenciones se procede a conformar el plan de cuidados, el cual

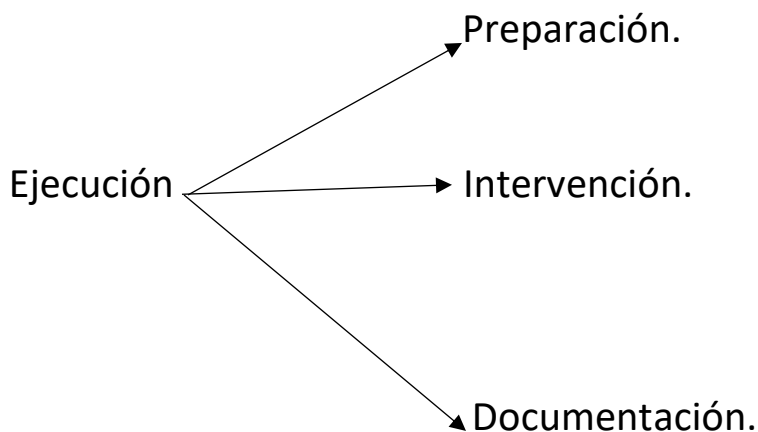
integra tanto el diagnóstico, objetivos, resultados esperados, actividades o estrategias y evaluación específica de enfermería.

- 1- Al ser escrito documenta las necesidades de cuidados del individuo.
- 2- Esta organizado de manera que cualquier enfermera pueda identificar las acciones que se deben de llevar a cabo.
- 3- Identifica y coordina los recursos utilizados para proporcionar cuidados enfermeros.
- 4- Favorece la continuidad de cuidados.
- 5- Establece la intervención de la persona y la familia.
- 6- Proporciona criterios para la puesta en práctica del plan y un entorno de evaluación de la respuesta del individuo, familia o comunidad a las acciones enfermeras.

La documentación también es el registro que la enfermera realiza de los componentes de un plan de cuidados en un formato especial, permite guiar las intervenciones de enfermería y registrar resultados alcanzados.

CUARTA ETAPA: EJECUCIÓN

Es la cuarta etapa del proceso de enfermería, que comienza una vez que se han elaborado los planes de cuidados, y esta enfocada al inicio de aquellas intervenciones de enfermería que ayudan al paciente a conseguir los objetivos deseados. Etapa en la que se pone en práctica el plan de cuidados elaborado, realizar las intervenciones enfermeras significa estar preparada, ejecutar las intervenciones, determinar la respuesta y hacer los cambios necesarios.



PREPARACION: prepararse para actuar implica asegurarse de que sabe que va hacer, porque va hacerlo, como lo hará y como reducirá los riesgos de lesiones. La fase de preparación requiere de: conocimientos y habilidades, tener en mente las complicaciones, reunir el material y equipo, crear un ambiente confortable y seguro para el paciente y delegar cuidados enfermeros que se apeguen a tareas correctas, persona correcta, comunicación correcta y evaluación correcta.

INTERVENCION: es la intervención del plan de cuidados, y también describe una categoría de conductas enfermeras en las que se han iniciado y completado las acciones necesarias para conseguir los objetivos y los resultados esperados del cuidado enfermero.

- 1- La enfermera debe estar actualizada de los fundamentos teóricos, metodológicos y técnicos.
- 2- Las acciones de enfermería están adaptadas al individuo, es fundamental considerar las creencias de la persona, sus valores, edad, estado de salud y entorno.
- 3- Las acciones de enfermería deben ser siempre seguras.

- 4- Las acciones de enfermería a menudo requieren componentes de educación, apoyo y bienestar.
- 5- Las acciones de enfermería deben ser siempre holísticas.
- 6- Las acciones de enfermería deben respetar la dignidad del paciente y favorecer su autoestima.
- 7- La participación activa del individuo en la ejecución de las acciones de enfermería debe fomentarse según lo permita su salud.

DOCUMENTACIÓN: es el registro que realiza la enfermera en las notas de enfermería, documento legal permanente del paciente y como requisito indispensable en todas las instituciones de salud.

Propósitos de la documentación:

- a- Comunicar los cuidados a otros profesionales de la salud.
- b- Ayudar a identificar patrones de respuesta y cambios en la situación.
- c- Proporcionar una base para la evaluación, investigación y mejora de la calidad de los cuidados.
- d- Crear un documento legal que más tarde pueda usarse en los tribunales para evaluar el tipo de cuidados brindados.
- e- Proporciona validación para el pago de los servicios.
- f- El registro debe especificar: fecha y hora, datos de valoración, intervenciones de enfermería, resultados y nombre/firma del profesional de enfermería responsable directo del cuidado de la persona, familia o comunidad.

QUINTA ETAPA: EVALUACIÓN

Quinta y última etapa del proceso de enfermería, pretende determinar el logro de los objetivos, las interferencias y obstáculos para la realización del plan de cuidados que evitaron el logro de los propósitos. La evaluación mide la respuesta de la persona a las acciones enfermeras con los resultados esperados establecidos durante la planificación.

Establecimiento de criterios de resultados: los resultados esperados son afirmaciones de las respuestas graduales y progresivas o de la conducta de una persona que necesita seguir y conseguir, si la persona consigue los resultados esperados, la enfermera puede o bien continuar con el plan de cuidados o finalizar sus intervenciones por que el objetivo del cuidado ya se ha cumplido.

Evaluación del logro de objetivos: la enfermera evalúa los objetivos tras comparar los datos de la evaluación con los resultados esperados. Cuando un objetivo se ha cumplido, la enfermera sabe que las intervenciones han tenido éxito en cuanto a la mejora del bienestar del individuo, familia o comunidad.

Medidas y fuentes de evaluación: son las habilidades de valoración y las técnicas empleadas para recoger los datos de la evaluación. La evaluación se produce cuando compara los datos con los objetivos y realiza un juicio sobre el progreso de la persona, si el paciente ha logrado todos los objetivos establecidos y no se han identificado nuevos problemas, es que se ha logrado el propósito de los cuidados de enfermería.

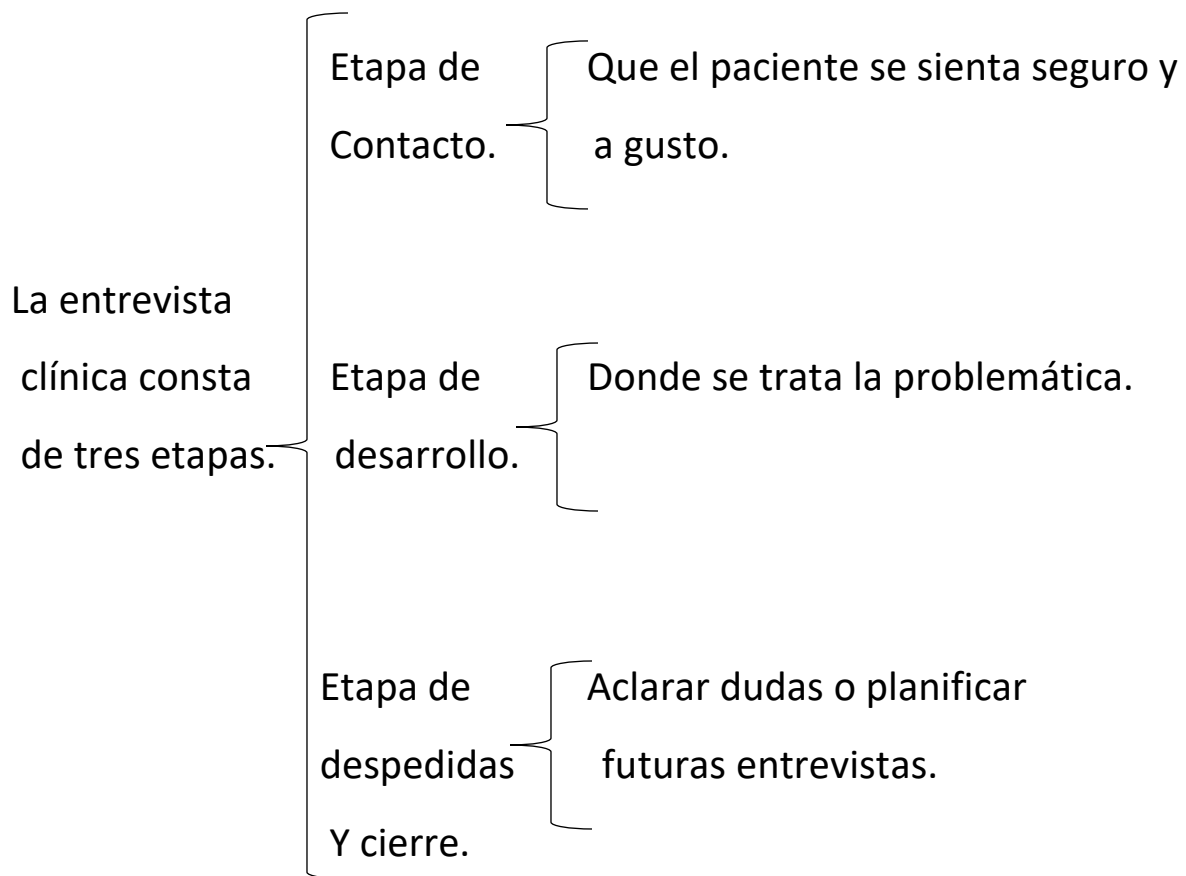
BASES SEMIOLÓGICAS DE LA VALORACIÓN DEL PACIENTE

La semiología describe las cualidades, características atributos con que se pueden presentar cada síntoma o signo y también su eventual interpretación fisiopatogénica. El detectar la presencia de algunas de estas cualidades en un síntoma o signo permite entonces elaborar una presunción diagnóstica. La semiología es una disciplina propedéutica que aporta los procesos prácticos que entrenan al estudiante para un desempeño eficiente en las actividades clínicas de los estudios médicos y del ejercicio profesional.

ENTREVISTA CLINICA

La entrevista clínica es el proceso de comunicación que se produce entre el médico y el paciente, dentro del desarrollo de su profesión, el objetivo de la entrevista clínica es la atención del paciente para solucionar un problema de salud. Para alcanzar este objetivo, se debe crear una buena relación profesional sanitario-paciente donde la enfermera debe aplicar sus conocimientos técnicos y su humanidad, y el paciente su confianza.





EXPLORACION FISICA

La exploración física completa se puede iniciar por la cabeza y continuar de forma sistemática en sentido descendente (cefalocaudal), el procedimiento varía en función de la edad del paciente, gravedad del problema, practica de la enfermera, lugar de exploración, procedimientos y prioridades de la unidad de salud.

Concepto: es un método sistemático para detectar problemas de salud o evidencia física de capacidad o incapacidad funcional.

Objetivos:

- detectar características físicas y datos anormales en relación con el crecimiento y desarrollo normales.

- obtener datos que ayuden a establecer diagnósticos de enfermería y un plan de cuidados.

MÉTODOS DE EXPLORACION FÍSICA

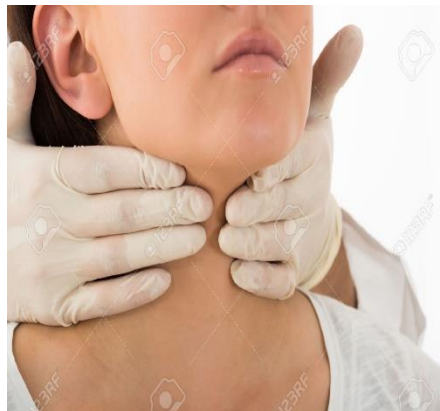
Inspección: método de exploración física que se efectúa por medio de la vista.

Palpación: es el proceso de examinar el cuerpo, se utiliza el sentido del tacto.

Percusión: consiste en golpear con suavidad la mano o instrumentos cualquier segmento del cuerpo.

Auscultación: escuchar sonidos del cuerpo. (se efectúa por medio del oído).

Medición: obtener datos de los signos vitales.



SIGNOS VITALES

La estimación de signos vitales debe basarse en mediciones confiables, objetivas y gráficas, los signos vitales son los fenómenos o manifestaciones objetivas que se pueden percibir y medir en un organismo vivo en una forma constante, como la temperatura, respiración, pulso y presión arterial. En las personas sanas los signos vitales no varían, pero en deportistas de alto rendimiento o enfermos, pueden variar de forma considerable, el conocimiento de los signos vitales en un individuo permite valorar el estado de salud o enfermedad y ayudar a establecer un diagnóstico.

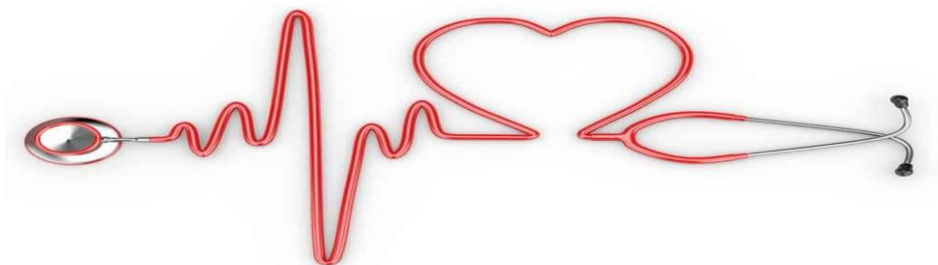
En los cuales se encuentra:

Valoración de la temperatura corporal: mide el grado de calor del organismo humano.

Valoración del pulso: se valora la función cardíaca.

Valoración de la respiración: se realiza para conocer el estado respiratorio del organismo.

Valoración de la presión arterial: es el procedimiento para valorar la fuerza que ejerce la sangre bombeada a presión desde el corazón sobre las paredes de una arteria.



RECOGIDAS DE MUESTRAS BIOLÓGICAS

Las muestras biológicas son los distintos productos o sustancias que la persona elimina, ya sea por orificios naturales del cuerpo o por orificios artificiales, asimismo también son muestras biológicas aquellos líquidos orgánicos cuyo estudio es esencial en determinados procesos. La recogida, conservación y transporte de muestras biológicas de forma correcta nos va a permitir realizar un diagnóstico sobre el usuario para su posterior tratamiento. El personal de enfermería, generalmente, es encargado de su obtención y recogida, al emplear técnicas de recolección adecuadas, se garantiza la fiabilidad de los resultados obtenidos en los distintos laboratorios y se evitan infecciones nosocomiales.



CONCLUSIÓN

Tal como hemos visto anteriormente el Proceso de Enfermería es un método organizado que se refiere a los cuidados que se debe llevar a cabo con los pacientes, basados en los conocimientos de la enfermera y los datos que la persona, familia o comunidad aportan, el proceso de enfermería suele ser práctico, dinámico, flexible, pero sobre todo basado en un sustento teórico, para que este proceso se lleve a cabo, hay que tener en cuenta sus etapas que son primordiales para la buena atención que se le pueda dar al paciente las cuales son: valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación. Una vez llevadas a cabo estas etapas podemos poner en práctica la intervención al paciente de una forma confiable en la cual el paciente y la enfermera quedan satisfechos con el diagnóstico y llevar a cabo los cuidados necesarios dependiendo a cada necesidad que la persona requiera.