



CARRERA:

LICENCIATURA EN ENFERMERÍA

NOMBRE DE LA MATERIA:

FUNDAMENTOS DE ENFERMERÍA 1
PRIMER CUATRIMESTRE

NOMBRE DEL CATEDRÁTICO:

MARIA DEL CARMEN LÓPEZ SILBA

NOMBRE DE LA ALUMNA:

TERESA CAMPECHANO ROMAY

FECHA DE ENTREGA: 17/09/21

PRESENTACIÓN

La enfermería cumple un rol fundamental como aporte a los cuidados de salud, contribuyendo a la recuperación, en base a las necesidades del desarrollo humano.

Los fundamentos de la enfermería aportan la base para el inicio de una buena técnica de cuidados al paciente, acompañado de la relación enfermero-paciente de calidad, con conocimiento y practica adecuada.

El orden a desarrollar de dicho procedimiento está basado en obtener resultados de calidad y acorde a lo requerido.

PROCESO DE ENFERMERÍA

La enfermería es considerada un proceso en la cual se establecieron las siguientes etapas:

- La valoración: consiste en la recogida de datos que concierne a la persona.
- El diagnóstico: es el juicio o conclusión de valoración.
- En la planificación se desarrollan estrategias para resolver problemas, así como promocionar la salud y la evaluación es comparar las respuestas de la persona para determinar los objetivos.
- El proceso de atención de enfermería se define (PAE) tiene una finalidad que se dirige a un objetivo.

Es sistemático para alcanzar un objetivo, es dinámico, este responde a un cambio continuo, interactivo, se basa en las relaciones recíprocas entre enfermera y paciente, así también es flexible para adaptarse en cualquier lugar. El objetivo del PAE es constituir una estructura que pueda cubrir las necesidades reales y potenciales del paciente.

LA VALORACIÓN DE ENFERMERÍA

Se define como el proceso, organizado, planificado, sistemático y continuo de recogida de datos objetivos y subjetivos de la salud del paciente.

Existen dos tipos de valoraciones: valoración global e inicial.

Las fases de la valoración es la recolección de datos: los datos subjetivos son mediante la entrevista clínica y los datos objetivos son mediante la observación y exploración física.

DIAGNÓSTICO

Se centra en el análisis de datos recogidos durante la valoración y su interpretación.

El diagnóstico de enfermería es la base sobre la que se sustentan las intervenciones la importancia de esta fase para la resolución de problemas de salud es reflejada en la formulación del diagnóstico.

Problema es la parte que guía y define el diagnóstico.

Etiología se definen los diferentes factores relacionados o agentes causales que pueden haber provocado las respuestas de la salud en el paciente.

La sintomatología se refiere a los signos y síntomas que tiene el paciente.

Tipos de diagnóstico de enfermería.

Diagnóstico enfermero real o focalizado en el problema este tipo de diagnóstico están compuestos por los tres elementos del formato P.E.S. Problema, etiología, signos y síntomas.

Ejemplo de un diagnóstico real es el deterioro de la integridad cutánea r/e factores mecánicos y m/p alteración de La superficie de la piel (dermis).

Diagnóstico enfermero de riesgo juicio clínico en relación con la vulnerabilidad de una persona.

Diagnóstico enfermero de la promoción de la salud es un juicio clínico sobre la motivación y el deseo de una persona para aumentar su bienestar y mejora de su salud el diagnóstico se realiza con el problema los signos y los síntomas.

PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS

En esta fase se trata de establecer y llevar acabo cuidados de enfermería que conduzcan al paciente a prevenir, reducir o eliminar problemas detectados.

Etapas en el plan de cuidados:

Establecer prioridades en los cuidados.

Planteamiento de los objetivos del paciente con resultados esperados esto es determinar los criterios de resultados esperados.

La etapa de planificación se inicia tras realizar el diagnóstico de enfermería esta etapa se desarrolla en tres fases:

1. Determinación de prioridades.
2. Establecimiento de los objetivos o resultados.
3. Resultados de enfermería.

Tras priorizarlos diagnósticos que van a ser tratados, es necesario seleccionar los resultados que se pretende conseguir para cada diagnóstico.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

Se entiende como intervención de enfermería todo tratamiento basado en el conocimiento y juicio clínico que realiza un profesional de enfermería para favorecer el resultado esperado del paciente.

EJECUCIÓN

La etapa de la ejecución no solo consiste en aplicar los cuidados de enfermería correspondientes a las intervenciones, sino que además conlleva las siguientes actividades.

Continuar con la recogida de datos.

Registro de los cuidados de enfermería realizados.

Transmitir el estado de salud de nuestros pacientes al resto de los profesionales sanitarios que intervienen directamente con su atención.

Existen dos tipos de cuidados:

Planes individualizados documentan la valoración, diagnóstico, resultados e intervenciones.

Planes estandarizados son protocolos generales perfeccionados, que resultan útiles cuando los problemas son predecibles en relación con una respuesta humana alterada.

Evaluación de enfermería se define como la comparación planificada y sistematizada entre el estado de salud del paciente y los resultados esperados.

La evaluación se realizará de forma periódica y cíclica afectando las decisiones tomadas sobre el resto de las fases del proceso de atención de enfermería las valoraciones de la evaluación de los cuidados enfermeros deben ser interpretadas con el fin de poder establecer conclusiones que nos sirvan para plantear correcciones en las áreas.

ENTREVISTA CLÍNICA

Es una técnica de recogida de información que utilizamos constantemente en nuestra profesión es decir para valorar necesidades y cuidar a las personas que se atienden. Para llevarlas a cabo no solo se precisan de conocimientos teóricos, si no también habilidades, destrezas sociales y comunicativas, estas estrategias se adquieren con conocimientos específicos esfuerzo diario la finalidad de la entrevista dependerá de los objetivos planteados por el/la entrevistador/a y del enfoque.

El proceso de la entrevista clínica se puede dividir en diferentes etapas, la preparación del proceso, la fase inicial, el cuerpo o fase intermedia cierre posdata y análisis de la información recogida.

Fase inicial es aquella que se produce cuando el entrevistador /a interacciona cara a cara con el entrevistado/a.

Fase intermedia se entiende a la realización de la entrevista propiamente dicha.

Fase final se le denomina fase final a la entrevista.

Comunicar la finalización de la misma.

Agradecer la colaboración y atención prestada.

Preguntar si desea comunicar algo más.

Presentar un resumen de lo tratado.

Aportar prescripciones.

Despedirse de forma breve, respetuosa y cálida.

EXPLORACIÓN FÍSICA

En la exploración intervienen 4 métodos de la exploración clínica la

Inspección es la apreciación con la vista desnuda o con lente de aumento del aspecto, color, forma, movimiento del cuerpo y de su superficie externa.

Palpación es la apreciación manual de la sensibilidad, temperatura, consistencia, forma, tamaño, situación y movimiento de la región explorada.

Percusión consiste en la apreciación con el sentido de la audición, de los fenómenos acústicos que se originan por el organismo ya sea por el corazón o entrada de aire en el sistema respiratorio.

MATERIAL Y EQUIPO

Estetoscopio clínico, esfigmomanómetro, termómetro clínico, depresor, torundas, paraban, sabana.

SIGNOS VITALES

Los signos vitales son valores que permiten estimar la efectividad de la circulación, respiración y las funciones neurológicas basales y su réplica a diferentes estímulos fisiológicos y patológicos.

La frecuencia respiratoria y la temperatura corporal, la presión arterial indican que un individuo está vivo y la calidad del funcionamiento orgánico.

PULSO ARTERIAL Y FRECUENCIA CARDIACA

El pulso arterial es la onda pulsátil de la sangre.

La velocidad del pulso, es decir los latidos del corazón por minuto corresponde a la frecuencia cardiaca.

Técnica para tomar el pulso arterial:

El paciente debe estar con la extremidad apoyada o sostenida con la palma de la mano hacia arriba.

Aplice suavemente las yemas de su dedo índice y medio en el punto en que la arteria pasa por el hueso.

Cuente los latidos durante 15, 20 o 30 segundos y multiplique ese valor por 4,3 o 2 respectivamente si el pulso es regular. Si el pulso refleja una irregularidad debe llevar el conteo durante un minuto completo incluso más.

SITIOS PARA TOMAR EL PULSO

Pulso temporal (arteria temporal). pulso carotideo (arteria carótida). pulso braquial (arteria humeral). Pulso radial (arteria radial). pulso femoral (arteria femoral). pulso poplíteo (arteria poplíteo). Pulso pedio (arteria pedía). pulso tibial (arteria tibial posterior). Y pulso apical (en el ápex cardiaco).

Los más utilizados con el pulso carotideo, radial, braquial y femoral.

Recomendaciones para la valoración del pulso.

Manos limpias, secas y en lo posible tibias.

Poner al paciente en reposo al menos unos 10 a 15 minutos antes de controlar el pulso.

Verificar si el paciente ha recibido medicamentos que afecten su frecuencia cardiaca.

Evitar usar el dedo pulgar porque el latido de este dedo es muy fuerte y se puede confundir los pulsos del paciente y del examinador.

Oprima suavemente la arteria para no hacer desaparecer totalmente el pulso.

Pulso cardiaco apical y los tonos cardiacos se valoran mediante auscultación con el estetoscopio y con palpación.

Palpar cada pulso en forma individual para evaluar sus características y en forma simultánea para detectar cambios en la sincronización y la amplitud.

Alteraciones en la frecuencia cardiaca y el pulso.

Taquicardia sinusal: FC elevada mayor de 100 latidos por minuto que no sobrepasa de 160.

Bradycardia sinusal: FC entre 40 y 60 latidos por minuto.

Técnica para tomar la frecuencia.

Colocar el paciente en sedestación o decúbito supino.

Colocar el diafragma del estetoscopio en el 5to intercostal línea medio clavicular izquierda.

Contar los latidos en 6,15 o 30 segundos y multiplicarlo por 10, 4 o 2 según corresponda para obtener el número de latidos por minuto.

VALORES NORMALES

FRECUENCIA CARDIACA:

Infante de 7 semanas a 6 semanas latidos por minuto 120 – 140.

Lactante mayor de 1 a 2 años latidos por minutos 100-130.

Pre-escolar de 2 a 6 años latidos por minuto 80-120.

Escolar de 6 a 13 años latidos por minuto 80-100.

Adolescente de 13 a 16 años latidos por minuto 70-80.

Adultos de 16 años y más latidos por minuto 60-80.

LA TEMPERATURA CORPORAL

Se define como el grado de calor conservado por el equilibrio entre el calor generado (termogénesis) y el calor perdido (termólisis) por el organismo.

Factores que afectan la termogénesis: tasa metabólica basal, actividad muscular, adrenalina, noradrenalina, estimulación simpática producción de tiroxina, otra.
Factores que afectan la termólisis: conducción, radiación, convección, y evaporación.

La temperatura corporal se mide a través de un termómetro clínico.

ALTERACIONES DE LA TEMPERATURA

Hipotermia: temperatura central 35°C .

Febrícula: temperatura mayor a la normal y hasta los 38°C .

Fiebre: elevación de la temperatura corporal central por encima de la variación diaria normales mayor de 38°C .

Hiperpirexia: temperatura muy elevada mayor a 41°C . El punto de ajuste de la temperatura interna a nivel hipotalámico está elevado, conservándose los mecanismos del control de la temperatura.

Hipertermia: fallan los mecanismos de control de la temperatura, de manera que la producción de calor se excede a la pérdida de éste estando el punto de ajuste hipotalámico en niveles normotérmicos presentando temperatura mayor a los 41°C .

TEMPERATURA

Recién nacidos a 6 semanas es de 38°C .

Infante de 7 semanas a 1 año es de 37.5 a 37.8°C .

Lactante mayor de 1-2 años es de 37.5 a 37.8°C .

Pre-escolar de 2- 6 años es de 37.5 a 37.8°C .

Escolar de 6-13 años es de 37 a 37.5°C .

Adolescente de 13 -16 años es de 37°C .

Adulto de 16 años a más es de 36.2 a 37.2°C .

FRECUENCIA RESPIRATORIA

El ciclo respiratorio comprende una fase de inspiración y otra de espiración. La frecuencia respiratoria (FR) es el número de veces que una persona respira por minuto.

Técnica para valorar la frecuencia respiratoria mediante inspección.

Lo más cómodo posible y sin alertar al paciente mire y cuente los movimientos torácicos (expansión torácica).

Cuente durante 30 y multiplique este valor por 2 si la respiración es regular controle durante un minuto o más tiempo si es necesario, en pacientes con respiración irregular.

Registre el dato, interprete y actúe según el hallazgo.

Técnica para valorar la frecuencia respiratoria mediante auscultación.

Colocar al paciente en sedestación.

De acuerdo a la proyección anatómica de los pulmones en el tórax colocar el diafragma del estetoscopio sobre la pared torácica, de manera que no quede situado sobre alguna estructura ósea (Ej. Región interés caulovertebral, fosa supraclavicular) y cuantifique el número de respiraciones en 30", multiplíquelas por 2 si la respiración es regular. En caso que sea respiración irregular cuantificar por 1 minuto completo.

Registre el dato, interprete y actúe según el hallazgo.

Hallazgos anormales de la frecuencia respiratoria.

Bradipnea: lentitud en el ritmo respiratorio. En el adulto FR menor de 12 respiraciones por minuto.

Taquipnea: aumento en el ritmo respiratorio persistente, es una respiración superficial y rápida. En el adulto FR de 20 respiraciones por minuto.

Hipérpnea: Respiración profunda y rápida de frecuencia mayor a 20 respiraciones por minuto en el adulto. -Apnea: ausencia de movimientos respiratorios.

Disnea: sensación subjetiva del paciente de dificultad o esfuerzo para respirar., puede ser inspiratoria(tirajes) o espiratoria (espiración prolongada).

Respiración de Kussmaul: respiración rápida (FR mayor de 20 por minuto), profunda, suspirante y sin pausas.

Respiración de Cheyne-Stoke: hiperpnea que se combina con intervalos de apnea. En niños este patón es normal.

Respiración de Biot: extremadamente irregularidad en la frecuencia respiratoria, el ritmo y la profundidad de las respiraciones.

Frecuencia respiratoria:

En recién nacidos a 6 semanas, 40-45 ventilaciones por minuto.

Infantes de 7 semanas a 1 año, 20-30 ventilaciones por minuto.

Lactante mayor de 1 a 2 años, 20-30 ventilaciones por minuto.

Pre-escolar de 2 a 6 años, 20-30 ventilación por minuto.

Escolar de 6 a 13 años, 12-20 ventilaciones por minuto.

Adolescente de 13 a 16 años, 12-20 ventilaciones por minuto.

Adulto de 16 años y más de 12-20 ventilaciones por minuto.

PRESION ARTERIAL

La presión arterial resulta de la fuerza ejercida por la columna de sangre impulsada por el corazón hacia los vasos sanguíneos. La presión sistólica es la presión de la sangre debida a la contracción de los ventrículos y la presión diastólica es la presión que queda cuando los ventrículos se relajan. La presión arterial está determinada por el gasto cardiaco y la resistencia vascular periférica. Se cuantifica por medio de un manómetro de columna de mercurio o aneroide(tensiómetro). Sus valores se registran en milímetros de mercurio (mm/Hg).

Características de la presión arterial.

El corazón expulsa toda la sangre que fluye hacia él, sin crear estancamiento sanguíneo excesivo en los vasos, esto ocurre dentro de los límites fisiológicos. Cuanto mayor sea la presión de llegada que obliga a pasar la sangre de las venas al corazón, tanto mayor será el volumen de sangre expulsada; la presión arterial se eleva durante la sístole y disminuye durante la diástole.

Esfigmomanómetros.

Las presiones se registran en una escala que puede ser de mercurio, un reloj o una pantalla, según el sistema usado. Ya sea de columna de mercurio, aneroide o digita.

RECOGIDA DE MUESTRAS BIOLÓGICAS

Una muestra biológica es una parte de algo.

Las muestras biológicas son más que partes o fracciones que se obtienen de un organismo para su posterior estudio. Así que, para poder conocer las condiciones generales de la sangre, se extraerá una muestra. Es decir, asumimos que las

características de esa muestra nos informan sobre la situación de toda la sangre de nuestro organismo.

De nuestro organismo se pueden obtener muestras de todas.

Por ejemplo, se puede extraer una pequeña fracción de un órgano macizo o hueco y luego analizarla.

A este tipo de muestras de tejidos sólidos se llama biopsia.

Nuestro organismo también posee una serie de líquidos orgánicos (sangre, líquido amniótico, líquido sinovial...) y productos de desecho (orina, heces, esputo,) En estos casos, en general, obtener una muestra resulta mucho más sencillo que en el caso de muestras de partes sólidas (biopsia).

En ciertas ocasiones conviene estudiar las secreciones de determinadas cavidades o superficies fácilmente accesible por que se sospecha que puede haber una infección o bien por que interesa comprobar si existen células cancerosas.

Recogida de muestra de orina.

La característica de la orina puede informarnos sobre el funcionamiento del aparato urinario y también aporta datos referentes a otros órganos. La orina no es más que un filtrado de plasma y por eso en ella se pueden detectar alteraciones propias de otros aparatos. Ejemplo: la presencia de glucosa en la orina indica una alteración en el metabolismo de la misma y puede estar implicado el páncreas (diabetes mellitus).

Recogida de muestras de heces

El contenido del intestino grueso a medida que va avanzando por él, y gracias a la absorción de agua, se va convirtiendo en una masa pastosa y sólida.

La consistencia normal es pastosa-dura. Cuando cambia podemos hablar de diarrea o estreñimiento.

El color habitual en las heces del adulto es marrón parduzco, pero en lactantes es amarillento. Muchos alimentos, fármacos y enfermedades pueden alterar el color.

Ejemplos:

Una comida abundante en remolacha da una apariencia rojiza oscura a las heces.

Las espinacas dan un aspecto verduzco.

Tratamientos con hierro ennegrecen las heces.

También es importante observar si las heces presentan moco, pus o parásitos detectables a simple vista(lombrices).

A partir de las muestras de heces se pueden investigar muchas cosas: alteraciones de la digestión, presencia de sangre, de parásitos y de microorganismos.

MUESTRA DE SANGRE

El análisis de sangre se realiza a partir de la extracción de una muestra obtenida por punción.

Normalmente la extracción de sangre se realiza en ayunas mientras se efectúa, el paciente debe estar sentado o recostado.

Las extracciones pueden realizarse en las salas destinadas para ello, en el laboratorio o en la propia unidad de hospitalización.

Las muestras pueden obtenerse de sangre arterial, venosa o capilar

Conclusión:

La enfermería es la profesión del cuidado que enfatiza las relaciones humanas, la ayuda y el autocuidado mediante la promoción de la salud, la prevención de las enfermedades y el cuidado a aquellos que lo necesita.

Así también presenta un cuerpo de conocimientos formado por una serie de teorías y modelos conceptuales enriquecido a través de la investigación, dándole un estatus de ciencia con un método científico y el cuidado en su dimensión sea más amplia

Nuestro objetivo principal en este trabajo ha sido identificar la existencia de factores que obstaculizan o favorecen la apropiación de los aspectos vinculados a la educación para la salud, como parte de la práctica inherente a su profesión.

