



NOMBRE DE ALUMNO: MEYLIN DEL
ROCIO VELAZQUEZ RODRIGUEZ

NOMBRE DEL PROFESOR: MARIA DEL
CARMEN LOPEZ SILBA

NOMBRE DEL TRABAJO: RESUMEN DE LA
UNIDAD I

MATERIA: FUNDAMENTOS DE ENFERMERIA I

GRADO: 1 ro

GRUPO: C

1.1.-PROCESO DE ENFERMERIA.

El proceso de atención de enfermería (PAE), es la aplicación del método científico en la práctica asistencial enfermera, este proceso nos permite prestar cuidados de una forma racional, lógica y sistemática, lo que resulta de vital importancia cuando se trabaja en el ámbito de enfermería. El principal objetivo del proceso de enfermería es constituir una estructura que pueda cubrir, de forma individualizada, las necesidades del paciente, familia y comunidad, este proceso tiene cinco etapas los cuales son:

1. VALORACION: Es el proceso organizado y sistemático de recogida y recopilación de datos sobre el estado de salud del paciente.
2. DIAGNOSTICO: es el enunciado del problema real o potencial del paciente, que requiera de la intervención enfermera para disminuirlo o resolverlo.
3. PLANIFICACION: es la organización del plan de cuidados, se deben establecer unas prioridades, plantear unos objetivos según la taxonomía, elaborar intervenciones y actividades de enfermería y proceder a su documentación y registro
4. EJECUCION: Es llevar a la práctica el plan de cuidados. En esta etapa se llevan a cabo todas las intervenciones, resolución de problemas y las necesidades asistenciales de cada persona tratada (paciente).
5. EVALUACION: en esta fase se valora a cada persona tratada, donde se puedan resolver los diagnósticos establecidos o bien surgir otros nuevos, se tendrán modificaciones en el plan de cuidados para que la atención resulte más efectiva.

1.2.- PRIMERA ETAPA. VALORACIÓN DE ENFERMERÍA.

La valoración es la recogida intencionada y sistemática de información sobre un paciente para determinar su estado de salud y función actual y pasado y sus patrones de afrontamiento actuales y pasados, esta valoración de enfermería incluye dos etapas: Recogida de información de una fuente primaria y de las fuentes secundarias, el propósito de la valoración es establecer una base de datos sobre las necesidades, los problemas de salud, y las respuestas a estos problemas, percibidos por los pacientes. Los datos recogidos se clasifican en diferentes grupos o patrones de información que apuntan a una conclusión diagnóstica. El pensamiento crítico es una parte vital de la valoración pues Permite ver el panorama general cuando se formulan conclusiones o se toman decisiones sobre el estado de salud de un paciente. Mientras se recogen datos sobre un paciente, se sintetiza el conocimiento pertinente, se recuerdan experiencias clínicas anteriores, se aplican estándares y actitudes de pensamiento crítico, y se utilizan estándares de práctica para dirigir nuestra valoración de una manera significativa e intencionada, la utilización de actitudes de pensamiento crítico, como la curiosidad, la perseverancia y la confianza, asegura que se complete una exhaustiva base de datos. Para el proceso de recogida de datos es necesario realizar la valoración para recopilar la información necesaria para hacer un juicio preciso sobre el estado actual de un paciente, en la recogida de datos necesitamos tener Conocimientos científicos (anatomía, fisiología, etc....) y básicos (capacidad de la enfermera de tomar decisiones), Habilidades técnicas e interprofesionales (relación con otras personas), Convicciones (ideas, creencias, etc..), Capacidad creadora, Sentido común y Flexibilidad. Hay 4 tipos de datos los cuales son: 1. Datos subjetivos (Solamente el afectado los describe y verifica), 2. Datos objetivos (se pueden medir por cualquier escala o instrumento), 3. Datos históricos – antecedentes (Son aquellos hechos que han ocurrido anteriormente y comprenden hospitalizaciones previas,

enfermedades crónicas o patrones y pautas de comportamiento), 4. Datos actuales (son datos sobre el problema de salud actual). Existen métodos para la obtención de datos como lo es la entrevista Clínica, existen dos tipos de entrevista, ésta puede ser formal o informal. La entrevista formal consiste en una comunicación con un propósito específico, en la cual la enfermera realiza la historia del paciente. El aspecto informal de la entrevista es la conversación entre enfermera y paciente durante el curso de los cuidados. La entrevista tiene cuatro finalidades, éstas son: Obtener información específica y necesaria para el diagnóstico enfermero y la planificación de los cuidados, Facilitar la relación enfermera/paciente, Permitir al paciente informarse y participar en la identificación de sus problemas Y en el planteamiento de sus objetivos y Ayudar a la enfermera a determinar que otras áreas requieren un análisis específico a lo largo de la valoración.

1.3.-SEGUNDA ETAPA. DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA

El diagnóstico de enfermería se refiere a una situación que existe en el momento actual y Problema potencial se refiere a una situación que puede ocasionar dificultad en el futuro. Los pasos para esta etapa son: 1. Identificación de problemas, esta consiste en analizar los datos significativos, ya sean datos o la deducción de ellos es decir un planteamiento de alterativas. 2. Formulación de problemas, esto es un diagnóstico de enfermería y problemas interdependientes. En 1993, La Asociación Española de Enfermería Docente (AEED) elaboró un documento en el que especificaba los beneficios una taxonomía diagnóstica en los distintos ámbitos del quehacer profesional, y estos beneficios son: Investigación, Docencia, Asistencial, Gestión; Hay cuatro tipos de diagnóstico y estos son:

Real: representa un estado que ha sido clínicamente validado mediante características definitorias principales identificables. El término "real" no forma parte del enunciado en un Diagnóstico de Enfermería real. Consta de tres partes, formato PES: problema (P) + etiología, factores causales o contribuyentes (E) + signos/síntomas (S), estos son los que validan el diagnóstico.

Alto Riesgo: Es un juicio clínico en el cual un individuo, familia o comunidad son más vulnerables a desarrollar el problema que otros en situación igual o similar

Posible: son enunciados que describen un problema sospechado para el que se necesitan datos adicionales, consta de dos componentes, formato PE: problema (P) + etiología/factores contribuyentes (E).

De bienestar: Juicio clínico respecto a una persona, grupo o comunidad en transición desde un nivel específico de bienestar hacia un nivel más elevado.

1.4.-TERCERA ETAPA. PLANIFICACION DE CUIDADOS

En esta fase se trata de establecer y llevar a cabo unos cuidados de enfermería, que conduzcan al cliente a prevenir, reducir o eliminar los problemas detectados, para esta tercera etapa existe un plan de cuidados como lo es:

-Establecer prioridades en los cuidados. Se trata de ordenar jerárquicamente los problemas detectados.

-Planteamiento de los objetivos del cliente con resultados esperados. Esto es, determinar los criterios de resultado. Describir los resultados esperados, tanto por parte de los individuos y/o de la familia como por parte de los profesionales, igualmente formular objetivos permite evaluar la evolución del usuario así como los cuidados proporcionados. Es importante que los objetivos se decidan y se planteen de acuerdo con la familia para que se establezca un compromiso de forma que se sientan implicadas ambas partes.

-Elaboración de las actuaciones de enfermería. esto es la determinación de actividades, las acciones especificadas en el plan de cuidados, las tareas concretas que la enfermera y/o familia realizan para hacer realidad los objetivos, las actividades propuestas se registran en el impreso correspondiente y deben especificar: qué hay que hacer, cuándo hay que hacerlo, cómo hay que hacerlo, dónde hay que hacerlo y quién ha de hacerlo. Para un Diagnóstico de Enfermería real, las actuaciones van dirigidas a reducir o eliminar los factores concurrentes y Para un Diagnóstico de Enfermería de alto riesgo las intervenciones tratan de reducir o eliminar los factores de riesgo, prevenir la presentación del problema, monitorizar su inicio.

1.5.-EJECUCIÓN

En esta etapa es cuando se pone en práctica el plan de cuidados elaborado. El enfermero tiene toda la responsabilidad en la ejecución del plan, en esta fase se realizarán todas las intervenciones enfermeras dirigidas a la resolución de problemas y las necesidades asistenciales de cada persona tratada. La ejecución de la intervención es fuente de nuevos datos que deberán ser revisados y tenidos en cuenta como confirmación diagnóstica o como nuevos problemas.

1.6.-EVALUACIÓN

La evaluación se define como la comparación planificada y sistematizada entre el estado de salud del paciente y los resultados esperados, Los dos criterios más importantes que valora la enfermería, en este sentido, son: la eficacia y la efectividad de las actuaciones, este proceso consta de dos partes: Recogida de datos sobre el estado de salud/problema/diagnóstico que queremos evaluar y Comparación con los resultados esperados y un juicio sobre la evolución del paciente hacia la consecución de los resultados esperados. En la evaluación hay distintas áreas para evaluar los resultados, según Iyer las siguientes áreas son:

Aspecto general y funcionamiento del cuerpo: (Observación directa, examen físico, Examen de la historia clínica)

Señales y Síntomas específicas: (Observación directa, Examen de la historia)

Conocimientos: (Cuestionarios, Entrevista con el paciente)

Capacidad psicomotora (habilidades): (Observación directa durante la realización de la actividad)

Estado emocional: (Información dada por el resto del personal, Observación directa, mediante lenguaje corporal y expresión verbal de emociones.)

Situación espiritual: (Entrevista con el paciente, información dada por el resto del personal)

La evaluación se lleva a cabo sobre las etapas del plan, la intervención enfermera y sobre el producto final, una característica a tener en cuenta en la evaluación es, que ésta es continua, así se podrá detectar como va evolucionando el paciente y realizar ajustes o introducir modificaciones para que la atención resulte más efectiva.

1.7.-BASES SEMIOLOGICAS DE LA VALORACION DEL PACIENTE

Esto trata de una exploración durante algún interrogatorio o examen físico, consiste en detectar y registrar síntomas y signos. Esto tiene ciertas bases las cuales se mencionarán a continuación:

OBJETIVO: A partir de los datos recabados por el interrogatorio el examen físico y los estudios complementarios se llega al diagnóstico enfermero.

PROBLEMA: Es todo aquello que requiere atención por parte de la enfermera, es una queja, observación o circunstancia percibida por el enfermero o paciente. Un problema puede ser un diagnóstico, pero también un síntoma o una situación laboral ..

SINTOMA: Es lo manifestado por el paciente, lo que él siente (algún dolor)

SIGNO: Es lo que puede ser observado, palpado o auscultado por la enfermera.

SINDROME: Es el conjunto de síntomas y signos relacionados entre sí, que tienen una fisiopatología común y que obedecen a distintas etiologías.

HISTORIA CLINICA: Es el registro completo de la información obtenida a través del interrogatorio del paciente, el examen físico, estudios complementarios que se efectúen.

La historia clínica es el arma básica de trabajo de la enfermera pues de ello se obtienen datos básicos, lista de problemas y/o notas de evolución. Para eso el interrogatorio es el primer paso de la historia clínica. Hay que dejar que el paciente exponga su problema, luego se comienza con un interrogatorio como son:

DATOS PERSONALES. (Nombre, Apellidos, Edad, Sexo, Estado civil, Domicilio, Procedencia Ocupación, Estudios, Religión).

MOTIVO DE CONSULTA. (Es la razón por el cual lleva al paciente a la consulta).

ENFERMEDAD ACTUAL. (Es la narración del episodio que motivo a llegar a la consulta; en forma ordenada, cronológica y gramaticalmente correcta, se irán escribiendo los signos y síntomas).

HABITOS. (Diuresis, Dieta, Actividad física, Tabaquismo, Alcohol, Drogas, Hábitos sexuales).

ANTECEDENTES PERSONALES. (Alergia, Asma, HTA5, Diabetes, Cardiopatías, Medicamentos Cirugías previas, Enfermedades de la infancia, Otros).

ANTECEDENTES FAMILIARES. (Se interroga sobre enfermedades que tengan vinculación hereditaria o genética, Preguntar sobre padres, abuelos, hermanos, hijos que murieron con estas enfermedades u otras).

1.8.-ENTREVISTA CLINICA

Las enfermeras utilizan entrevistas centradas en el paciente, esto permite saber la enfermedad del paciente y de ello se guiará para explorar a fondo los componentes relacionados con sus problemas. Hay tres tipos de entrevistas (entrevista centrada, entrevista acertada y entrevista inicial centrada); la centrada permite que éste determine el punto de partida e iniciar el discurso sobre sus problemas de salud, la acertada requiere preparación, incluyendo la revisión de toda la información disponible sobre el paciente y la inicial centrada implica recopilar la información sobre los problemas del paciente y establecer un programa, recoger la valoración y finalizar la entrevista.

1.9.-EXPLORACION FISICA

Es uno de los primeros pasos hacia la prestación de cuidados de enfermería seguros y competentes, la enfermera debe poder reconocer e interpretar cada manifestación conductual y física del paciente Realizando valoraciones de salud y exploraciones físicas. La exploración física se utiliza para recopilar los datos basales sobre el estado de salud del paciente, Identificar y confirmar los diagnósticos de enfermería, Evaluar los resultados de los cuidados. Esta exploración requiere de intimidad y respeto, esto se debe realizar en un espacio donde se puede dar intimidad, de igual manera debe ser un espacio que este bien equipado para cualquier procedimiento, antes de empezar una exploración la enfermera debe realizar la higiene de manos, preparar el equipamiento como sea apropiado. Las cuatro técnicas usadas en una exploración física son:

Inspección: Para inspeccionar, la enfermera debe mirar, escuchar y oler cuidadosamente para distinguir los resultados normales de los anormales. Para hacer eso, debe ser consciente de cualquier déficit personal visual, auditivo u olfativo.

Palpación: implica usar el sentido del tacto para recopilar la información. Mediante el tacto la enfermera realiza juicios sobre los hallazgos esperados e inesperados en la piel o los tejidos, los músculos y los huesos subyacentes. Se usa el sentido del tacto para recopilar la información. Mediante el tacto la enfermera realiza juicios sobre los hallazgos esperados e inesperados en la piel o los tejidos, los músculos y los huesos subyacentes, la palpación profunda se utiliza para explorar el estado de órganos como los del abdomen. Hay que deprimir la zona bajo exploración aproximadamente 4 cm

Percusión: implica golpear ligeramente la piel con las yemas de los dedos para hacer vibrar los tejidos y órganos subyacentes.

Auscultación: implica escuchar los sonidos que el cuerpo hace para detectar variaciones de lo normal. Algunos sonidos como el habla y toser se pueden valorar sin equipamiento adicional, pero es necesario un estetoscopio para valorar los ruidos internos del cuerpo.

1.10.-SIGNOS VITALES

Los signos vitales reflejan funciones esenciales del cuerpo, incluso el ritmo cardiaco, la frecuencia respiratoria, la temperatura y la presión arterial, esto para evaluar el nivel de funcionamiento físico. Las constantes vitales son datos relativos a la composición y las funciones del organismo, las mediciones de las constantes vitales deben utilizarse para determinar las indicaciones para la administración de la medicación; por ejemplo, dar ciertos fármacos cardíacos sólo dentro del rango del pulso o de los valores. La talla y el peso reflejan el estado de salud general de una persona,; otro de las constantes vitales es la temperatura corporal, es la diferencia entre la cantidad de calor producida por los procesos corporales y la cantidad de pérdida de calor al entorno externo; de igual manera está el pulso, son los saltos palpables del flujo sanguíneo observados en varios puntos del cuerpo sirve para indicador del estado circulatorio; también está la respiración, es el mecanismo que el cuerpo utiliza para intercambiar los gases entre la atmósfera, la sangre y las células, la valoración precisa de la respiración depende del reconocimiento de los movimientos torácicos y abdominales. En si, existe una diversidad de constantes vitales (presión arterial, gasto cardiaco, resistencia periférica, volumen y viscosidad de la sangre, estrés, etnicidad y otros...)

1.11.-RECOGIDAS DE MUESTRAS BIOLÓGICAS.

Esto apoya cada vez más en los resultados de las pruebas de laboratorio para precisar los diagnósticos, tratamiento y evolución de los pacientes, por lo que es determinante la calidad en la toma de las muestras, el personal de enfermería, al ser responsable de la toma de muestras, también ha de conocer las características y requisitos de cada prueba, de modo que se garantice que estas lleguen oportunamente y con calidad al laboratorio. Para que esto se pueda llevar se pueda realizar hay q pasar por un proceso como lo es una valoración y examen físico, preparación psicológica y física (Se vigila las constantes vitales a través del monitor, además de otros signos como la ansiedad o inquietud, posibles reacciones alérgicas, náuseas. Participa activamente en los procedimientos diagnósticos y terapéuticos. Gestiona y mantiene archivos. “Supervisa, coordina, gestiona y mantiene”). Durante este procedimiento existen NORMAS ESTABLECIDAS POR EL MINISTERIO DE SALUD, lo cual dice que las muestras deben ser realizadas por profesionales capacitados y constantemente evaluados, no se debe usar material desechable re esterilizado, el profesional responsable debe lavarse las manos antes y después del procedimiento, la piel del sitio de punción elegido, debe estar indemne y limpia, el desecho de material debe ser tirada en el lugar correspondiente.

CONCLUSION

En conclusión, podemos decir que es de mucha importancia estos temas ya que aporta muchos conocimientos nuevos como, el saber valorar a un paciente y que etapas llevar a cabo para este proceso. También esto nos enseña a cómo actuar con ética profesional, como tratar a los pacientes y como brindarle cuidados. Entonces esto es fundamental ya que en nuestras manos tendremos la vida de un ser humano.