



NOMBRE DEL ALUMNO: Kenia Janeth Hernández
morales

NOMBRE DEL PROFESOR: Rubén Eduardo Domínguez
García

NOMBRE DEL TRABAJO: ensayo

MATERIA: Fundamento 2

GRADO: 1

GRUPO: A

INTRODUCCION

Es importante hacer mención del proceso de enfermería que brinda cuidados enfermeros con el propósito de cubrir las necesidades del individuo la cual garantiza el cuidado la calidad en los cuidados y la calidad de vida y sentir la satisfacción por el trabajo ahora la primera etapa es la valoración es muy importante porque todas las decisiones e intervenciones se basan en la información obtenida de esta etapa ahora diagnóstico de enfermería Es la segunda etapa del proceso de enfermería después la tercera etapa es planeación del cuidado es la elaboración de estrategias diseñadas para reforzar, evitar, reducir o corregir las respuestas de la persona entonces la cuarta etapa es ejecución los planes de cuidados ayudan al paciente a conseguir los objetivos deseados finalmente la quinta etapa que es evaluación pretende determinar el logro de los objetivos y los resultados esperados establecidos durante la planificación la entrevista es una conversación dirigida entre dos personas con dos finalidades: dar y obtener información actualmente la exploración es el estudio del paciente para encontrar evidencias físicas de capacidad o incapacidad funcional también Los signos vitales son los fenómenos o manifestaciones objetivas que se pueden percibir y medir en un organismo vivo en conclusión recogidas de muestras biológicas la obtención de muestras de los productos orgánicos, que el personal de enfermería debe conocer para tener una correcta participación con el laboratorio clínico

PROCESO DE ENFERMERÍA.

Actualmente podría ser más creativa mediante la formulación de diagnósticos y un plan de cuidados favorecer una práctica más independiente es una forma dinámica y sistematizada de brindar cuidados enfermeros a es un método racional y sistemático de planificación y proporción de asistencia de enfermería propósito es identificar el estado de salud del paciente y sus problemas de salud reales y potenciales que cubran tales necesidades cualidades esenciales que lo caracterizan: Sistemático, Dinámico, Interactivo, Flexible y Sustentarse teóricamente las etapas son la propuesta del método de cuidado, ya que se requiere de medios y procedimientos para actúa Las etapas son cíclicas, dinámicas e inseparables, pero estructuradas en secuencia lógica para ser una guía que orientará al profesional de enfermería , 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.

PRIMERA ETAPA. VALORACIÓN DE ENFERMERÍA.

Ahora Debe organizarse y sistematizarse para la recopilación de información sobre la situación de salud de la persona y su entorno después la Definición: Consiste en reunir toda la información necesaria para obtener una imagen, lo más clara y completa posible entonces la Fases: para su interpretación e implementación para profundizar en los aspectos teóricos de la valoración y medios para su aplicación ahora recolección de datos es la obtención de la información referente a las condiciones, desde el punto de vista holístico, de la salud de la persona, familia o comunidad también Fuentes para la obtención de los datos dónde se puede originar la información y se pueden obtener de diferentes formas primaria o directa y secundaria o indirecta y VALIDACIÓN DE LOS DATOS es verificar y confirmar los datos para determinar si responden a los hechos. Consiste, también en analizar la información además la ORGANIZACIÓN DE LOS DATOS Consiste en la agrupación de los datos en categorías de información e identificar las capacidades del paciente, y sus problemas de salud reales y potenciales últimamente REGISTRÓ DE LOS DATOS informar y registrar los datos que se obtuvieron durante la observación, entrevista y exploración física facilitar la prestación de una asistencia de calidad las recomendaciones

- ♣ Escribir con letra clara y con tinta indeleble
- ♣ Evitar dejar espacios en blanco.
- ♣ Cuidar la ortografía y evitar abreviaturas
- ♣ Anotar siempre la fecha y hora en que se realiza el registro.

Un registro legal permanente para la investigación en enfermería

- ♣ Cumplir normas.
- ♣ Realizar anotaciones claras, completas y concisas.
- ♣ Informar situaciones relevantes e importantes.

SEGUNDA ETAPA. DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

Además los incluye en los Estándares de la Práctica de Enfermería proporciona la estructura organizativa y estable para el desarrollo de los diagnósticos de enfermería las reacciones a los problemas de salud reales y potenciales, a los procesos vitales de una persona sirven de base para pasar a la etapa de planeación llegar a una conclusión a partir de un conjunto de signos y síntomas en referencia al estado de salud de una persona Las ventajas del diagnóstico de enfermería

- Adoptar un vocabulario común.
- Identificar los problemas de las personas.
- Ofrecer a la persona cuidados de calidad, personalizados, humanizados.

TAXONOMÍA NANDA/NOC/NIC es la ciencia que identifica y clasifica. También estudia teoría de clasificaciones sistemáticas incluyendo sus bases, principios, procedimientos y reglas diagnóstico de enfermería proporciona la base para elegir las intervenciones enfermeras para conseguir los resultados NOC para desarrollar una clasificación de los resultados de pacientes que se correlacionan con los cuidados enfermeros para evaluar el estado del paciente en relación al resultado NIC las intervenciones de enfermería y el centro de interés es la conducta enfermera realizan para ayudar al paciente a avanzar hacia un resultado deseado Las intervenciones de enfermería: para ayudar a la persona Las intervenciones de enfermería pueden ser Interdependientes E independientes Las actividades de enfermería permitirá avanzar hacia el resultado esperado para favorecer los resultados esperados del paciente a son todas las acciones que realiza la enfermera para llevar a cabo la intervención. Análisis de datos finalidad la identificación del problema e inicia con la clasificación de la información 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 plantea cuatro formas distintas: 1 Diagnóstico de enfermería de promoción de la salud 2 Diagnóstico de enfermería de riesgo 3 Diagnóstico de enfermería real 4 Síndrome Validación del diagnóstico de enfermería: se consigue con mayor frecuencia mediante la interacción directa con la persona es el procesamiento de datos Registro del diagnóstico de enfermería El registro va a depender de las recomendaciones que se hicieron en la etapa de valoración es porque el profesional tiene injerencia en el cuidado de la persona el primero indica el problema segundo la etiología o causa del problemas tercer enunciado muestra la sintomatología y los signos es un enunciado que indica las fortalezas que la persona, familia o comunidad tienen para seguir estilos de vida saludables.

TERCERA ETAPA. PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS

Establecer prioridades: es donde se concluye la identificación del problema el cual se debe centrar el cuidado, y realizar acciones en aquellas manifestaciones que representan una amenaza para la vida de la persona Elaborar objetivos ayuda a determinar los objetivos de

cuidados s debe tener un tiempo para la evaluación describe lo que se espera observar de la persona Determinar los cuidados de enfermería: Cuidados, intervenciones, estrategias o acciones de enfermería después de haber establecido los objetivos y los resultados esperados son las acciones pensadas para ayudar al individuo a progresar del estado presente de salud Las intervenciones las clasifican en independientes y de colaboración. Las independientes son todas aquellas acciones que son competencia exclusiva del profesional de enfermería con base en sus conocimientos y experiencia Las de colaboración: son las intervenciones que la enfermera ha identificado requiere la persona de cuidado Documentar el plan de cuidados: integra tanto el diagnóstico, objetivos, resultados esperados La documentación también es el registro que la enfermera realiza de los componentes de un plan de cuidados

CUARTA ETAPA. EJECUCIÓN

Determinar la respuesta y hacer los cambios necesarios se pone en práctica el plan de cuidados elaborado Esta preparación asegura un cuidado enfermero seguro Preparación implica asegurarse de que sabe qué va hacer, por qué va a hacerlo, cómo lo hará y cómo reducirá los riesgos 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 Intervención: Es la implementación del plan de cuidados, y también describe una categoría de conductas enfermeras Es importante que el profesional de enfermería tenga presente la revisión y modificación del plan de cuidados 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 evaluar las respuestas, en el UNIVERSIDAD DEL SURESTE 50 registro se debe considerar lo siguiente: las valoraciones, intervenciones y respuestas la documentación tiene los siguientes propósito:

Comunicar los cuidados a otros profesionales de la salud

Ayudar a identificar patrones de respuesta y cambios en la situación

Proporcionar una base para la evaluación, investigación y mejora de la calidad de los cuidados.

Crear un documento legal

Proporciona validación para el pago de los servicios.

El registro debe especificar: fecha y hora, datos de valoración resultados y nombre/firma del profesional de enfermería responsable directo del cuidado de la persona

QUINTA ETAPA. EVALUACIÓN.

La evaluación mide la respuesta de la persona a las acciones enfermeras con los resultados esperados establecidos durante la planificación es la clave para la excelencia en la provisión de los cuidados proporciona retroalimentación necesaria para valorar la satisfacción del individuo y maximizar el valor de la provisión de cuidados. Establecimiento de criterios de resultados: son afirmaciones de las respuestas graduales y progresivas o de la conducta de una persona que necesita seguir y conseguir Se deben conseguir los resultados en un espacio corto de tiempo 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 Evaluación del logro de objetivos El objetivo especifica la conducta o la respuesta esperada que indica la resolución de un diagnóstico Cuando un objetivo se ha cumplido, la enfermera sabe que las intervenciones han tenido éxito Medidas y fuentes de evaluación : Son las habilidades de valoración y las técnicas empleadas para recoger los datos de la evaluación se produce cuando compara los datos con los objetivos y realiza un juicio sobre el progreso de la persona se basa en la capacidad de analizar de forma crítica la información presentada, pueden llevar a la revisión del plan de cuidados

ENTREVISTA CLÍNICA.

Es una conversación dirigida entre dos personas con dos finalidades: dar y obtener información

- 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.
- Disminuir la ansiedad del paciente proporcionando la información necesaria.

es una técnica de recogida de información que utilizamos constantemente en nuestra profesión Se podría decir para valorar necesidades y cuidar a las personas a las que atendemos a entrevista dependerá de los objetivos planteados por el/la entrevistador/a y del enfoque. ETAPAS DE LA ENTREVISTA CLÍNICA la preparación del proceso, la fase inicial, el cuerpo o fase intermedia, cierre, posdata y análisis de la información recogida Consideraciones a la hora de formular la guía de preguntas:

- ♣ Evitar frases u oraciones muy largas
- ♣ Evitar preguntas con doble intención
- ♣ Adaptar las preguntas a las capacidades del entrevistado/a.
- ♣ Formular preguntas de forma afirmativa
- ♣ Se aconseja el uso de preguntas de forma impersonal

FASE INICIAL es aquella que se produce cuando el entrevistador/a interactúa "cara a cara"
FASE INTERMEDIA: se abordan las diferentes áreas temáticas a las cuales nos queremos dirigir a la realización de la entrevista propiamente dicha
FASE FINAL: Cierre a la fase final de la entrevista

EXPLORACIÓN FÍSICA. Es el estudio sistemático del paciente para encontrar evidencias físicas de capacidad o incapacidad funcional preparar el entorno en cuanto a iluminación, temperatura, limpieza, así como contar con el material y equipo necesario para su realización crear una atmósfera de confianza y cordialidad para que comunique sus temores ante el procedimiento para que se proporcione de manera sistemática y concreta debe seguir métodos y técnicas

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
- Identificar áreas para la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad.

Equipo, material y mobiliario. El mobiliario y equipo en un consultorio varía de acuerdo con la especialidad médica equipo para toma de signos vitales debe existir material de curación, batas, sábanas, soluciones antisépticas, recipientes para muestras de laboratorio y papelería relacionada con el expediente clínico

La inspección: se efectúa por medio de la vista, para realizarla de manera directa utiliza instrumentos como otoscopio, rinoscopio, entre otros para la exploración visual de la persona

La palpación: se utiliza el sentido del tacto, sus objetivos son: Detectar la presencia o ausencia de masas, dolor, temperatura, tono muscular y movimiento

La percusión: 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 Sus objetivos: Producir movimientos, dolor y obtener sonidos para determinar la posición, tamaño y densidad de una estructura subyacente

La auscultación: se efectúa por medio del oído, consiste en escuchar los sonidos producidos por los órganos del cuerpo Le permitirá identificar frecuencia, intensidad, calidad y duración de los sonidos auscultados

Sus Objetivos: Valorar ruidos o sonidos producidos en los órganos

SIGNOS VITALES

se pueden percibir y medir en un organismo vivo en una forma constante, como la temperatura, respiración, pulso y presión arterial o presión sanguínea En personas sanas los signos vitales no varían, pero en deportistas de alto rendimiento o enfermos, pueden variar en forma considerable permite valorar el estado de salud o enfermedad y ayudar a establecer un diagnóstico

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 La temperatura corporal en estado normal permanece constante por acción del equilibrio entre el calor producido o termogénesis y el calor perdido o 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 la actualidad la temperatura se puede medir con termómetro digital, electrónico, timpánico

Valoración del pulso: es una onda sanguínea generada por la contracción del ventrículo izquierdo del corazón corresponde a la expulsión del volumen de eyección y a la cantidad de

sangre que pasa a las arterias cada contracción ventricular. Con cada contracción ventricular, entran en la aorta en promedio 60 a 70 mL de sangre 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 adulto Valoración de la respiración: Ningún ser viviente puede vivir más allá de unos minutos si no respira. La supervivencia humana depende de la capacidad del oxígeno (O₂) para alcanzar las células del organismo y eliminar el bióxido de carbono (CO₂) de las células la respiración implica tres procesos; ventilación, difusión y perfusión e se inspira y espira aire de los pulmones para introducir oxígeno y eliminar bióxido de carbono Cada célula del organismo necesita oxígeno y nutrientes para mantener la vida y su función normal. Valoración de la presión arterial o presión sanguínea: depende de la fuerza de la actividad cardiaca, elasticidad de las paredes arteriales, resistencia capilar, tensión venosa de retorno 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

RECOGIDA DE MUESTRAS BIOLÓGICAS: 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 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: 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: 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: 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: 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: Procedimiento que se efectúa para obtener exudado vagina

Objetivo:

Investigar la presencia de microorganismos y células neoplásicas.

Conclusión

El proceso de enfermería es una herramienta potente para afrontar situaciones del equipo de enfermería al igual que se evalúan a los pacientes pueden ser valorada la función del equipo de enfermeras en situaciones de riesgo de deterioro profesional también nos permite prestar cuidados de una forma racional, lógica y sistemática que resulta vital importancia principal

es constituir una estructura que pueda cubrir las necesidades del paciente, familia o la comunidad