



Mi Universidad

CUADRO SINOPTICO

ANDREA DEL ROCIO HERNÁNDEZ
ORTEGA

PARCIAL I

FUNDAMENTOS DE LA ENFERMERÍA

LIC. MARÍA DEL CARMEN LÓPEZ SILBA

LIC. ENFERMERÍA

PROCESO DE ENFERMERÍA

como una forma dinámica y sistematizada de brindar cuidados enfermeros. Eje de todos los abordajes enfermeros, el proceso promueve unos cuidados humanísticos, centrados en unos objetivos (resultados) y eficaces.

PRIMERA ETAPA

VALORACIÓN DE ENFERMERÍA

Consiste en reunir toda la información necesaria para obtener una imagen, lo más clara y completa posible de las necesidades de la persona, sus problemas y sus capacidades.

Fases:

Las fases se separan para profundizar en los aspectos teóricos de la valoración y medios para su aplicación.

Recolección de datos: la 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.

Validación de los datos: validar es verificar y confirmar los datos para determinar si responden a los hechos. consiste, también en analizar la información con el fin de identificar posibles vacíos o incongruencias.

Organización de los datos: consiste en la agrupación de los datos en categorías de información de forma que tengan sentido, puedan verse las relaciones entre ellos e identificar las capacidades del paciente, y sus problemas de salud reales y potenciales.

Registro de los datos: Consiste en informar y registrar los datos que se obtuvieron durante la observación, entrevista y exploración física.

SEGUNDA ETAPA

DIAGNOSTICO:

Los diagnósticos enfermeros sirven de base para pasar a la etapa de planeación.

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.

TERCERA ETAPA

PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS:

es la elaboración de estrategias diseñadas para reforzar, evitar, reducir o corregir las respuestas de la persona.

FASES:

Establecer prioridades: 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.

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.

Determinar los cuidados de enfermería: 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: 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.

CUARTA ETAPA

EJECUCIÓN.

Está enfocada al inicio de aquellas intervenciones de enfermería que ayudan a el paciente a conseguir los objetivos.

FASES:

Preparación: Implica realizar las intervenciones enfermeras con pleno conocimiento de las razones y principios implicados, observando con cuidado las respuestas.

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.

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.

QUINTA ETAPA

EVALUACIÓN:

Se inicia en el momento que el profesional de enfermería interacciona con la persona, la familia o la comunidad. Proporciona retroalimentación necesaria para valorar la satisfacción del individuo

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.

Evaluación del logro de objetivos: 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.

Medidas y fuentes de evaluación: 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.

SEXTA ETAPA

ENTREVISTA CLÍNICA.

La entrevista clínica 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.

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.

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.

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.

EXPLORACIÓN FÍSICA.

Es el estudio sistemático del paciente para encontrar evidencias físicas de capacidad o incapacidad funcional.

MÉTODOS:

De la cabeza a los pies.

Por aparatos y sistemas corporales.

TECNICAS:

- Palpitaciones.
- Percusión
- Auscultación
- Medición

SIGNOS VITALES

Son los fenómenos o manifestaciones objetivas que se pueden percibir y medir en un organismo vivo en una forma contante, como la temperatura, respiración, pulso y presión arterial o presión sanguínea

SIGNOS VITALES.

Valoración de la temperatura corporal: 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.

Valoración de la respiración: Es entonces que la respiración implica tres procesos; ventilación, difusión y perfusión. De acuerdo con lo anterior, se puede conceptualizar la respiración como un proceso mediante, el que se inspira y espira aire de los pulmones para introducir oxígeno y eliminar bióxido de carbono, agua y otros productos de oxidación, a través de los mismos.

Valoración de la presión arterial o presión sanguínea: Para su medición se requiere un esfigmomanómetro (baumanómetro) y un estetoscopio; el primero puede ser de mercurio o anerode y el segundo tiene un sistema de amplificación y control de tono.

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

Obtención de sangre: Serie de maniobras para obtener sangre a través de una venopunción.

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

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

Obtención de materia fecal

Concepto. Maniobras para obtener una muestra de materia fecal.

-Valorar características físicas de las heces.

-Detectar elementos anormales o parásitos en ellas.

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

Obtención de exudado vaginal: Procedimiento que se efectúa para obtener exudado vaginal (cuadro 9-25).

BIBLIOGRAFÍA:

UNIDAD II PROCESO DE ENFERMERÍA

2.1 PROCESO DE ENFERMERÍA

2.2 PRIMERA ETAPA. VALORACIÓN DE ENFERMERÍA

2.3 SEGUNDA ETAPA. DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

2.4 TERCERA ETAPA. PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS

2.5 CUARTA ETAPA. EJECUCIÓN

2.6 QUINTA ETAPA. EVALUACIÓN

2.7 ENTREVISTA CLÍNICA

2.8 EXPLORACIÓN FÍSICA

2.9 SIGNOS VITALES

2.10 RECOGIDA DE MUESTRAS BIOLÓGICAS