



Nombre del alumno: Nuvia Itzel Briones Cárdenas.

Nombre del profesor: EEU. Rubén Eduardo Domínguez García.

Nombre del trabajo: Ensayo.

Materia: Fundamentos de enfermería I.

Grado: 1er cuatrimestre.

Grupo: 1.

Frontera Comalapa Chiapas a 27 de septiembre de 2022.

Índice

Introducción	3
Ensayo	4
PROCESOS DE ENFERMERIA	4
PRIMER ETAPA. VALORACION DE ENFERMERIA.	5
SEGUNDA ETAPA. DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA.....	6
TERCERA ETAPA. PLANIFICACION DE CUIDADOS.....	7
CUARTA ETAPA. EJECUCION.....	8
QUINTA ETAPA. EVALUACION.....	8
ENTREVISTA CLINICA.	9
EXPLORACION FISICA.	9
SIGNOS VITALES.	10
RECOGIDA DE MUESTRAS BIOLÓGICAS.....	10
CONCLUSIÓN	11

Introducción

Física, los signos vitales y la muestras biológicas En el siguiente trabajo abordaremos los siguientes temas: tipos de cuidados que deben de haber de enfermero-paciente, también las etapas que debemos de llevar acabo en cuanto al método de cuidado y los procedimientos que debemos de hacer, las etapas de valoración, la planeación de cuidados, la formas de ejecución, las etapas de evaluación, como realizar la entrevista clínica, los tipos de exploración.

Ensayo

PROCESOS DE ENFERMERIA.

El proceso de enfermería es uno de los métodos de planificación, en cuanto a la salud del paciente y los problemas reales de salud de paciente, los planes que debemos de tener para la intervención del paciente que cubran sus necesidades. Enfermería son ciclos, en los cuales se pueden invertir más de un componente a la vez.

El proceso de enfermería se adapta a cualquier circunstancia, sobre todo con la capacidad de poder darle la mejor atención al paciente y también el de ser de hacerlo. El cual favorece a las técnicas, el pensamiento crítico y habilidades interpersonales.

Uno de los propósitos principales de enfermería es garantizar los cuidados y la calidad de vida hacia los pacientes, familia y comunidad. El cual se basa en construir una estructura teórica ante las necesidades del paciente.

Las oportunidades en el campo profesional de la enfermera o enfermero son:

- La satisfacción profesional.
- El desarrollo profesional.
- Un ambiente seguro y terapéutico.
- El desarrollo de las capacidades técnicas, cognitiva e interpersonales.

También tiene cualidades esenciales en cuanto lo caracteriza en el proceso de enfermería en métodos de cuidado:

Sistemático: tiene fines didácticos para la comprensión y para el logro de sus objetivos.

Dinámico: se adecua a cada una de las necesidades de las personas.

Interactivo: es fundamental para lograr una mejor relación entre el profesional de enfermería y las personas.

Flexible: se encuentran cuatro ámbitos de acuerdo a las prácticas profesionales: asistencial, educativo, administrativo e investigación. En las que el enfermero(a) utiliza para el cuidado del individuo, se pueden utilizar más de una etapa a la vez.

Sustentarse teóricamente: se adapta a un modelo teórico de enfermería.

Etapas.

Las etapas son una guía de acuerdo a la orientación profesional, ya que se utilizan medios y distintos procedimientos para actuar, las etapas son: cíclicas, dinámicas e inseparables. Las cuales pueden ser una guía para ayudar en la orientación del profesional de enfermería la cual le ayudara para la forma en la que debe de cuidar la salud del paciente de acuerdo a la consideración del estado de salud de cada persona.

Existen cinco etapas de los procesos de enfermería, las cuales son: la valoración, diagnóstico, planificación, ejecución, evaluación. Las cuales van cambiando dependiendo del entorno en la

que se encuentren y el tipo de relación que tengan con la familia, amigos y con el equipo de salud.

Cuando la enfermería comienza un proceso para el cuidado de una persona, se está poniendo en práctica la sintonización de los conocimientos los cuales ha adquirido del pensamiento crítico, la experiencia, estándares y actitudes.

PRIMER ETAPA. VALORACION DE ENFERMERIA.

La valoración, es la primera etapa del proceso. Es uno de los procesos más importantes ya que es donde se recopila información para poder tomar decisiones de acuerdo a las decisiones e intervenciones, que se obtuvieron en esta etapa.

Definición: es reunir toda la información necesaria lo más clara y completa posible para las necesidades de la persona. Lo que le permite a la enfermera que sea más fácil conocer a la persona que cuidar y saber cuál es la situación actual.

Fases: son para profundizar los aspectos teóricos y los medios para su aplicación.

RECOLECCION DE DATOS.

Es uno de los más esenciales porque ahí es donde se inicia el primer contacto con la persona. La recolección de datos es donde se obtiene información de las condiciones de salud desde el punto de vista de la persona. Donde se deben de cumplir estas características: debe de ser completa, sistemática y ordenada. Para poder seguir el modelo teórico en el cual se sustenta el proceso de enfermería.

Se clasifica en dos: inicial y focalizada. Inicial es donde tenemos el primer entrevista con la persona y es ahí donde podemos ver qué tipo de problemas tiene y o las necesidades, saber cuáles son los hábitos que tiene y el tipo de comportamiento. La focalizada a través de ella podemos descartar el problema que tenga en cualquier parte de su cuerpo como: cabeza, el abdomen, entre otros.

En la obtención de datos la podemos obtener información de distintas formas como: primaria es donde le pregunta a la persona directamente sobre su situación de salud y la secundaria es donde le pregunta a algún familiar cuando el paciente no está en condiciones de responder directamente.

Medios y técnicas para la recolección de los datos. Ayuda a los profesionales de enfermería como apoyos donde obtiene información. Que son tres: Observación, Entrevista y Exploración física.

Organización de los datos. Es donde tenemos que verificar y validar la información que nos han proporcionado sea correctas y ver si en verdad corresponden a los hechos, para evitar llegar a conclusiones precipitadas o incorrectas.

Registros de datos. Es informar y registrar los datos que obtuvimos en la observación, entrevista y exploración física. Lo que nos favorecerá en la comunicación de los miembros del equipo sanitario, se proporcionaran mecanismo de evaluación para la asistencia, se forma un registro legal permanente y se base para la investigación de enfermería:

- Cumplir normas.
- Evitar juicios de valor.

- Escribir de forma textual lo que el usuario se expresa mediante entrecomillado (“”).
- Acompañar las interferencias con la evidencia respectiva.
- Evitar tachaduras o aplicación de corrector y especificar como error/correcto.
- Informar situaciones relevantes e importantes.
- Realizar anotaciones claras completas e importantes.

Recomendación para el registro de datos:

- Escribir con letra clara y con tinta endeble.
- Evitar dejar espacios en blanco.
- Cuidar ortografía y evitar abreviaturas.
- Anotar siempre la fecha y hora en la que se realiza el registro.
- Escribir toda la información que proporciona el equipo de salud.
- Registrar cuando un usuario o familia rechazan determinado cuidado o medida terapéutica.

SEGUNDA ETAPA. DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA.

Los antecedentes es la segunda etapa del proceso de enfermería. El termino diagnostico fue introducido el 1953 por Vera Fry donde afirmava que una vez que se identifican las necesidades, se pasa ala siguiente apartado: que es formular un diagnostico de enfermería. Anos mas tarde Johnson, Abdellah y otros autores escriben y definen en diagnostico enfermería como como una funcio independiente.

En el eceno 1970-79 la Asociacion Norteamericana de Enfermeras (ANA,por sus sigls en ingles), reconose de forma oficial los diagnosticos de enfermería, ya que incluye los “Estandares de la Practica de Enfermería”. En 182 se crea la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) es l que proporciona la estructuctura organizativay estable para el desarrollo de diagnosticos de enfermería. Onvoca cada dos años al germio atravez de una Conferencia Internacinal para la revision de clasificacion de diagnosticos de enfermería.

En 1996 en la duodecima conferencia NANDA, se planteo el sistema: NIC: Sistema de Clasificacion de Intervenciones de Enfermería, NOC: Sistema de Clsificacion de Resultados. EJE: para el proposito de la taxonomia NANDA-I, se define cocmo la dimension de la respuesta humana que se considera en el proceso de diagnostico.

Los diagnosticos enfermeros sirven como base para pasar a la etapa de planeacion. El juicio clinico srive como acto del intelecto de emitir una apreciacion, una opinion, de llegar a una conclusion a partir de un conjunto de signos y sintomas.

Las ventajas del diagnostico del enfermero son: Adoptar un vocabulario comun, Identificar los problemas de las persona, entre otras.

TAXONOMIA NANDA/NIC/NOC.

Kozier cita a Rash, quien refiee a taxonomia como ciencia que identifica y clasifica.

NOC. En 1991 se creo un gupo de investigacion, en el cual se presentan los niveles mas concretos de la clasificacion y se expresan los cambios de de modificacion. Cada resulta NOC,

tener una etiqueta, una definición, una lista que sirve como indicador del estado de salud del paciente y una pequeña lista de resultados.

NIC. Adiferenciación de los diagnósticos de enfermería o del resultado del paciente, donde es la temática principal, el centro de interés es la conducta de enfermera.

Las actividades de enfermería son todas las acciones que llevan a cabo los análisis de datos: que tiene como finalidad la identificación del problema e inicia con la clasificación de la información. Haci también la formulación de diagnóstico de enfermería: que es dependiendo del tipo de diagnóstico que se haya identificado. La validación de diagnóstico de enfermería: lleva a cabo el diagnóstico de datos, en esta fase el profesional de enfermería intenta confirmar la exactitud de la interpretación de los datos. Los registros del diagnóstico de enfermería: dependen de las recomendaciones que hicieron en la etapa de valoración.

TERCERA ETAPA. PLANIFICACION DE CUIDADOS.

Se considera la tercer etapa ya que es la elaboración de estrategias diseñadas para reforzar, evitar, reducir o corregir las respuestas de las personas.

Las fases de la planeación son las siguientes:

Establecer prioridades: Depende del diagnóstico de enfermería, es donde se concluye la identificación del problema, en el cual se establece el cuidado, y realizar en aquellas manifestaciones que amenazan la vida de la persona o según la circunstancia.

Elaborar objetivo: Ayuda a determinar los objetivos de cuidados que se definen como pautas de intervención de enfermería y los criterios para su evaluación. El propósito de registrar los objetivos y los resultados es proporcionar una guía para las intervenciones de las enfermeras individualizadas y forma estándares para identificar la eficacia de las intervenciones.

Determinar los cuidados de enfermería: los cuidados son las acciones pensadas para ayudar al individuo a progresar el estado de salud, se describe el objetivo y se miden los resultados esperados. Los cuidados, intervenciones, estrategias, o las acciones de enfermería se seleccionan después de haber establecido los objetivos y los resultados esperados.

Documentar el plan de cuidado: El plan del cuidado, es el cual integra tanto el diagnóstico, objetivos, los resultados esperados, actividades o las estrategias y la evaluación específica de enfermería. La documentación también es el registro que la enfermería realiza los componentes de un plan cuidadoso en un formato especial, permite guiar las intervenciones de enfermería y registrar los resultados alcanzados.

De acuerdo con Potter y Perry, el plan de cuidados.

1. Un plan de cuidado escrito está diseñado para disminuir el riesgo que produzca un cuidado incompleto, incorrecto o inapropiado.
2. Está organizado de manera que cualquier enfermera puede identificar rápidamente las acciones que las enfermeras deben llevar a cabo.
3. Identifica y coordina los recursos utilizados para proporcionar los cuidados del enfermero.
4. Favorece la continuidad de cuidados por medio de listas de acciones necesarias para poder alcanzar los objetivos del cuidado.
5. Establece la información de la persona o familia.

6. Proporciona criterios para poner en practica un entorno de evaluacion de las respuestas del individuo, familia y comunidad para las acciones de la enfermera.

CUARTA ETAPA. EJECUCION.

En la cuarta etapa comienza una vez que se han evaluado los planes de cuidado, esta enfocada en el inicio de las intervenciones de enfermeria las cuales ayudan al paciente a conseguir los resultados deseados, es la etapa donde se pone en practica los el plan de cuidados elaborados, es donde se realiza intervenciones enfermeras, donde estan preparados para ejecutar las intervenciones, determinar las repuestas, y hacer los cambios necesarios.

FASE DE LA EJECUCION.

Preparacion: Prepararse para actuar implica asegurarse de que sabe que va a hacer, porque va a hacer y como reducira los riesgos de lecciones. Implica realizar las intervenciones enfermeras, con el pleno conocimiento de las razones y principios implicados. La revaloracion consiste en analizar las acciones, características del paciente y compatibles con las intervenciones de otros profesionales.

Intervencion: Implementacion de cuidados y tambien describe una categoria de conductas enfermeras en las que se ha iniciado y completado acciones necesarias para conseguir los objetivos y resultados esperados de cuidado enfermero.

La enfermera debe de estar actualizada encunto a los fundamentos teoricos , metodologicos y tecnicos en de las actualizaciones, etc.

Es importante que el profesional este al tanto de las modificaciones y tenga presente la revision del plan de cuidados durante su ejecucion, ya que el estado de salud de la persona cambia de forma continua.

Documetacion: Es el registro que la enfermera realiza las notas de enfermeria, el documento legal del paciente y como requisito indispensable en todas las instituciones de salud.

QUINTA ETAPA. EVALUACION.

Pretende determinar el logro de los objetivos, las interferencias o obstaculos para la realizacion del plan de cuidados, que evitaron el plan del proposito. La evaluacion mide la repuesta de las personas a las acciones enfermeras con los resultados esperados establecidos durante la planificacion.

LA ETAPA DE EVALUACION SE COMPONE EN TRES FACES.

Establecimiento de criterios de resultados: Los resultados que esperamos son afirmaciones de las respuestas graduales y progresivas de la conducta de la persona que necesita seguir y conseguir. Cuando finalmente se consigue el objetivo (resultado esperado) los factores de diagnostico dejan de existir

Evaluacion de logro de objetivos: La enfermera evalua los objetivos tras comparar los datos de la evaluacion con los resultados esperados.

Medidas y fuentes de evaluacion: Son avilidades de valoración y tecnicas empleadas para recoger los datos de la evaluación. Mientras tanto el proposito de la valoración es identificar

si existe algún problema, la intención de la evaluación trata de determinar si los problemas conocidos han mejorado, empeorado o experimentado algún tipo de cambio.

ENTREVISTA CLINICA.

La es una conversación entre dos personas, con la finalidad de obtener y dar información.

- Dar información para identificar el problema.
- Iniciar relación entre enfermera-persona, para crear un clima de confianza y respeto.

La entrevista clínica es una técnica para recoger información que utilizamos constantemente en nuestra profesión.

Etapas de la entrevista clínica.

El proceso de la entrevista clínica se divide en etapas: la preparación del proceso, la fase inicial, el cuerpo o fase intermedia, cierre, posdata y análisis de la información recojida.

La fase inicial: La fase inicial es cuando la entrevista clínica es aquella que se produce cuando el entrevistador/a "cara a cara" con el/ella entrevistado/a, con el objetivo de recoger información sobre el estado y problema/s de paciente/cliente.

Fase intermedia: Se entiende por cuerpo o fase intermedia, la realización de la entrevista propiamente dicha, en las cuales se abordan las diferentes áreas temáticas a las cuales nos queremos dirigir.

Fase final: Se denomina así a la fase final de la entrevista. Las actividades que se comprenden son: comunicar la finalización de la misma, agradecer la colaboración y atención prestada, preguntar si desea comunicar algo más.

EXPLORACION FISICA.

Es un estudio sistemático para determinar evidencias físicas de capacidad o incapacidad funcional. Es indispensable crear una atmósfera de confianza y cordialidad.

Objetivos: son detectar características físicas y datos anormales de crecimiento y el desarrollo normal.

Es indispensable contar con un equipo, material y mobiliario, ya que es fundamental contar con una mesa de exploración, báscula con estadiómetro, vitrina para guardar material, escritorio, lámpara de pie, sillas, mesa de pasteur, lavabo y cesto de basura. Así como (estetoscopio, oftalmoscopio, rinoscopio, laringoscopio, entre otros) y equipo para signos vitales, de exploración y de curación.

La inspección: método de manera física que se efectúa por medio de la vista, para realizar de manera directa los sentidos, de manera específica la vista, de manera indirecta se utilizan instrumentos como el estetoscopio, entre otros.

La palpación: es el proceso de examinar el cuerpo, se utiliza el sentido del tacto sus objetivos son: detectar la presencia o ausencia de masas, dolor, temperatura, entre otros.

La percusión: es el método de exploración física que consiste en golpear con suavidad la mano o instrumento de cualquier segmento del cuerpo. Consiste en golpear con el dedo o

los dedos para provocar sonidos. Atraves de esta tecnica se tienen la densidad, el tamaño, limites de un organo, localizacion.

La auscultacion: Es el mero de exploracion fisica que se afecta por medio del oido, consiste en escuchar los sonidos producidos por los organos del cuerpo.

SIGNOS VITALES.

Son los fenomenos o manifestaciones objetivas que se pueden percibir y medir en un organismo vivo en una forma constante, como la temperatura, respiracion, pulso y presion arterial o sanguinea.

En personas sanas los signos vitales no varian, pero en personas de alto rendimiento o enfermos, puede variar de forma considerable.

Temperatura corporal: la temperatura corporal en un estdo normal permanese constante por acción del equilibrio entre el calor producido o temogénesis y el calor perdido la termólisis.

La valoracion de la temperatura corporal es el procedimiento que se realiza para medir el grado de calor del organismo humano en las cavidades oral o rectal, en reguion axial o unguinal y membrana del timpano.

Valoracion del pulso: el pulso es una onda sanguinea generada por la contraccion del ventrículo izquierdo del corazón. Cada contracción ventricular, entra a la orta en promedio 60 a 70 mL de sangre. Cada eyección de volumen sistólico, en las paredes de la orta se distienden, creando una onda de pulso que se desplaza con rapidez hacia el extremo distal de las arterias. Cuando esa onda alcanza una arteria periférica se puede notar palpando de forma ligera la arteria contra el hueso o el músculo que hay debajo de ella a través de un "salto".

Valoracion de la resporación: Cada célula del organismo necesita oxígeno y nutrientes para mantener la vida y su finción normal. La respiración implica tres procesos: ventilación, difución y perfución.

La preción arterial depende de la fuerza de la actividad cardiaca, la elasticidad de las paredes arteriales, resistencia capilar, tensión nerviosa de retorno y del volumen y la viscosidad sanguínea. Hay que considerar a a este signo vital en el estado de salud como una enfermedad, para su medición se necesita de un baumanómetro y de un estestoscopio.

RECOGIDA DE MUESTRAS BIOLÓGICAS.

Existen técnicas para la obtención de muestras de los productos orgánicos, que el personal de enfermería debe de conocer para tener una correcta participación con el laboratorio. Los cuales se denominan producto, muestra o espécimen de laboratorio, líquido vital, secreción o sección de un tejido orgánico que se toman con el fin de analizarlo.

Obtención de sangre, obtención de orina, obtención de materia fecal, obtención de exudado faríngeo, obtención de esputo, obtención de exudado vaginal.

CONCLUSIÓN

Puedo concluir que el proceso de enfermería es de gran importancia ya que por medio de ella podemos conocer el estado físico del paciente para poder brindarle una atención de calidad de acuerdo a sus necesidades.