



Nombre del alumno: RITA JULIETA VELAZQUEZ
VAZQUEZ

Nombre del profesor: RUBEN EDUARDO DOMINGUEZ
GARCIA

Nombre del trabajo: ENSAYO

Materia: FUNDAMNETOS DE ENFERMERIA

PASIÓN POR EDUCAR

Grado: PRIMER CUATRIMESTRE

Grupo: UNICO

FRONTERA COMALAPA 27 DE SEPTIEMBRE DEL 2022

INTRODUCCION

En el transcurso de este presunto ensayo se estarán dando a conocer como debemos comprender planificar y ejecutar cuidados básicos del paciente, además debemos saber y conocer cuáles son los fundamentos de enfermería y los procesos principalmente por ello estaremos conociendo cinco etapas del proceso de enfermería y sus fases correspondientes de cada etapa ya que son fundamentos de suma importancia para que de esa manera se tenga una correcta valoración de las necesidades básicas y del diagnóstico de enfermería de los problemas del paciente. Ejecutando las técnicas con sólidas bases teóricas y con destrezas y habilidades exigidas para ello.

Lo cual nos ayudara a lo largo de nuestra trayectoria de nuestra profesión. Por eso se dice que el proceso de enfermería tiene como objetivo brindar cuidados de calidad al paciente, familia y comunidad en cualquier ámbito de salud. Por es importante conocer cada aspecto de lo mencionado y lograr los objetivos que se plantean de cierta forma, las etapas se estarán dando a conocer de manera oportuna dentro del desarrollo de este ensayo.

PROCESO DE ENFERMERIA

El proceso de enfermería juega un papel muy importante ya que promueve cuidados humanísticos el cual dicho proceso es un método racional sistemático de planificación y proporción de asistencia de enfermería, su propósito es identificar el estado de salud del paciente y sus problemas de salud reales y potenciales para establecer planes que aborden las necesidades identificadas y aplicar intervenciones de enfermería específicas que cubran tales necesidades. Por ello dicho proceso es garantizar la calidad en los cuidados y calidad de vida, durante este proceso se desarrollan cualidades como el sistemático, flexible, dinámico, el cual tiene fines didácticos para la comprensión al estado de ánimos del paciente como emocional, física y social.

Dentro de proceso de enfermería se realiza en cinco pasos que se utiliza en el ambiente de enfermería para aplicar las mejores evidencias disponibles a sus cuidados y la respuesta a su salud y la enfermedad. Estas cinco etapas son elementos concretos para aplicar el proceso, dicho proceso abarca como primer lugar la valoración, segundo lugar diagnóstico, tercer lugar planificación, cuarto lugar ejecución y quinto lugar evaluación.

PRIMERA ETAPA.VALORACION DE ENFERMERIA

Durante la valoración es importante organizarse y sistematizarse para la recolección de información necesaria para obtener una imagen completa de las necesidades de la persona, sus problemas y sus capacidades y así conocer a la persona que se cuidara y determinar su situación actual. Por consiguiente en esta primera etapa de valoración debemos tener en cuenta cuatro fases que son:

- Recolección de datos
- Validación de datos
- Organización de datos
- Registro de los datos

En la recolección de datos, es el cual obtendremos información a las condiciones desde el punto de vista general de la salud de la persona. Se clasifica en inicial y focalizada, en la inicial se realiza una entrevista con la persona se obtienen datos completos y en la focalizada es identificar de manera concreta el problema es decir determinar el estado del problema también está la de urgencia que es identificar problemas que amenazan la vida.

En la validación de datos es donde vamos a verificar y confirmar si los datos responden a los hechos por ello debemos identificar que no existen factores transitorios, por eso es importante que otra persona de enfermería recolecte los mismos datos y comprobar congruencias entre los datos.

Mientras que en la validación de datos consiste en agrupar los datos en categoría de información de manera adecuada y con sentido, pueden verse las relaciones entre ellos e identificar las capacidades del paciente y sus problemas de salud reales y potenciales.

Dentro del registro de datos se informa y registra los resultados que se obtuvieron durante la observación entre vista y exploración física.

SEGUNDA ETAPA. DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA

Para avanzar con nuestro proceso, ya recolectada la información del paciente se pasa al siguiente apartado realizar un diagnóstico de enfermería, tiene sus bases y sustentos en las taxonomías NANDA, NIC, NOC, mismos que se han convertido en el lenguaje de la profesión, estos diagnósticos sirven de base para pasar a la etapa de planeación y llegar a una conclusión a partir de un conjunto de signos y síntomas en referencia al estado de salud de una persona. Dentro de esta taxonomía está compuesta por dos elementos sustentables: las intervenciones y las actividades de enfermería, la intervención de enfermería son estrategias para ayudar a la persona, familia y comunidad. Las intervenciones pueden ser interdependientes con ayuda de asistentes sociales, médicos, nutriólogos etc. Independientes que no requieren indicación médica. Las actividades de enfermería son las acciones que se realizan en la enfermería para llevar a cabo la intervención y obtener un resultado esperado.

Durante el proceso del diagnóstico comienza después de la valoración de enfermería y permite al personal desarrollar clases de información y luego pasar a la formulación del diagnóstico de enfermería el cual dependerá del tipo de diagnóstico que se identificó a partir del análisis realizado por ello.

La NANDA nos plantea cuatro formas distintas de diagnóstico de enfermería, que son:

- Diagnóstico real: es un problema presente en el paciente.
- Diagnóstico de riesgo: evidenciado por.
- Diagnóstico de bienestar: disposición para mejorar
- De síndrome: relacionado con, manifestado por.

Teniendo en cuenta los cuatro factores daremos seguimiento con la validación del diagnóstico de enfermería en donde se confirma la interpretación de datos. Posteriormente daremos inicio al registro de diagnóstico de enfermería el cual dependerá de las recomendaciones que se hicieron en la etapa de valoración y del tipo de diagnóstico de enfermería, si un diagnóstico de enfermería real este se estructura por tres enunciados, el primero indica problema (P), segundo causa del problema (E), tercero sintomología y los signos(S). Esta estructura se denomina (PES). El diagnóstico de riesgo se divide en el problema, posible causa, que lo esté generando y esto permite planear intervenciones de prevención que se vea en problema.

TERCERA ETAPA. PLANIFICACION DE CUIDADOS

Durante esta etapa se elabora estrategias diseñadas para reforzar, evitar, reducir o corregir respuestas de las personas.

Las fases de la planeación son las siguientes:

- Establecer prioridades: distribución de atención de enfermería de tal manera que los problemas de gravedad se consideran más importantes que los menores.
- Elaborar objetivos: son las acciones que la persona será capaz de hacer cuando termine el plan de enfermería, son instrumentos del plan de cuidado miden el éxito, saber lo que se quiere conseguir antes de decidir el cómo.

Para realizar un objetivo claro necesitamos un sujeto, un verbo, una condición, criterio de realización, y un momento, ejemplo:

Sujeto (David) – Verbo (andara) – Condición (muleta) - Criterio de realización (final del pasillo y volver) – Momento (domingo).

Por ello debemos determinar los cuidados ya que son las acciones pensadas para ayudar al paciente a progresar del estado presente de salud al que describe el objetivo.

CUARTA ETAPA .EJECUCCION.

Implica continuar con la valoración de datos, realizar actividades de enfermería, anotar los cuidados, mantener el plan de cuidado y dar informes. Este proceso tiene cinco pasos que

son la preparación de la persona que es revisión, modificación del plan de cuidado, anticipación, prevención. Enseguida daré a conocer las fases de ejecución. Preparación: tiene conocimiento y habilidades, tener en cuenta las complicaciones, reunir material y equipo, crear un ambiente adecuado para el paciente. Intervenciones el plan de cuidado como cualquier tratamiento basado en el criterio y el conocimiento clínico para los resultados del paciente. Documentación: en este proceso se realiza notas de enfermería con documentos legales permanentes del paciente.

QUINTA ETAPA. EVALUACION.

Se produce siempre y cuando se interacciona con el paciente se llevara a cabo como proceso de enfermería cuando se compara el estado de salud del paciente con los objetivos definidos con el personal de enfermería se determinara si el plan de cuidado es adecuado y si el paciente no ha obtenido los objetivos. La evaluación consta de tres pasos que a continuación se ilustran.

Establecimientos de criterios: da resultado a la valoración de la situación del paciente. Evaluación del logro del objetivo: se hace una comparación de la situación actual con los objetivos marcados si los objetivos se han conseguido totalmente, parcialmente, absolutamente. Cuando los objetivos no se logran hay que usar las preguntas de Alfaro, por ello mencionare unas de ellas. ¿Los objetivos eran realistas y apropiados para el individuo?, ¿Qué factores impidieron el progreso?

Medidas y fuentes de evaluación: Debe tomarse una decisión sobre la actuación que se debe seguir en adelante que se ha logrado el propósito de enfermería.

A continuación daré a conocer más acerca de la entrevista clínica la cual es un factor muy importante en el proceso de enfermería.

ENTREVISTA CLINICA.

Es un proceso para obtener datos significativos que nos ayudaran en el diagnóstico y el tratamiento e identificar el problema, iniciar la relación enfermera – persona, disminuir la ansiedad. La entrevista se divide en 3 etapas de la entrevista clínica:

La fase inicial donde hay interacción cara a cara, información y problema del paciente la fase intermedia se recoge, anotan datos, se atiende, y por último la fase final donde se realizan actividades en agradecer la colaboración prestada y preguntar cómo se siente el paciente.

EXPLORACION FISICA

El enfermero estudia, inspecciona el cuerpo para determinar si existe un problema físico o no. Hay que contar con el equipo y material para realizarlo por ello hay que seguir método de la cabeza a los pies por aparatos y sistemas corporales, y técnicas que son: inspecciones, palpación y auscultación, la técnica de inspección se da mediante la observación, la palpación se da mediante golpecitos suaves mientras que la auscultación se realiza mediante la vista el sentido del oído y el estetoscopio.

SIGNOS VITALES.

Reflejan el estado que se puedan percibir y medir en un organismo vivo en forma constante como la temperatura, respiración, pulso, y presión arterial y recién se añadió el dolor como quinto signo vital.

En el proceso de valoración de temperatura corporal se refiere al grado de calor manteniendo el cuerpo en equilibrio entre termogénesis y termólisis por eso el valor normal de temperatura se encuentra entre los 36.5 a 37 °C.

Mientras que la respiraciones el proceso donde se capta el oxígeno y se elimina el dióxido de carbono, en el ambiente la respiración de un recién nacido es de 30 a 60/min, en adultos 16 a 20/min y en la vejez 14 a 16/min. El pulso es la expansión rítmica de una arteria por el aumento de sangre impulsada en cada contracción del vínculo izquierdo. El pulso del recién nacido es de 130 s 140/min, adulto 72 s 80/min, vejez 60 a 70/min. Por lo tanto la presión arterial es la fuerza que ejerce la sangre contra las paredes arteriales a medida que pasa por ellas, en adultos debe ser de 150/180 mm Hg, 120/80 mm Hg y en la vejez 140/90 mm Hg.

RECOGIDA DE MUESTRAS BIOLÓGICAS

Esto está relacionado con el laboratorio y en la práctica clínica en la que los más solicitados son: sangre, orina heces. Los tipos de estudios son los siguientes:

- Hematología: se especializa en la sangre y sus componentes.
- Química clínica: se chequea la glucosa, lípidos, grasa, etc.
- Microbiología: identifican una infección, bacterias pruebas febriles
- Inmunología: detectan enfermedades infecciosas y confirman la actividad de los anticuerpos en las muestras de los pacientes, marcadores tumorales.
- Estudios especiales: pruebas que se encargan del estudio genético, renal.

Como conclusión podemos comprender que el proceso de enfermería es un gran papel que cobra gran importancia ya que tiene como principal objetivo brindar cuidados de enfermería y permite la comunicación entre enfermero y paciente.

También conocimos el PAE y sus cinco etapas (valoración, diagnóstico, planeación, ejecución, y evaluación) tiene sus bases y sustentos en la taxonomía NANDA, NIC Y NOC los cuales serán una gran herramienta para nuestra formación ya que es la clave para realizar nuestro proceso de enfermería. Además esto nos permitirá utilizar el pensamiento para conseguir diagnósticos de problemas de salud reales o potenciales el cual nos permitirá brindar cuidados de enfermería adecuados orientados no solo a beneficio del paciente si no que a la familia y comunidad, en donde el paciente participa en su propio cuidado. Cuando nosotros vayamos aplicar el proceso de enfermería estando ya ejerciendo la carrera o en las practicas tendremos una enorme satisfacción, experiencia y desarrollo laboral ya que el mismo proceso nos convertirá en expertos o maestros y va a permitir que mejoremos los cuidados de atención al paciente ya que debemos recordar que tenemos una vida en nuestras manos.

REFERENCIAS

<https://www.congresohistoriaenfermeria2015.com.mx>

Libro: De Antología, Fundamentos De Enfermería I