



Mi Universidad

Nombre del Alumno

IMER ALEJANDRO VAZQUEZ DIAZ.

Nombre del Trabajo

UNIDAD I FUNDAMENTOS HISTORICOS Y TEORICOS DE LA PROFESION DE ENFERMERIA.

Nombre de la Materia

FUNDAMENTOS DE ENFERMERIA I.

Nombre del profesor

RUBEN EDUARDO DOMINGUEZ GARCIA.

Nombre de la Licenciatura

EN ENFERMERIA.

Cuatrimestre

I ER.CUATRIMESTRE.

FRONTERA COMALAPA, CHIAPAS.

MITOS HISTORICOS DE LA ENFERMERIA

FLORENCE NIGHTINGALE

Florence Nightingale estableció la primera filosofía de la enfermería basada en el mantenimiento y la restauración de la salud. Vio el papel de la enfermería como estar «encargada de la salud de alguien», basado en el conocimiento de «cómo mantener el cuerpo en un estado libre de enfermedad o recuperarse de la enfermedad».

DE LA GUERRA CIVIL AL COMIENZO DEL SIGLO XX

La Guerra Civil (de 1860 a 1865) estimuló el crecimiento de la enfermería en los Estados Unidos. Clara Barton, fundadora de la Cruz Roja Americana, atendió a soldados en los campos de batalla, limpiando sus heridas, satisfaciendo sus necesidades básicas y confortándolos en su muerte. Dorothea Lynde Dix, Mary Ann Ball (Madre Bickerdyke) y Harriet Tubman influyeron también en la enfermería durante la Guerra Civil. Como superintendente de las mujeres enfermeras del Ejército de la Unión, Dix organizó hospitales, reclutó enfermeras y supervisó y reguló provisiones para las tropas.

SIGLO XX

A principios del siglo XX fue emergiendo un movimiento para desarrollar un cuerpo definido de conocimiento y práctica de la enfermería de tipo científico y basado en la investigación. Las enfermeras comenzaron a asumir papeles más amplios y de práctica avanzada. Mary Adelaide Nutting fue fundamental en la asociación de la formación de enfermería con las universidades. Llegó a ser la primera profesora de enfermería en Columbia University Teachers College en 1906.

SIGLO XXI

La práctica y la formación enfermeras continúan evolucionando para satisfacer las necesidades de la sociedad. Actualmente, la profesión se enfrenta a múltiples retos. Las enfermeras en el ámbito asistencial y las enfermeras docentes están revisando la práctica enfermera y los currículos de formación para satisfacer las siempre cambiantes necesidades de la sociedad, incluido el bioterrorismo, las infecciones emergentes y la gestión de catástrofes. Los avances en tecnología e informática (v. cap. 26), el alto nivel de cuidados especializados de los pacientes hospitalizados y las altas precoces en los centros

CONTEXTO ACTUAL DE LA ENFERMERIA

La Enfermería en el siglo XX

Enfrentó grandes retos y desafíos que marcaron el camino a seguir no solo desde el punto de vista práctico sino también ético. Diversos sucesos históricos, políticos, demográficos, culturales, económicos y tecnológicos han condicionado la práctica profesional de Enfermería hasta la actualidad. Por solo recordar algunos de estos relevantes sucesos donde los enfermeros han estado presentes, recordamos los enfrentamientos para conseguir justicia y conciencia social en las dos guerras mundiales donde las enfermeras de hospitales de campañas desempeñaron un papel crucial en la salvaguarda de millones de vidas gracias a su dedicación y cuidados.

Otro desafío

Asumido por los enfermeros fueron los cambios en las políticas sanitarias, la introducción de mejoras en hospitales, en las tecnologías sanitarias, el redireccionamiento de la Medicina enfocada en el diagnóstico hacia las prácticas preventivas y con ello, el fortalecimiento de las destrezas de Enfermería en la comunidad dirigiendo los cuidados hacia grupos humanos vulnerables.

Una función

Esencial ha desempeñado, en este cambio de políticas sanitarias, el desarrollo de las nuevas tecnologías para la información y las comunicaciones (NTIC), particularmente, en la creación de capacidades para la innovación y el aprovechamiento de los registros de Enfermería como fuentes de datos para estudios sistemáticos más rigurosos que ofrezcan los sustratos para la construcción de nuevos conocimientos sobre la salud humana a través de la relación que establece con el entorno donde vive

Se plantea

Que las condiciones de la práctica profesional se transforman a diario por los efectos del desarrollo tecnológico, los sistemas de comunicación, la situación epidemiológica con la aparición de enfermedades reemergentes, los cambios demográficos de la población y otros problemas relacionados con la pobreza. Se le añaden las costumbres, creencias, valores, actitudes e historias de vida de las personas que están rodeadas de símbolos que han de tenerse en cuenta durante la interacción, puesto que estos elementos forman parte de la cultura.

Enfermería centra su atención

En el diagnóstico y el tratamiento de problemas de salud mediante el empleo de conocimientos de estudios sistemáticos. Es así como el cuidado de calidad debe contemplar el conocimiento científico y este debe analizarse desde una perspectiva holística de forma que el escenario de la atención pueda articularse con el contexto social, económico y legal, y favorecer la adopción de la mejor decisión sobre el cuidado que se brinda a las personas.

Los enfermeros

En el actual tejido global deben ser excelentes cuidadores, perceptivos ante los estados de bienestar y problemas de salud de las personas y suficientemente capaces para ofrecer cuidados en diferentes contextos socioculturales empleando el pensamiento crítico, las competencias para la comunicación y el uso de las NTIC. Tedros Adhamon Ghebreyesus, Director General de la OMS, en el informe llamado "Enfermería y Partería en la historia de la OMS 1948-2017", declaró que las enfermeras y las parteras constituyen la columna vertebral del nivel primario de atención del sistema sanitario, afirma que son profesionales invaluable y héroes invisibles del sector de la salud.

ENFERMERIA COMO PROFESIÓN Y DISCIPLINA

DE OFICIO A PROFESIÓN

La construcción profesional de enfermería surge de manera formal de 1900 a 1907, con la inauguración del Hospital General con la intención de formar enfermeras, por lo que, a partir de la creación y servicio de la primera escuela de enfermería en el Hospital General de México en el año de 1907, da su primer paso hacia la profesionalización, fecha en la que toma un carácter de profesión.

La enfermería como profesión, se ubica como una actividad específica que posee un campo de práctica orientado hacia el beneficio de las personas a través del cuidado, se rige por un código ético, una legislación y una formación sistematizada y validada de forma institucional, su ejercicio es remunerado y posee reconocimiento social. Cabe mencionar que en el contexto mundial, la enfermería surge como profesión incipiente con Florence Nightingale, quien establece las bases de una formación formal para enfermeras.

DE PROFESIÓN A PROFESIÓN DISCIPLINAR

En la actualidad, la enfermería se define como una profesión disciplinar del cuidado a la persona, dicha definición lleva a identificar en ella dos componentes: uno profesional y otro disciplinar, lo cual no implica una fragmentación real en la práctica, con ello se pretende evidenciar el avance, desarrollo y la profesionalización de enfermería, ya que aunque sigue cumpliendo con las características de profesión, ahora apoya y fundamenta su práctica profesional no sólo con conocimiento y dominio tecnológico, sino con el perfeccionamiento de éste, a partir de reconocer y trascender en el dominio de su objeto y sujeto de estudio. En lo disciplinar, la enfermería está justificada debido a que posee un cuerpo de conocimientos propios que evolucionan de manera independiente; asimismo tiene una forma individual de interpretar los fenómenos de su competencia, consta de sustentos científicos propios y otras disciplinas, que están relacionados con el arte y la tecnología de cuidado.

La disciplina profesional de enfermería dirige sus metas hacia el logro y utilidad práctica, por lo tanto sus teorías deben mantenerse en los ámbitos descriptivos y prescriptivos, esto es, la enfermería lleva el conocimiento directo hacia la práctica, utilizando teorías que le competen y le permitan resolver necesidades humanas de salud, permitiéndole también crear nuevos conocimientos para el cuidado, lo cual posibilita la autonomía e identidad profesional. Del mismo modo, su práctica es guiada bajo principios éticos y morales que le permiten desarrollarse de manera efectiva y elocuente dentro de los principios de vida y respeto que demanda la práctica del cuidado a la persona.

La enfermería como disciplina tiene como finalidad facilitar el conocimiento necesario y suficiente que deben utilizar los profesionales en la práctica. Lo cual compromete a quien la ejerce a construir o reconstruir conocimientos propios que contribuyan cada día más a su consolidación como ciencia del cuidado. La disciplina de enfermería apoya y fundamenta la práctica profesional, no existe una separación, ya que ésta debe gobernar la práctica profesional y no ser definida por ella; debe aportar el sustento teórico- metodológico y tecnológico necesario para el buen desempeño de los profesionales en el cuidado del individuo, familia y comunidad, base indispensable para la consolidación de una disciplina que, aunque vieja como arte, en la actualidad demanda su

FORMACIÓN Y PRACTICA DE ENFERMERIA

Formación de la enfermera titulada profesional

Actualmente en Estados Unidos la vía más frecuente para llegar a ser enfermera titulada es realizando un programa de grado asociado o de licenciatura. El programa del grado asociado en Estados Unidos es un programa de 2 años que se ofrece generalmente por una universidad o colegio universitario de la comunidad. Este programa se centra en las ciencias básicas y en cursos teóricos y clínicos relacionados con la práctica de la enfermería. El programa de licenciatura incluye generalmente 4 años de estudio en una escuela universitaria o universidad. El programa se centra en ciencias básicas, cursos teóricos y clínicos y cursos en Ciencias Sociales, Arte y Humanidades que apoyan la teoría de la enfermería.

Estudios de posgrado

Después de obtener un título de licenciatura en enfermería, se puede continuar la formación universitaria con un máster o doctorado en muchos campos de titulación, incluida la enfermería. Una enfermera que termina un programa de posgrado puede obtener un título de máster en enfermería. El título de posgrado proporciona a la enfermera asistencial avanzada sólidas habilidades en la ciencia y teoría de la enfermería, poniendo énfasis en las ciencias básicas y la práctica clínica basada en la investigación. Un título de máster en enfermería es importante para las funciones de una enfermera docente y una enfermera gestora y es necesario para una enfermera de práctica avanzada (EPA).

Formación continua y en el servicio

Los programas de formación continua son una vía para promocionar y mantener al día las habilidades enfermeras, obtener nuevo conocimiento y formación teórica y conseguir nuevas habilidades que reflejan los cambios en el sistema de prestación de atención sanitaria. La formación continua implica programas educativos formales y organizados ofrecidos por las universidades, los hospitales, las asociaciones estatales de enfermeras, las organizaciones profesionales de enfermería y las instituciones educativas y de atención sanitaria. Los programas de formación continua son una vía para promocionar y mantener al día las habilidades enfermeras, obtener nuevo conocimiento y formación teórica y conseguir nuevas habilidades que reflejan los cambios en el sistema de prestación de atención sanitaria. La formación continua implica programas educativos formales y organizados ofrecidos por las universidades, los hospitales, las asociaciones estatales de enfermeras, las organizaciones profesionales de enfermería y las instituciones educativas y de atención sanitaria.

LA PRÁCTICA ENFERMERA

La enfermera tiene oportunidad de ejercer en diversos entornos, con muchos roles dentro de esos entornos y con cuidadores de otras profesiones sanitarias. La ANA se preocupa por los aspectos legales de la práctica enfermera, el reconocimiento público de la importancia de la práctica enfermera para la atención sanitaria y las implicaciones para la práctica enfermera respecto a la atención sanitaria. La definición de enfermería de la ANA ilustra la coherente orientación de las enfermeras en proporcionar cuidados para promocionar el bienestar de sus pacientes individualmente o en grupos y comunidades.

Ciencia y arte de la práctica enfermera

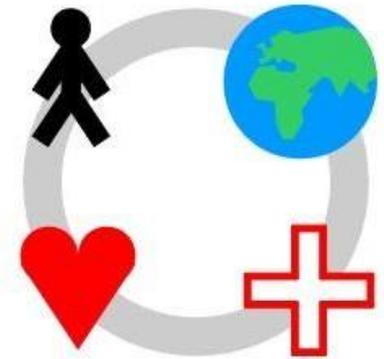
Debido a que la enfermería es a la vez arte y ciencia, la práctica enfermera requiere una combinación del conocimiento y los estándares de práctica más actuales con un acercamiento profundo y compasivo al cuidado del paciente. Las necesidades de cuidados sanitarios de los pacientes son multidimensionales. Así los cuidados reflejarán las necesidades y los valores de la sociedad y los estándares profesionales de la atención y el desempeño, cumplirán las necesidades de cada paciente e integrarán los hallazgos basados en la evidencia para proporcionar el más alto nivel de cuidados. La enfermería tiene un cuerpo específico de conocimiento; sin embargo, es

METAPADIGMA DE ENFERMERIA

El metaparadigma

Representa la perspectiva global de cualquier disciplina, actúa como una estructura que encapsula y al interior del cual se desarrollan los marcos de referencia conceptuales; de él se derivan los diversos modelos basados en los mismos conceptos. Cabe destacar que en la actualidad, cuando se habla de metaparadigma, se hace referencia a los conceptos o fenómenos de estudio básicos de la profesión. Los fenómenos de interés particular para la disciplina de enfermería se representan con cuatro conceptos o núcleos básicos: persona, salud, entorno y cuidado.

Persona se refiere a los receptores de cuidado de enfermería, incluyendo a los individuos, las familias, las comunidades y otros grupos. Entorno se refiere a las personas significativas y al ambiente físico donde se desenvuelven, así como el lugar en donde ocurre el cuidado. Salud es el estado de bienestar de la persona que puede variar desde el bienestar de alto nivel hasta la enfermedad terminal. Cuidado se refiere a las acciones o intervenciones emprendidas por las enfermeras en nombre de la persona o junto con ella, y las metas o resultados de sus acciones, que son vistas como un proceso sistemático organizado e individualizado que las sustentan.



Función del metaparadigma

El metaparadigma constituye así, un elemento importante de la dimensión filosófica de la disciplina, cuya naturaleza se justifica de forma específica como base de construcción de su conocimiento (epistemología) estableciendo así, los límites de formación académica, ejercicio profesional, docencia e investigación, lo que le confiere a esta disciplina el cuidado especificidad, dominio, autonomía e identidad.

CUIDADO DE ENFERMERIA

CUIDAR EN LA PRÁCTICA ENFERMERA

Es imposible preceptuar los mecanismos que permiten saber si o cuándo una enfermera llega a ser una profesional del cuidado. Los expertos no están de acuerdo en si cuidar puede ser enseñado o es, más fundamentalmente, una manera de estar en el mundo. Para los que encuentran que cuidar es una parte normal de sus vidas, cuidar es un producto de su cultura, sus valores, experiencias y de relaciones con los otros. Las personas que no experimentan el cuidado en sus vidas encuentran, a menudo, dificultad en actuar de manera afectiva. A medida que se trata en la práctica con la salud y la enfermedad.

PROPORCIONAR PRESENCIA

Es un encuentro persona a persona que expresa cercanía y sentido de cuidar. Fredriksson explica que la presencia implica «estar ahí» y «estar con».

«Estar ahí» es no sólo una presencia física; también incluye comunicación y comprensión. La presencia es un proceso interpersonal que está caracterizado por la sensibilidad, el holismo, la intimidad, la vulnerabilidad y la adaptación a circunstancias únicas. Tiene como consecuencia una mejora del bienestar mental en enfermeras y pacientes y una mejora del bienestar físico en los pacientes. La relación interpersonal de «estar ahí» depende del hecho de que una enfermera sea atenta con el paciente. La presencia puede ser trasladada a un arte de cuidar real que afecta, a la vez, a la curación y al bienestar de la enfermera y el paciente. Se usa, a menudo, en conjunción con otras intervenciones de enfermería, tales como establecer la relación enfermera-paciente, proporcionar medidas de confort, proporcionar educación al paciente y escuchar. Los resultados de la presencia de la enfermera incluyen aliviar el sufrimiento, disminuir el sentido de aislamiento, vulnerabilidad y el crecimiento personal.

TACTO

Los pacientes se enfrentan a situaciones que son embarazosas, temibles y dolorosas. Cualquiera que sea el sentimiento o síntoma, los pacientes buscan a las enfermeras para que les proporcionen confort. El uso del tacto es una técnica reconfortante que llega a los pacientes para comunicarles preocupación y apoyo. El tacto es relacional y conduce a una conexión entre enfermera y paciente. Implica tacto con contacto y sin contacto. El tacto con contacto implica el contacto obvio piel con piel, mientras que el tacto sin contacto se refiere al contacto visual. Es difícil separar los dos. Cada uno a su vez es descrito dentro de tres categorías: tacto orientado a la tarea, tacto afectivo y tacto protector.

Las enfermeras utilizan el tacto orientado a la tarea cuando realizan una tarea o un procedimiento. La actuación habilidosa y delicada de un procedimiento de enfermería expresa seguridad y un sentido de competencia. Una enfermera experta sabe que cualquier procedimiento es más efectivo cuando se administra cuidadosamente y con consideración a cualquier preocupación del paciente.

ESCUCHAR

Cuidar implica una interacción personal que es mucho más que dos personas simplemente charlando. Escuchar es un componente fundamental de los cuidados de enfermería y es necesario para las interacciones significativas con los pacientes. Es un acto planificado y deliberado en el que el oyente está presente e involucra al paciente de una manera no crítica y aprobatoria. Incluye «enterarse» de lo que un paciente dice, interpretando y comprendiendo lo que el paciente está diciendo y luego devolviendo esa comprensión al paciente. Escuchar el significado de lo que un paciente dice ayuda a crear una relación mutua. La verdadera escucha lleva a conocer verdaderamente y a responder a lo que realmente importa al paciente y su familia.

TEORIA DE ENFERMERIA

Chinn y Jacobs, Chinn y Kramer, pueden identificar varios tipos de definición de teoría de enfermería: por su estructura, por sus metas, por su naturaleza e integrativa.

Características de las teorías de enfermería:

Las teorías de enfermería deben ser lógicas, relativamente simples y generalizables, estar compuestas por conceptos y proposiciones, relacionar conceptos entre sí, proporcionar bases de hipótesis verificables, ser consistentes con otras teorías, leyes y principios válidos, describir un fenómeno particular, explicar las relaciones entre los fenómenos, predecir o provocar un fenómeno deseado, ser útiles para orientar y mejorar la práctica profesional.

Relación entre teoría y práctica de enfermería:

La teoría es o debe ser inherente a la práctica, ya que ésta apoya y fundamenta al proceso de enfermería, debido a que ayuda a la enfermera a ubicar y organizar los datos en la etapa de valoración y diagnóstico de enfermería, apoyando también a una interpretación y análisis comprensivo, delimitado y propio de los mismos. Establece también las condiciones necesarias para la toma de decisiones sobre las intervenciones de cuidado de enfermería, posibilitando así la predicción de los resultados de cuidado esperado a la persona.

CLASIFICACIÓN DE LAS TEORÍAS

Según el enfoque:

Teoría de necesidades: se enfoca en lo que las enfermeras hacen. Sus principales exponentes son Dorotea Orem, Abdellah et al., y Virginia Henderson.

Teoría de interacción: se dirige a ver cómo la enfermera realiza o conduce el cuidado. Sus principales exponentes son Imogene King, Paterson y Zedra.

Teoría de resultados: se centra en los resultados del cuidado y en la naturaleza del receptor del cuidado. Sus principales exponentes son Dorothy Jon.

Según la visión del ser:

Organicista: aquellas teorías que buscan la persistencia y son representadas por un enfoque centrado en sistemas.

Mecanicista: teorías que están ubicadas en la búsqueda de cambio, dinamismo y totalidad, representadas por el enfoque de interacción.

Según su complejidad y nivel de abstracción:

Filosofías: son amplias y abstractas, difíciles de ser demostrables y generalizables en la práctica, pues especifican las definiciones de los conceptos del metaparadigma en todos los modelos conceptuales de la enfermería. Como ejemplo de ellas está la teoría de Nightingale, Wiedenbach, Henderson, Abdellah, Hall, Watson y Benner.

Grandes teorías: son casi tan amplias como los modelos y las filosofías de enfermería de la cual se derivan; sin embargo, éstas proponen algo que es verdad o demostrable, como la Teoría de Adaptación de Roy, la cual ve a la persona como un sistema de adaptación, otro ejemplo es la desarrollada por King sobre consecución de objetivos.

Teorías de nivel medio: éstas se centran en un tema más concreto, ubicando de manera especial en la atención de aspectos como el estado de salud, grupo o edad de la persona sujeta a cuidado, ámbito en el cual se desenvuelve la práctica y las intervenciones de enfermería. Ejemplos de estas teorías son las desarrolladas por Peplau, Orland, Travelbee, Leininger, Pender, Parse, Adam, Newman, entre otras.

TEORIA DE ENFERMERIA SELECCIONADA

TEORÍA DE NIGHTINGALE La «teoría descriptiva» de Nightingale proporciona a las enfermeras una forma de pensar sobre los pacientes y su entorno. Sus cartas y escritos guían a la enfermera a actuar de parte del paciente. Sus principios visionarios abarcan las áreas de la práctica, la investigación y la educación. Y lo que es más importante, sus conceptos y principios perfilaron y definieron la práctica enfermera. Nightingale enseñó y utilizó el proceso enfermero, señalando que la «observación vital [valoración] no tiene como finalidad acumular una información diversa o hechos curiosos, sino salvar vidas y aumentar la salud y la comodidad».

TEORÍA DE PEPLAU La teoría de Peplau es única: la relación de colaboración enfermera-paciente crea una «fuerza de maduración» a través de la cual la efectividad interpersonal satisface las necesidades del paciente. Esta teoría es útil para establecer una comunicación eficaz entre enfermera y paciente cuando se obtiene una historia de enfermería, cuando se proporciona educación al paciente y cuando se aconseja a los pacientes y sus familias. Cuando las necesidades originales del paciente son resueltas, emergen, algunas veces, necesidades nuevas. Según Peplau, las siguientes fases caracterizan la relación interpersonal entre enfermera-paciente: orientación, fase de trabajo y finalización.

TEORÍA DE HENDERSON Virginia Henderson define la enfermería como «ayudar a la persona, enferma o sana, en la realización de aquellas actividades que contribuirán a su salud, recuperación o muerte en paz, y que la persona realizaría sin ayuda si ella tuviera la fuerza, la voluntad o los conocimientos necesarios». Henderson organizó su teoría sobre 14 necesidades básicas de la persona como un todo, e incluyó fenómenos de los siguientes campos del paciente: fisiológico, psicológico, sociocultural, espiritual y de desarrollo. La relación interpersonal entre enfermera y paciente crea un entorno afectivo para identificar las necesidades del paciente, planificar los objetivos de los cuidados y proporcionar cuidados enfermeros centrados en el paciente.

TEORÍA DE OREM La teoría del déficit de autocuidado de Dorothea Orem se centra en las necesidades de autocuidado del paciente. Orem define el autocuidado como una actividad aprendida, orientada a un objetivo, dirigida hacia el propio interés por mantener la vida, la salud, el desarrollo y el bienestar. El objetivo de la teoría de Orem es ayudar al paciente a realizar el autocuidado y gestionar sus problemas de salud. El cuidado enfermero es necesario cuando el paciente es incapaz de satisfacer las necesidades biológicas, psicológicas, de desarrollo o sociales.

TEORÍA DE LEININGER Leininger utilizó su formación en antropología para forjar su teoría sobre la diversidad y universalidad del cuidado en diferentes culturas. El cuidado humano varía entre culturas en sus manifestaciones, procesos y modelos. Los factores de la estructura social, tales como la religión del paciente, la política, la cultura y las tradiciones, son fuerzas significativas que afectan al cuidado e influyen en los patrones de salud y enfermedad del paciente. El concepto más importante de la teoría de Leininger es la diversidad cultural, y el objetivo del cuidado enfermero es proporcionar al paciente cuidados enfermeros específicos culturalmente.

TEORÍA DE ROY El modelo de adaptación de Roy contempla al paciente como un sistema adaptable. De acuerdo con el modelo de Roy, el objetivo de la enfermería es ayudar a una persona a adaptarse a los cambios de sus necesidades fisiológicas, al concepto de sí mismo, a la función de su papel y a las relaciones interdependientes durante la salud y la enfermedad.

TEORÍA DE WATSON La teoría de los cuidados transpersonales de Jean Watson define el resultado de la actividad enfermera con respecto a los aspectos humanísticos de la vida. El propósito de la acción enfermera es comprender la interrelación entre salud, enfermedad y conducta humana.

TEORÍA DE BENNER Y WRUBEL La primacía de los cuidados es un modelo propuesto por Patricia Benner y Judith Wrubel. El cuidado es central para la enfermería y crea las posibilidades para el afrontamiento, permite posibilidades para conectar y preocuparse por los demás, y permite dar y recibir ayuda. Benner y Wrubel entienden la preocupación personal como una característica inherente a la práctica enfermera.



Mi Universidad

Nombre del Alumno

IMER ALEJANDRO VAZQUEZ DIAZ.

Nombre del Trabajo

UNIDAD II PROCESO DE ENFERMERIA.

Nombre de la Materia

FUNDAMENTOS DE ENFERMERIA I.

Nombre del profesor

RUBEN EDUARDO DOMINGUEZ GARCIA.

Nombre de la Licenciatura

EN ENFERMERIA.

Cuatrimestre

I ER. CUATRIMESTRE.

FRONTERA COMALAPA, CHIAPAS.

PROCESO DE ENFERMERIA

Kozier, plantea la evolución de las etapas del proceso de enfermería. En el año de 1953, Fry propuso que la enfermería podría ser más creativa mediante la formulación de diagnósticos y un plan de cuidados individualizado para favorecer una práctica más independiente y no estar guiada a una práctica sujeta a las indicaciones médicas. No apoyaron su propuesta en aquel tiempo, hasta muchos años después.

El proceso de enfermería tiene cualidades esenciales que lo caracterizan lo cual le dan un carácter propio a este método de cuidado:

Sistemático: cada una de las etapas con fines didácticos se separan para su comprensión, pero en la implementación cada una de ellas se interrelaciona para el logro del objetivo del proceso de enfermería.

Dinámico: el ser humano por naturaleza puede cambiar, en un instante, en lo emocional, físico y social, por tal motivo cada etapa se adecuará a las necesidades de la persona, familia o comunidad.

Interactivo: es fundamental durante la implementación del método del cuidado, donde el profesional de enfermería se relaciona con la persona, la familia y la comunidad, lo cual es esencial para la individualización de dichos cuidados.

Flexible: los escenarios de práctica del profesional de enfermería en la actualidad se centran en cuatro ámbitos: asistencial, educativo, administrativo e investigación, y el proceso de enfermería se puede adaptar a cada uno de ellos, siempre y cuando se den cuidados al individuo, familia, comunidad o ambos. Asimismo, sus etapas se pueden dar de manera consecutiva y concurrente, es decir, que puede la enfermera (o) utilizar más de una etapa a la vez.

Sustentarse teóricamente: por las características propias del proceso de enfermería y sus etapas, tiene la cualidad de adaptarse con base en un modelo teórico de la enfermería.

ETAPAS

Las etapas son la propuesta del método de cuidado, ya que se requiere de medios y procedimientos para actuar; es decir, mientras el método sería el elemento conceptual utilizable para la coordinación de las operaciones, las etapas serían los elementos concretos para aplicar el proceso. Las etapas son cíclicas, dinámicas e inseparables, pero estructuradas en secuencia lógica para ser una guía que orientará al profesional de enfermería la forma en que actuará considerando la situación de salud muy particular de cada persona, familia y comunidad.

En la actualidad, las etapas del proceso de enfermería son cinco. Se sabe que se inicia con la valoración, pero de forma paralela se diagnostica, planifica, ejecuta, evalúa, y cada una de ellas se sobrepone porque la persona como ser humano es cambiante dependiendo del entorno y las relaciones interpersonales que tenga con la familia, amigos y equipo de salud. No cabe duda que cuando la enfermera inicia un proceso enfermero para el cuidado de una persona, está sintetizando de manera simultánea conocimientos de pensamiento crítico, experiencia, estándares y actitudes.



SEGUNDA ETAPA.DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA

Es la segunda etapa del proceso de enfermería, el término diagnóstico de enfermería fue introducido en 1953 por Vera Fry, donde afirmaba que una vez identificadas las necesidades del paciente se pasa al siguiente apartado: formular un diagnóstico de enfermería. Años más tarde Johnson, Abdellah y otros autores escriben y definen el diagnóstico de enfermería como una función independiente.

Ventajas: Las ventajas del diagnóstico de enfermería son:

- Adoptar un vocabulario común.
- Identificar los problemas de las personas.
- Centrar los cuidados en aspectos de enfermería.
- Ofrecer a la persona cuidados de calidad, personalizados, humanizados.
- Facilitar la coordinación del trabajo en equipo.
- Dar mayor prevención.
- Proporcionar elementos de información.
- Establecer una base para la evaluación.
- Dar al trabajo de enfermería un carácter más científico y profesional.
- Acentuar la importancia del rol de la enfermera.

FASES

Análisis de datos: El análisis de los datos tiene como finalidad la identificación del problema e inicia con la clasificación de la información. Este proceso comienza después de la valoración de enfermería y permite al personal desarrollar clases de información más manejables. También estimula la discriminación entre datos, lo cual ayuda al profesional de enfermería a centrarse en los datos que están relacionados con las necesidades concretas de la persona.

Formulación del diagnóstico de enfermería: La formulación del diagnóstico de enfermería va a depender del tipo de diagnóstico que se haya identificado a partir del análisis realizado. La NANDA-I 2012- 2014, plantea cuatro formas distintas:

1. Diagnóstico de enfermería de promoción de la salud. Comportamiento motivado por el deseo de aumentar el bienestar y actualizar el potencial humano en relación con la salud.
2. Diagnóstico de enfermería de riesgo. Vulnerabilidad, en especial como resultado de estar expuesto a factores que incrementan la posibilidad de lesión o pérdida.
3. Diagnóstico de enfermería real. Existente en realidad, que está en ese momento
4. Síndrome es un juicio clínico que describe un conglomerado específico de diagnósticos enfermeros que ocurren juntos y que se tratan mejor en conjunto a través de intervenciones similares.

Validación del diagnóstico de enfermería: Es el procesamiento de datos, en esta fase el profesional de enfermería intenta confirmar la exactitud de la interpretación de los datos. Esto se consigue con mayor frecuencia mediante la interacción directa con la persona, familia o comunidad y consultando con otros profesionales del equipo de salud, a fin de comparar los datos con una referencia autorizada.

Registro del diagnóstico de enfermería: El registro va a depender de las recomendaciones que se hicieron en la etapa de valoración y también del tipo de diagnóstico de enfermería, es importante considerar que en el momento que se plantea un diagnóstico de enfermería es porque el profesional tiene injerencia en el cuidado de la persona, familia y comunidad y de sí mismo será líder ante otros profesionales del área de la salud. Si es un diagnóstico de enfermería real, éste se estructura por tres enunciados: el primero indica el problema (P), el segundo la etiología o causa del problemas (E) y el tercer enunciado muestra la sintomatología y los signos (S); en su conjunto a esta estructura se le ha denominado formato PES.

TERCERA ETAPA. PLANIFICACION DE CUIDADOS

Definición: Es considerada la tercera etapa del proceso de enfermería y es la elaboración de estrategias diseñadas para reforzar, evitar, reducir o corregir las respuestas de la

FASES

Las fases de la planeación son las siguientes:

Establecer prioridades: Las prioridades en las intervenciones de enfermería dependen del diagnóstico de enfermería, es donde se concluye la identificación del problema, en el cual se debe centrar el cuidado, y realizar acciones inmediatas en aquellas manifestaciones que representan una amenaza para la vida de la persona o según las circunstancias, determinar medidas de prevención de riesgos que la comunidad, familia o individuo presentan. La clasificación de las prioridades son altas, intermedias o bajas, según el escenario donde se encuentre la persona y las condiciones de salud en las que esté.

Elaborar objetivos El establecimiento de diagnósticos de enfermería y prioridades individualizadas ayuda a determinar los objetivos de cuidados, que se definen como pautas para la selección de las intervenciones enfermeras y los criterios para su evaluación. El propósito de registrar los objetivos y los resultados esperados se centra en proporcionar una guía para las intervenciones enfermeras individualizadas y en formular estándares para determinar la eficacia de las intervenciones.

Cada formulación de objetivos y resultados esperados debe tener un tiempo para la evaluación. Según Alfaro, el objetivo describe lo que se espera observar de la persona, familia y comunidad respecto a las fortalezas o debilidades de los cuidados enfermeros.

Los objetivos identifican los beneficios que espera ver en la persona (progenitor o el cuidador) después de brindar cuidados enfermeros.

Determinar los cuidados de enfermería: Cuidados, intervenciones, estrategias o acciones de enfermería se seleccionan después de haber establecido los objetivos y los resultados esperados. Los cuidados son las acciones pensadas para ayudar al individuo a progresar del estado presente de salud al que se describe en el objetivo y se mide en los resultados esperados. Las intervenciones las clasifican en independientes y de colaboración.

Documentar el plan de cuidados: Posterior a la identificación de las intervenciones se procede a conformar el plan de cuidados, el cual integra tanto el diagnóstico, objetivos, resultados esperados, actividades o estrategias y evaluación específica de enfermería. La documentación también es el registro que la enfermera realiza de los componentes de un plan de cuidados en un formato especial, permite guiar las intervenciones de enfermería y registrar resultados alcanzados. Y de acuerdo a su registro los planes de cuidados pueden ser individualizados. El formato del plan de cuidados varía según los entornos: planes de cuidados institucionales o estandarizados, planes de cuidados computarizados, planes de cuidados de los estudiantes, planes de cuidados en entornos comunitarios.

Es la cuarta etapa del proceso de enfermería,

Que comienza una vez que se han elaborado los planes de cuidados “y está enfocada al inicio de aquellas intervenciones de enfermería que ayudan al paciente a conseguir los objetivos deseados”. Etapa en la que se pone en práctica el plan de cuidados elaborado. “Realizar las intervenciones enfermeras significa estar preparada, ejecutar las intervenciones, determinar la respuesta y hacer los cambios necesarios”.

FASES

En seguida se explican las fases de la ejecución.

Preparación: Según Alfaro, prepararse para actuar implica asegurarse de que sabe qué va hacer, por qué va a hacerlo, cómo lo hará y cómo reducirá los riesgos de lesiones. Implica realizar las intervenciones enfermeras con pleno conocimiento de las razones y principios implicados, observando con cuidado las respuestas. Si no obtiene la respuesta deseada, se formularán preguntas para averiguar qué va mal antes de continuar. Cuando se sepa qué es lo que no funciona, hacer los cambios requeridos y anotarlos en el plan de cuidados según sea necesario. La revaloración consiste en analizar las acciones, características del paciente y compatibles con las intervenciones de otros profesionales, proporciona un mecanismo que permite a la enfermera determinar si la acción propuesta resulta adecuada debido a los cambios en el estado de la persona.

Intervención: Es la implementación del plan de cuidados, y también describe una categoría de conductas enfermeras en las que se ha iniciado y completado las acciones necesarias para conseguir los objetivos y los resultados esperados del cuidado enfermero. La implementación convierte el plan de cuidados en una acción. Koziar, sugiere que el profesional de enfermería considere las siguientes estrategias durante la implementación de los cuidados de enfermería:

1. La enfermera debe estar actualizada de los fundamentos teóricos, metodológicos y técnicos de las actuaciones y de cualquier posible efecto secundario de las complicaciones de las actividades.
2. Las acciones de enfermería están adaptadas al individuo, es fundamental considerar las creencias de la persona, sus valores, edad, estado de salud y entorno, factores que pueden afectar a la acción de enfermería.
3. Las acciones de enfermería deben ser siempre seguras. Las enfermeras y las personas necesitan tomar precauciones para prevenir la lesión.
4. Las acciones de enfermería a menudo requieren componentes de educación, apoyo y bienestar. Estas actividades de enfermería independientes a menudo pueden aumentar la eficacia de una acción de enfermería específica.
5. Las acciones de enfermería deben ser siempre holísticas.
6. Las acciones de enfermería deben respetar la dignidad del paciente y favorecer su autoestima, a través de darle intimidad y fomentar que tome sus propias decisiones.
7. La participación activa del individuo en la ejecución de las acciones de enfermería debe fomentarse según lo permita su salud. La participación activa fomenta la sensación de independencia y control de la persona.

Es importante que el profesional de enfermería tenga presente la revisión y modificación del plan de cuidados vigente durante su ejecución, porque el estado de salud de la persona cambia de forma continua.

Documentación: Es el registro que realiza la enfermera en las notas de enfermería, documento legal permanente del paciente y como requisito indispensable en todas las instituciones de salud. Posterior a los cuidados enfermeros y evaluar las respuestas, en el registro se debe considerar lo siguiente: las valoraciones, intervenciones y respuestas. Alfaro hace referencia a que la documentación tiene los siguientes propósitos:

- a) Comunicar los cuidados a otros profesionales de la salud que tienen necesidad de saber qué es lo que ha hecho y cómo está evolucionado el usuario.
- b) Ayudar a identificar patrones de respuesta y cambios en la situación.
- c) Proporcionar una base para la evaluación, investigación y mejora de la calidad de los cuidados.
- d) Crear un documento legal que más tarde pueda usarse en los tribunales para evaluar el tipo de cuidados brindados. Sus registros pueden ser su mejor aliado o su peor enemigo. La mejor defensa de que realmente se observó o hizo algo es el hecho de tomar nota de ello.
- e) Proporciona validación para el pago de los servicios.
- f) El registro debe especificar: fecha y hora, datos de valoración, intervenciones de enfermería, resultados y nombre/firma del profesional de enfermería

CUARTA ETAPA.

EJECUCIÓN.

QUINTA ETAPA. EVALUACIÓN.

Se considera una etapa que con fines didácticos se revisa como la quinta, pretende determinar el logro de los objetivos, las interferencias y obstáculos para la realización del plan de cuidados que evitaron el logro de los propósitos. La evaluación es compleja, se inicia en el momento que el profesional de enfermería interacciona con la persona, la familia o la comunidad. La evaluación mide la respuesta de la persona a las acciones enfermeras con los resultados esperados establecidos durante la planificación.

FASES

La etapa de evaluación se compone de tres fases:

Establecimiento de criterios de resultados: Se expresan en términos de conducta para describir los efectos deseados de las acciones de enfermería. Los resultados esperados son afirmaciones de las respuestas graduales y progresivas o de la conducta de una persona que necesita seguir y conseguir. Cuando se consigue el objetivo (resultados esperados), los factores relacionados de un diagnóstico de enfermería han dejado de existir. Se deben conseguir los resultados en un espacio corto de tiempo (en función del entorno en que se preste la atención).

Una vez concluido el intervalo especificado de la implementación de las intervenciones o completadas todas las intervenciones en el plan de cuidados, la enfermera evalúa la capacidad de la persona para demostrar su conducta o respuesta establecida en los resultados. Si la persona consigue los resultados esperados, la enfermera puede o bien continuar con el plan de cuidados o finalizar sus intervenciones porque el objetivo del cuidado ya se ha cumplido, en caso contrario los resultados hayan sido parciales o no cumplidos, la enfermera tendrá que revalorar y revisar el plan de cuidados.

Evaluación del logro de objetivos: El objetivo especifica la conducta o la respuesta esperada que indica la resolución de un diagnóstico de enfermería o el mantenimiento del estado de salud. La enfermera evalúa los objetivos tras comparar los datos de la evaluación con los resultados esperados. Cuando un objetivo se ha cumplido, la enfermera sabe que las intervenciones han tenido éxito en cuanto a la mejora del bienestar del individuo, familia o comunidad. Los datos nuevos o las respuestas de la persona se comparan con los criterios de resultados para determinar si se han producido los cambios previstos.

Para evaluar de forma objetiva el grado de éxito en la consecución de un objetivo, la enfermera debe seguir los siguientes pasos, que sugiere Alfaro

¿Los objetivos e intervenciones eran realistas y apropiados para este individuo?

¿Las intervenciones se llevaron a cabo tal como estaban prescritas?

¿Los nuevos problemas o las reacciones adversas se detectaron tempranamente y se hicieron los cambios apropiados?

¿Cuál es la opinión de la persona respecto al logro de los objetivos y el plan de cuidados?

¿Qué factores impidieron el progreso?

¿Qué factores potenciaron el progreso?

Medidas y fuentes de evaluación: Son las habilidades de valoración y las técnicas empleadas para recoger los datos de la evaluación. Mientras el propósito 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. La valoración consiste en la recolección de datos.

La evaluación se produce cuando compara los datos con los objetivos y realiza un juicio sobre el progreso de la persona. Los objetivos de este juicio, el cual se basa en la capacidad de analizar de forma crítica la información presentada, pueden llevar a la revisión del plan de cuidados. Es decir, cuando se ordenan los datos y se determina qué otros hechos se necesitan para evaluar el progreso de la persona, se utiliza el razonamiento crítico y la habilidad analítica: identificación de las variables que afectan el logro de los objetivos y modificación/finalización del plan de cuidados. Por último, si el paciente ha logrado todos los objetivos establecidos y no se han identificado nuevos problemas, es que se ha logrado el propósito de los cuidados de enfermería.

ENTREVISTA CLINICA

La entrevista es una conversación dirigida entre dos personas con dos finalidades: dar y obtener información a través de:

- Recoger información para identificar problemas.
- Iniciar la relación enfermera-persona, creando un clima de confianza y respeto.
- Disminuir la ansiedad del paciente proporcionando la información necesaria.
- Motivar al paciente a participar de manera activa en todo el proceso de cuidado.

ETAPAS DE LA ENTREVISTA CLÍNICA

FASE INICIAL La fase inicial de la entrevista clínica es aquella que se produce cuando el entrevistador/a interacciona "cara a cara" con el/la entrevistado/a, con el objetivo de recoger información sobre el estado y problema/s del paciente/cliente. Las actividades a realizar durante esta etapa son las siguientes:

- Presentación del profesional y/o alumno/a que va a realizar la entrevista clínica.
- Confirmar la identidad del entrevistado/a.
- Preguntarle por sus preocupaciones en este momento.
- Informarle sobre la duración de la entrevista.
- Remarcar la confidencialidad de la información revelada.
- Aclarar la finalidad de la entrevista (encuadre).
- Interpretación de las señales verbales del paciente/cliente.
-

FASE INTERMEDIA: Se entiende por Cuerpo o fase Intermedia la realización de la entrevista propiamente dicha, donde se abordan las diferentes áreas temáticas a las cuales nos queremos dirigir. Hay una serie de consideraciones a tener en cuenta:

- Recoger primero la información de lo general a lo específico.
- Anotar los datos recogidos brevemente y de forma inteligible. Apuntando cifras, fechas, algunos datos de interés, pero sin pretender transcribir toda la información verbal revelada por el paciente/cliente en este momento.
- Atender a las reglas básicas de las habilidades de comunicación efectiva, tanto a nivel verbal como no verbal.
- Ser flexible en cuanto al orden en la presentación de las preguntas.
-

FASE FINAL: Se denomina Cierre a la fase final de la entrevista. Las actividades que comprende son:

- ❑ Comunicar la finalización próxima de la misma.
- ❑ Agradecer la colaboración y atención prestada.
- ❑ Preguntar si desea comunicar algo más.
- ❑ Presentar un resumen de los contenidos tratados.
- ❑ Aportar prescripciones, es decir, tareas a realizar por parte del paciente/cliente en casa o bien hasta el próximo encuentro (durante la hospitalización). Serían por ejemplo, una serie de cuidados o recomendaciones a seguir.
- ❑ Despedirse, atendiendo a los rituales sociales habituales de cualquier despedida. Es aconsejable que se desarrolle de forma breve, respetuosa y cálida, de manera que haya lugar para el reconocimiento del esfuerzo realizado y manifestación de gratitud y afecto.

La exploración física es el estudio sistemático del paciente para encontrar evidencias físicas de capacidad o incapacidad funcional.

Objetivos:

- ☐ Detectar características físicas y datos anormales en relación con el crecimiento y desarrollo normales.
- ☐ Descartar o confirmar datos obtenidos en la historia de enfermería.
- ☐ Obtener datos que ayuden a establecer diagnósticos de enfermería y un plan de cuidados.

Equipo, material y mobiliario. El mobiliario y equipo en un consultorio varía de acuerdo con la especialidad médica. Es fundamental contar con mesa de exploración, báscula con estadiómetro, vitrina para guardar material y equipo, escritorio, lámpara de pie, sillas, mesa de Pasteur, lavabo y cesto para basura. Así como equipo de diagnóstico (otoscopio, oftalmoscopio, rinoscopio, laringoscopio, entre otros), equipo para toma de signos vitales (termometría, presión arterial), equipo de exploración (vaginal, proctológica, urológica, entre otros.) y curaciones. Además, debe existir material de curación, batas, sábanas, soluciones antisépticas, recipientes para muestras de laboratorio y papelería relacionada con el expediente clínico.

La inspección

Método de exploración física que se efectúa por medio de la vista, para realizarla de manera directa la enfermera hace uso de los sentidos, en específico la vista y de manera indirecta utiliza instrumentos como otoscopio, rinoscopio, entre otros, para la exploración visual de la persona y a través de ella se obtienen datos como el tamaño, forma, posición, localización anatómica, color, textura, aspecto, movimiento y simetría.

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, tono muscular y movimiento. Corroborar los datos obtenidos durante el interrogatorio e inspección.

La percusión

Es el método de exploración física que consiste en golpear con suavidad la mano o instrumentos cualquier segmento del cuerpo. Consiste en golpear la superficie del cuerpo con el dedo o los dedos para provocar sonidos. A través de esta técnica se tiene el tamaño, densidad, límites de un órgano y localización. Los sonidos producidos por la *percusión se pueden describir como mates, sordos, resonantes o timpánicos.*

La auscultación

Es el método de exploración física que se efectúa por medio del oído, consiste en escuchar los sonidos producidos por los órganos del cuerpo. Se puede realizar de manera directa utilizando el sentido del oído, y para realizar la técnica indirecta se utilizan instrumentos como el estetoscopio. Con la técnica se recolecta información como las características de los ruidos pulmonares, cardiacos e intestinales. Le permitirá identificar frecuencia, intensidad, calidad y duración de los sonidos auscultados.

**EXPLORACION
FISICA**

SIGNOS VITALES

Los signos vitales son los fenómenos o manifestaciones objetivas que se pueden percibir y medir en un organismo vivo en una forma constante, como la temperatura, respiración, pulso y presión arterial o presión sanguínea. Recién se ha añadido al dolor como el quinto signo vital, que debe evaluarse al mismo tiempo que los cuatro cardinales.

Valoración de la temperatura corporal

La temperatura en los organismos vivos varía según las especies. En el hombre se mantiene constante por la capacidad que tiene para regular, con independencia de las variaciones climatológicas o estacionales. Su centro termorregulador se encuentra en el hipotálamo. La temperatura corporal en estado normal permanece constante por acción del equilibrio entre el calor producido o termogénesis y el calor perdido o termólisis. Lo anterior permite conceptualizar a la temperatura como el grado de calor mantenido en el cuerpo por equilibrio entre termogénesis y termólisis.

Concepto. La valoración 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 región axilar o inguinal y membrana del tímpano.

Valoración del pulso

El pulso es una onda sanguínea generada por la contracción del ventrículo izquierdo del corazón. Esta onda pulsátil corresponde a la expulsión del volumen de eyección y a la cantidad de sangre que pasa a las arterias en cada contracción ventricular. Con cada contracción ventricular, entran en la aorta en promedio 60 a 70 mL de sangre (volumen sistólico). Con cada eyección de volumen sistólico, las paredes de la aorta se distienden, creando una onda del pulso que se desplaza con rapidez hacia el extremo distal de las arterias. Cuando esa onda alcanza una arteria periférica puede notarse palpando de forma ligera la arteria contra el hueso o el músculo que hay debajo de ella a través de un "salto".

Cuando en algunos pacientes no es posible valorar el pulso en arterias distales, éste se toma en la zona apical, localizado entre el IV y V espacio intercostal, justo en el centro de la línea medio clavicular izquierda en los adultos. En los niños se toma como referencia el III y IV espacio intercostal hasta la edad de siete años.

Valoración de la respiración

Cada célula del organismo necesita oxígeno y nutrientes para mantener la vida y su función normal. Los fenómenos químicos del metabolismo se efectúan dentro de las células, por tanto tienen un aporte de oxígeno y alimentos suficiente; es por esto que se dice que la respiración es una función metabólica de los organismos en condiciones de aerobiosis.

Valoración de la presión arterial o presión sanguínea

La presión arterial depende de la fuerza de la actividad cardiaca, elasticidad de las paredes arteriales, resistencia capilar, tensión venosa de retorno y del volumen y viscosidad sanguínea. Por tal razón, es necesario considerar este signo vital tanto en el estado de salud como de enfermedad. Para su medición se requiere un esfigmomanómetro (baumanómetro) y un estetoscopio; el primero puede ser de mercurio o aneroide y el segundo tiene un sistema de amplificación y control de tono. El esfigmomanómetro consta de un manómetro de presión, un brazalete de compresión consistente en una bolsa de caucho insuflable protegida con cubierta no elástica, una perilla de presión fabricada de goma o caucho y con una válvula de tornillo para controlar la presión del aire insuflado.

RECOGIDA DE MUESTRAS BIOLÓGICAS

Existen técnicas para la obtención de muestras de los productos orgánicos, que el personal de enfermería debe conocer para tener una correcta participación con el laboratorio clínico a fin de complementar el diagnóstico de la persona o paciente. Se denomina producto, muestra o espécimen de laboratorio, a todo líquido vital, secreción o sección de un tejido orgánico que se toma con el propósito de analizarlo.

Obtención de sangre

Concepto. Serie de maniobras para obtener sangre a través de una venopunción.

Objetivos:

- ☐ Valorar las características físicas y los componentes sanguíneos.
- ☐ Detectar elementos anormales en la sangre.

Obtención de orina

Concepto. Serie de maniobras para obtener una muestra de orina para analizar sus características y realizar pruebas químicas.

Objetivos:

- Valorar el funcionamiento renal.
- Investigar la alteración y presencia de componentes normales en la orina.

Obtención de materia fecal

Concepto. Maniobras para obtener una muestra de materia fecal.

Objetivos:

- Valorar características físicas de las heces.
- Detectar elementos anormales o parásitos en ellas.

Obtención de exudado faríngeo

Concepto. Es la obtención de una muestra de exudado faríngeo para realizar el cultivo.

Objetivo: Identificar microorganismos patógenos que produzcan un proceso infeccioso en las vías respiratorias altas.

Obtención de esputo

Concepto: es el procedimiento que se realiza para la obtención de esputo.

Objetivo: Valorar caracteres físicos y el tipo de proceso anormal broncopulmonar.

Obtención de exudado vaginal

Concepto. Procedimiento que se efectúa para obtener exudado vaginal (cuadro 9-25).

Objetivo: Investigar la presencia de microorganismos y células neoplásicas.

BIBLIOGRAFIA

EVA REYES GOMEZ

Fundamentos de enfermería: Ciencia, metodología y tecnología.