



Mi Universidad

supernota

Nombre del Alumno: Toni Edilberto morales López

Nombre del tema: supernota de la unidad I

Parcial: Primer parcial

Nombre de la Materia: fundamentos de enfermería

Nombre del profesora: Ruben Eduardo dominguez garcia

Nombre de la Licenciatura: licenciatura en Enfermería

Cuatrimestre: Primer cuatrimestre

proceso de enfermería

[PAE] Es la aplicación del medio científico practica asistencial enfermería. Entre 1974 y 1976 el PAE quedo como actualmente los que conocemos, valoración, diagnostico, planificación, ejecución y valoracion



Unos de los objetivos del PAE, el principal se centra, en constituir una estructura que pueda cubrir, de forma individualizada, las necesidades del paciente, familia y comunidad.

Etapas del proceso

El proceso de enfermería es un proceso de pensamiento crítico en cinco pasos que utilizan los profesionales de enfermería para aplicar las mejores evidencias disponibles a sus cuidados y promover las funciones humanas y las respuestas a la salud y la enfermedad



VALORACIÓN: La valoración consiste en un proceso planificado, sistemático, continuo y deliberado de recogida e interpretación de datos sobre el estado de salud del paciente y de las respuestas humanas, a través de diferentes fuentes



DIAGNOSTICO:

Un diagnóstico enfermero es un juicio clínico sobre las respuestas individuales, familiares o de la comunidad a problemas de salud o procesos vitales reales o potenciales.

PLANIFICACIÓN: en el proceso **enfermero** es la etapa de elaboración de estrategias para prevenir, minimizar o corregir los problemas, determinar resultados e intervenciones **enfermeras**,



EJECUCIÓN:

Ejecución, en este sentido, se refiere a la realización o la elaboración de algo, al desempeño de una acción o tarea, o a la puesta en funcionamiento de una cosa



EVALUACIÓN: Llegar a un determinado punto donde sea eficacia y efectividad e ir introduciendo modificaciones en el plan de cuidados para que la atención resulte más efectiva.



- PRIMERA ETAPA. VALORACIÓN DE ENFERMERÍA OBJETIVOS

ZZ

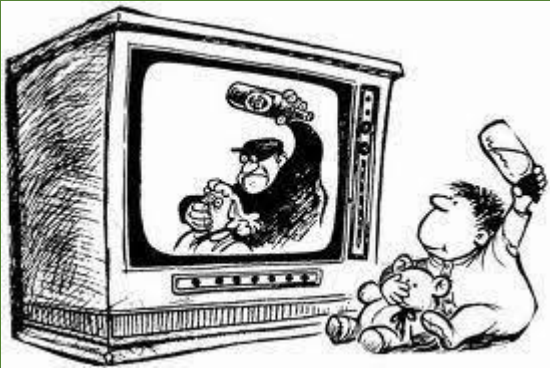
Analizar la relación entre el pensamiento crítico y la valoración de enfermería.

- Explicar el proceso de recogida de datos.
- Distinguir entre los datos subjetivos y objetivos.
- Describir los métodos de recogida de datos.
- Analizar el proceso de realización de una entrevista centrada en el paciente.



Enfoque de pensamiento crítico sobre la valoración:
 supone un pensamiento deliberado, dirigido a un objeto, persigue emitir juicios basados en evidencias (suposiciones), se basa en principios de la ciencia y métodos científicos

Recogida de datos: El paciente, a través de la entrevista, las observaciones y la exploración física o como también Los informes de los miembros de la familia y allegados y las



- Esta etapa cuenta con una valoración inicial, donde deberemos de buscar:
- Datos sobre los problemas de salud detectados en el paciente.
 - Factores Contribuyentes en los problemas de salud.

En las valoraciones posteriores, tenemos que tener en cuenta:

- Confirmar los problemas de salud que hemos detectado.
- Análisis y comparación del progreso o retroceso del paciente.
- Determinación de la continuidad del plan de cuidados establecido.
- Obtención de nuevos datos que nos informen del estado de salud



En la recogida de datos necesitamos

- : • 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. • Flexibilidad.



tipos de datos

Datos subjetivos: No se pueden medir y son propios de paciente.



Datos objetivos: se pueden medir por cualquier escala o instrumento

Datos históricos - antecedentes: Son aquellos hechos que han ocurrido anteriormente y comprenden hospitalizaciones previas, enfermedades crónicas o patrones y pautas de comportamiento

Durante la Valoración la Enfermera recoge 4 tipos de datos.

- 1.- Datos Subjetivos.
- 2.- Datos Objetivos.
- 3.- Datos Históricos.
- 4.- Datos Actuales.




Métodos para obtener datos:

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

Métodos y técnicas de recolección de datos más efectivos



QuestionPro

La entrevista es un proceso que tiene cuatro finalidades, éstas son: 1. Obtener información específica y necesaria para el diagnóstico enfermero y la planificación de los cuidados.

2. Facilitar la relación enfermera/paciente.

3. Permitir al paciente informarse y participar en la identificación de sus problemas Y en el planteamiento de sus objetivos Y también.

4. Ayudar a la enfermera a determinar que otras áreas requieren un análisis específico a lo largo de la valoración



La entrevista consta de tres partes: Iniciación, cuerpo y cierre

I. Iniciación: Se comienza por una fase de aproximación y se centra en la creación de un ambiente favorable, en donde se desarrolla una relación interpersonal positiva



Cuerpo: La finalidad de la conversación en esta parte se centra en la obtención de la información necesaria

Cierre: Es la fase final de la entrevista No se deben introducir temas nuevos. Es importante resumir los datos más significativos.



La entrevista clínica tiene que ser comprendida desde dos ámbitos: o Un ámbito interpersonal en el que dos o más individuos se ponen en contacto y se comunican; o Otro ámbito de la entrevista es el de una habilidad técnica.

Interferencia cognitiva: Consisten en que el problema del paciente no es percibido o comprendido por el entrevistador.

Interferencia emocional: Es frecuente, consiste en una reacción emocional adversa del paciente o del entrevistador



Interferencia social: En este caso las diferencias sociales conllevan en el profesional una menor conexión emocional a una menor implicación, y a prestar menor información al paciente.

Expresiones faciales, o La forma de estar y la posición corporal, o Los gestos, o El contacto físico, o La forma de hablar



Calidez: Es la proximidad afectiva entre el paciente y el entrevistador.

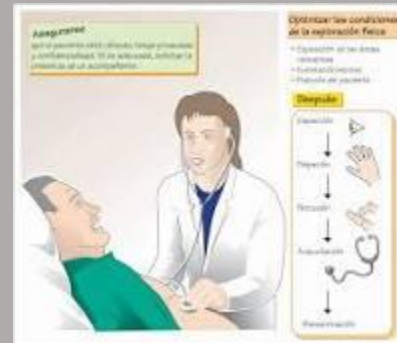


Respeto: Es la capacidad del entrevistador para transmitir al paciente que su problema le atañe, y que se preocupa por él preservando su forma de pensar, sus valores ideológicos y éticos





La exploración física: determinar en Profundidad la respuesta de la persona al proceso de La enfermedad, obtener una base de datos para poder establecer comparaciones y valorar la eficacia de las actuaciones



Inspección: es el examen visual cuidadoso y global del paciente, para determinar estados o respuestas normales o anormales.



Palpación: Consiste en la utilización del tacto para determinar ciertas características de la estructura corporal por debajo de la piel (tamaño. forma. textura. temperatura.



Percusión: implica el dar golpes con uno o varios dedos sobre la superficie corporal, con el fin de obtener sonidos.

- Auscultación: consiste en escuchar los sonidos producidos por los órganos del cuerpo. Se utiliza el estetoscopio y determinamos características sonoras de pulmón, corazón e intestino



SEGUNDA ETAPA: DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA

Real: representa un estado que ha sido clínicamente validado mediante características definitorias principales identificables. Consta de tres partes, formato PES: problema (P) + etiología, factores causales o contribuyentes (E) + signos/síntomas (S). Estos últimos son los que validan el Diagnóstico



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



TERCERA ETAPA PLANIFICACION DE CUIDADOS

Establecer prioridades en los cuidados. Todos los problemas y/o necesidades que pueden presentar una familia y una comunidad raras veces pueden ser abordados al mismo tiempo,



Planteamiento de los objetivos del cliente con resultados esperados. Esto es, determinar los criterios de resultado.

La fase de ejecución es la cuarta etapa del plan de cuidados, es en esta etapa cuando realmente se pone en práctica el plan de cuidados elaborado



Continuar con la recogida y valoración de datos

- Realizar las actividades de enfermería.
- Anotar los cuidados de enfermería Existen diferentes formas de hacer anotaciones, como son las dirigidas hacia los problemas
- Dar los informes verbales de enfermería,
- Mantener el plan de cuidados actualizado



EVALUACIÓN

La evaluación se define como la comparación planificada y sistematizada entre el estado de salud del paciente y los resultados esperados



1.- Aspecto general y funcionamiento del cuerpo: o * Observación directa, examen físico. o * Examen de la historia clínica

Señales y Síntomas específicos o * Observación directa o * Entrevista con el paciente. o * Examen de la historia



Conocimientos: o * Entrevista con el paciente o * Cuestionarios (test)

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



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

- ENTREVIASTA CLINICA

Las enfermeras utilizan entrevistas centradas en el paciente, la historia clínica de enfermería, la exploración física y los resultados de, Durante una entrevista de valoración debemos animar a los pacientes a contar sus historias sobre sus enfermedades o problemas de salud.



SIGNOS VITALES

Talla y peso La talla y el peso reflejan el estado de salud general de una persona. Las tablas estandarizadas ayudan a revelar el peso normal esperado de un adulto para una talla dada (tabla 30-6). Hay que valorar a cada paciente para identificar si tiene un peso saludable, sobrepeso o es obeso



Temperatura corporal Fisiología 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.



Pulso El pulso son los saltos palpables del flujo sanguíneo observados i En varios puntos del cuerpo. La sangre fluye a través del cuerpo en un circuito



presión arterial La presión arterial (PA) es la fuerza ejercida sobre las paredes de una arteria por el bombeo de la sangre a presión desde el corazón. La

RECOGIDAS DE MUESTRAS BIOLÓGICAS

una muestra biológica consiste en extraer fluidos o tejidos corporales (sangre, sudor, jugo digestivo, líquido cefalorraquídeo, esputo, orina, heces, etc.) para realizar un análisis en el laboratorio.

