



- **Nombre del alumno:** Alermo Gómez Pascual

- **Materia:** Fundamentos de Enfermería I

- **Profesor:** María del Carmen López Silva

Unidad 1

1.1.-PROCESO DE LA ENFERMERIA

El Proceso de Enfermería consta de cinco etapas: **valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación**. Es una forma dinámica y sistematizada de brindar cuidados enfermeros. Centro de las temáticas en enfermería, el proceso promueve cuidados humanísticos, centrados en resultados concretos.

1.2.-PRIMERA ETAPA: VALORACION DE ENFERMERIA.

Es un proceso organizado y sistemático de recopilación de datos a través de diversas fuentes sobre el estado de salud del paciente, familia y comunidad permitiéndonos el desarrollo de las cuatro etapas siguientes. La valoración consiste en recolectar y organizar los datos que conciernen a la persona, familia y entorno con el fin de identificar las respuestas humanas y fisiopatológicas. Son la base para las decisiones y actuaciones posteriores.

Aporta dos tipos de datos:

1. Los correspondientes a las repuestas humanas
2. Fisiopatológicas como consecuencia de la enfermedad.

El profesional debe llevar a cabo una valoración de Enfermería completa y holística de cada una de las necesidades del paciente, sin tener en cuenta la razón del encuentro. Usualmente, se emplea un marco de valoración basado en una teoría de Enfermería o en la escala de Glasgow. En dicha valoración se contemplan problemas que pueden ser tanto reales como potenciales (de riesgo).

Los datos los podemos obtener de dos fuentes: **Fuentes primarias:** observación, exploración física, interrogatorio (directo o indirecto), estudios de laboratorio y gabinete. **Fuentes secundarias:** expediente clínico, referencias bibliográficas (artículos, revistas, guías de práctica clínica, etc.)

FASES DE LA VALORACIÓN

La recogida de datos. Llamada también **anamnesis** es la primera etapa del proceso de cuidados; Constituye un elemento importante de la planificación de los cuidados. Se lleva a cabo mediante 3 acciones que son fundamentales:

La observación. La observación es un elemento fundamental de todo proceso de investigación; en ella se apoya el investigador para obtener el mayor número de datos. Gran parte del acervo de conocimientos que constituye la ciencia ha sido lograda mediante la observación. En el método Clínico utiliza la observación como un primer paso

para el conocimiento de la persona sobre la base de lo que representa, lo que es y lo que manifiesta, ya sea en forma verbal y/o en forma no verbal, lo que permite que parta de lo general o conocido, a lo particular o lo desconocido, de lo consciente a lo inconsciente.

Validación de datos: La información recogida durante la fase de valoración debe ser completa, objetiva y exacta, ya que los diagnósticos y las intervenciones de enfermería se basan en esta información. La validación consiste en una «doble comprobación» o verificación de los datos para confirmar que son exactos y objetivos. La validación de los datos permite al profesional de enfermería realizar los siguientes pasos:

- Asegurarse de que la información recogida durante la valoración es completa.
- Asegurarse de que los datos objetivos y subjetivos relacionados concuerdan.
- Obtener información adicional que pueda haberse pasado por alto

Organización de datos. Es la estructura que se le da a la valoración de acuerdo con un marco teórico

1.3.-SEGUNDA ETAPA.-DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA

Es un juicio sintético de las respuestas humanas del individuo, familia o comunidad, requieren cuidados de la salud en la prevención de la enfermedad, el mantenimiento y mejora de la salud, o el fin de la vida.

La creación de un diagnóstico de enfermería pasa por una serie de etapas:

1. Recogida de datos estadísticos relevantes para desarrollar un diagnostico
2. Detección de señales/patrones y cambios en el estado físico.
3. Establecimientos de posibles hipótesis alternativas que podrían a ver causado señales o patrones previos
4. Validación
5. Diagnostico

1.4.-TERCER ETAPA. PLANIFICACION DE CUIDADOS

La planificación consiste en elaboración de estrategias diseñadas para reforzar las respuestas del paciente, identificadas en el diagnóstico de enfermería. Esta fase comienza después de la formulación del diagnóstico y concluye con la documentación real del plan de cuidados.

Objetivos del plan de cuidados.

1. Promover la comunicación entre los cuidadores
2. Dirigir los cuidados y la documentación
3. Crear un registro que posteriormente pueda ser usado para la evaluación, investigación y propósitos legales
4. Proporcionar documentos sobre las necesidades en cuidado de la salud para determinar su coste exacto.

Principales componentes del plan de cuidados.

1. Establecimientos de prioridades
2. Elaboración de objetivos
3. Desarrollo de intervenciones de enfermería
4. Asegurarse que el plan este adecuadamente anotado

1.5.-CUARTA Y QUINTA ETAPA.EJECUCION Y EVALUACION

La ejecución es el comienzo del plan de cuidados de enfermería para conseguir objetivos concretos. La fase de ejecución comienza después de haberse desarrollado el plan de cuidados y esta enfocado en el inicio de aquellas intervenciones de enfermería que ayudan al paciente a conseguir los objetivos deseados.

La evaluación se puede llevar a cabo cuando se compara el estado de salud del paciente con los objetivos definidos por el profesional.

1.6.-BASES SEMIOLOGICAS DE LA VALORACION DEL PACIENTE.

Es un texto que se desarrolla en sus capítulos aproximación a los signos y síntomas específicos de las enfermedades del miembro inferior más frecuentes musculoesqueleticas, vasculares, infecciosas etc. Este conocimiento de signos y síntomas permiten orientas juicios clínicos, estrategias terapéuticas o derivación a otros profesionales.

1.7.- ENTREVISTA CLINICA.

La entrevista clínica es el medio a través del cual se obtienen datos significativos y aclaratorios a la hora de realizar un diagnóstico psicológico clínico o neuropsicológico. Además de la información recabada, permite definir el tipo de tratamiento que el paciente necesita, así como tomar las decisiones y juicios clínicos oportunos. A través de la entrevista clínica se pretende llegar a los siguientes objetivos.

1. Obtener un diagnóstico o juicio
2. Crear y mantener la relación interpersonal
3. Conocer la persona
4. Comprometer al paciente en el tratamiento
5. Respetar el tiempo
6. Responder a las expectativas del paciente

1.8.-EXPLORACION FISICA

Es el conjunto de maniobras que realiza un médico o enfermero para obtener información sobre el estado de salud de una persona. La ciencia encargada de su estudio se denomina semiología clínica.

Pasos para la exploración física.

1. Inspección (observar el cuerpo)
2. Palpación (sentir el cuerpo con los dedos o las manos)
3. Auscultación (escuchar los sonidos)
4. Percusión (producir sonidos, generalmente dando golpes suaves en áreas específicas del cuerpo).

1.9.-SIGNOS VITALES.

Los signos vitales son mediciones de las funciones más básicas del cuerpo. Tipos de signos vitales son:

1. La temperatura corporal. La temperatura normal del cuerpo varía según el sexo, la actividad reciente, el consumo de los alimentos y líquidos, la hora del día y en las mujeres la etapa del ciclo menstrual. La temperatura puede medirse de las siguientes maneras: boca, en el recto, axila y en la piel.
2. Pulso. Es una medición de la frecuencia cardíaca, es decir la cantidad de veces que el corazón late por minuto.
3. Frecuencia respiratoria. Es la cantidad de respiraciones que una persona hace por minuto. La frecuencia se mide por lo general cuando una persona está en reposo y consiste simplemente en contar la cantidad de respiraciones durante un minuto cada vez.

que eleva el pecho. La frecuencia normal de un adulto que este en reposo oscila entre 12 y 16 respiraciones por minuto.

4. Presión arterial. Es medida con un tensiómetro y un estetoscopio por una enfermedad u otros proveedores de atención médica, es la fuerza que ejerce la sangre contra las paredes de las arterias.

1.10 RECOGIDA DE MUESTRAS BIOLÓGICAS.

Es una muestra de material como orina, sangre, tejido, células, ADN,ARN o proteínas de los seres humanos, animales o plantas, las muestras biológicas se usan para las pruebas de laboratorio o se almacenan en un deposito biológico para usarse en investigación.

CONCLUSION.

A partir de la investigación he aprendido los procesos que se debe dar el paciente para su recuperación. Los pasos a seguir mediante las observación, el diagnóstico, planificación, ejecución y la evaluación con esto podemos saber por qué el paciente se encuentra enfermo.

Además para saber el estado del paciente, debemos tomar en cuenta tener una entrevista clínica, así como tener presente de hacerle una exploración física, que consiste, observar, palpar el paciente con los dedos o manos, y escuchar los sonidos. Revisar sus signos vitales como la presión arterial, frecuencia cardiaca, respiratoria y su temperatura. También podemos hacer muestras biológicas mediante la orina, sangre, tejidos el ADN y el ARN con el fin de que el paciente se de una recuperación rápida y estable.