

UNIVERSIDAD UDS

“Universidad del sureste”

Carrera: Lic. En enfermería

Docente: Juana Inés Hernández López

Alumna: Andrea peralta arias

Materia: fundamentos de enfermería.

Nombre del trabajo: unidad 1.

- 1.1. Proceso de enfermería
- 1.2. Primera etapa. Valoración de enfermería
- 1.3. Segunda etapa. Diagnóstico de enfermería
- 1.4. Tercera etapa. Planificación de cuidados.
- 1.5. Quinta etapa. Ejecución y evaluación.
- 1.6. Bases semiológicas de la valoración del paciente
  - 1.7. Entrevista clínica
  - 1.8. Exploración física
  - 1.9. Signos vitales
  - 1.10. Recogidas de muestras biológicas

Grado y grupo: 1 cuatrimestre, “A”. Fecha de entrega: 25/09/2020

## 1.1. PROCESO DE ENFERMERIA

Características del proceso

- . Tiene una finalidad, se dirige a un motivo.
- . Es sistemático.
- . Es dinámico o interactivo.
- . Es flexible.
- . Tiene una base teórica y se puede aplicar a cualquier modelo de enfermería

Antecedente histórico

El PAE tiene orígenes, cuando se consideró en proceso en 1955, posteriormente se unieron otras teorías en 1959, Orlando 1961 y Wiedenbach en 1963.

PAE actualmente

- . Valoración.
- . Diagnostico.
- . Planificación.
- . Ejecución.
- . Evaluación.

## 1.2 primera etapa. Valoración de enfermería

Enfoque de pensamiento crítico sobre la valoración

La valoración es la recogida y sistemática de información sobre un paciente

Valoración de enfermera segunda etapa

- . Recogida de información de una fuente primaria (el paciente) y de las fuentes secundarias.
- . La interpretación y validación de los datos para garantizar una completa base de datos.

Recogida de datos

- . el paciente a través de las observaciones y exploración física.
- . los informes de los miembros de la familia y allegados y las respuestas a las entrevistas.

- . las convicciones del profesional.
- . los conocimientos profesionales.
- . habilidades.
- . comunicación de forma eficaz
- . observa sistemáticamente

Patrones funcionales de salud

La recogida de datos pone de manifiesto los hábitos y costumbres del individuo/familia determinando el funcionamiento positivo, alterado o en situación de riesgo con respecto al estado de salud.

entrevistas

Técnicas verbales

### 1.3 segunda etapa. Diagnóstico de enfermería.

Pasos de esta fase

- . Identificación del problema.
- . Formulación del problema.

Especificación de beneficios

- . investigación.
- . Docencia
- . Asistencial.
- . Gestion.

componentes

- . etiqueta descriptiva o título.
- Definición.
- . Características definitorias.
- . características que definen.
- . Factores etiológicos y contribuyentes o factores de riesgo

Tipos de diagnostico

Real: representa un estado que ha sido clínicamente validada mediante características definitorias principales identificables

Alto riesgo: es un juicio clínico de que un individuo, familia o comunidad son más vulnerables a desarrollar el problema que otros en situación igual o similar

Posible: son enunciados que describen un problema sospechoso para el que se necesitan datos adicionales. La enfermera debe confirmar o excluir

De bienestar: juicio clínico respecto a una persona grupo o comunidad en transición desde un nivel específico de bienestar hacia un nivel específico hacia un nivel más avanzado.

### 1.4 tercera etapa, planificación de cuidados

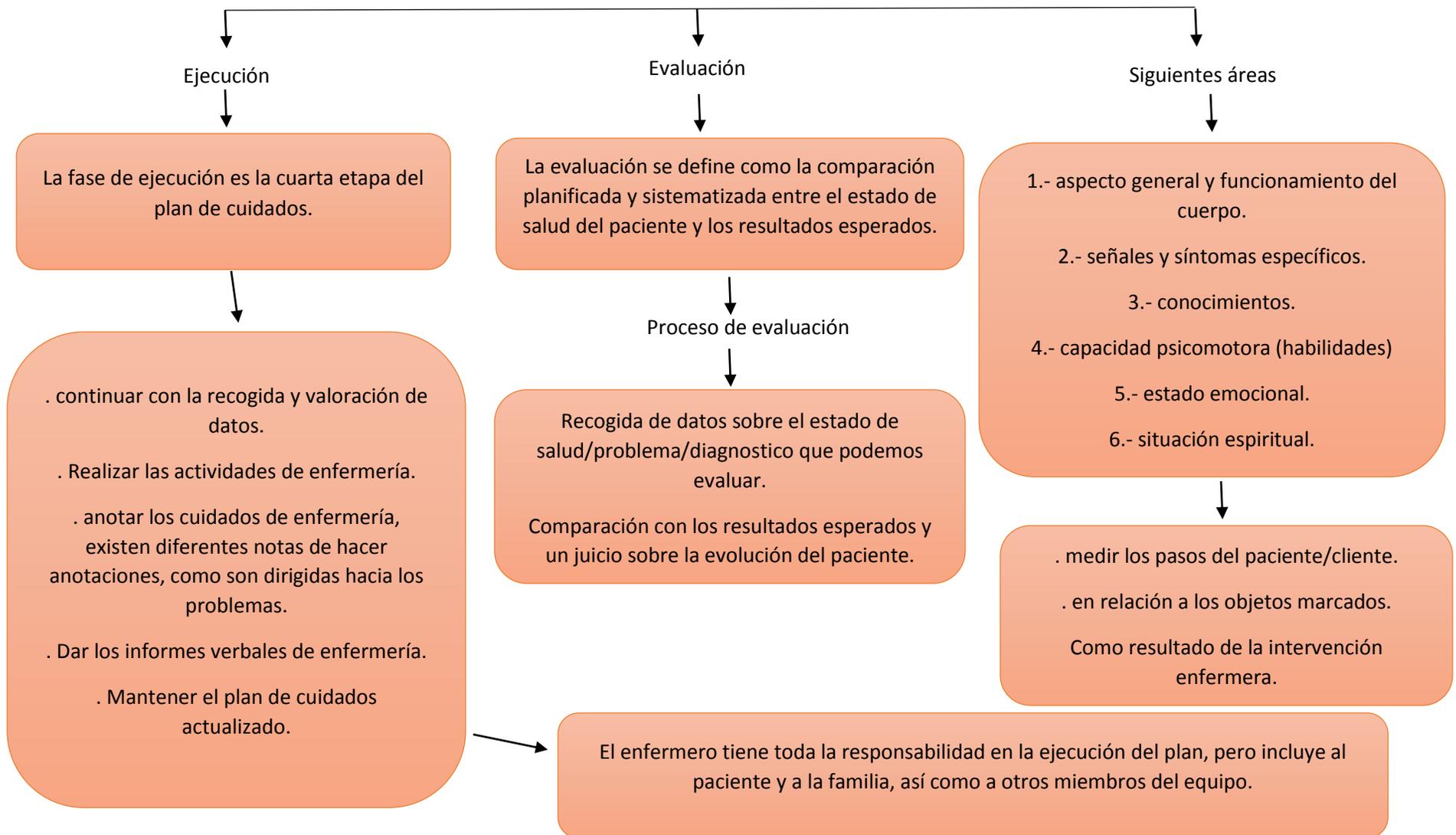
las fases de planeación del proceso de enfermería incluyen cuatro etapas carpetita (1987) e Iyer (1989).

En esta etapa se trata de establecer y llevar a cabo unos cuidados de enfermería, que conduzcan al cliente a prevenir, reducir, o eliminar los problemas detectados

#### Etapas del plan de cuidados

- . establecer prioridades en los cuidados.
- . planteamiento de los objetivos del cliente con resultados esperados.
- . elaboración de las actuaciones de enfermería.

## 1.5 cuarta y quinta etapa. Ejecución y evolución.



## 1.6 bases semiológicas de la valoración del paciente.

interrogatorio

Motivo de consulta

- . Semiología aplicada a la enfermería.
- . objetivo.
- . problema.
- . síntoma.
- . Signo.
- . Síndrome.
- . Historia clínica

- . Datos personales.
- . Motivo de consulta.
- . Enfermedad actual.
- . Hábitos, entre otros.

Es la razón (signo o síntoma) que lleva al paciente a la consulta. Lo que siente con mayor intensidad, lo que más le preocupa.

Enfermedad actual

Características de la historia clínica.

Datos personales

Es la narración del episodio que motivó a llegar a la consulta; en forma ordenada, cronológica y gramaticalmente, correcto.

Nombres, apellidos, edad, estado civil, sexo, entre otros.

Hábitos, antecedentes personales, antecedentes familiares.

- . Debe ser cierta, coherente y entendible.
- . Deben seguir un orden, no pueden faltarte datos, aunque sean negativos (E) fuma.
- . A través de ella obtenemos información para iniciar el razonamiento enfermero. Este razonamiento debe dirigirse a los problemas que plantea el usuario.

Historia clínica

Datos básicos, lista de problemas, notas de evaluación.

Datos básicos.

Exámenes interrogatorio, examen físico complementario.

## 1.7 entrevista clínica

Las enfermeras utilizan entrevistas centradas en el paciente, la historia clínica de enfermería, la exploración física y los resultados de durante una entrevista de valoración debemos animar a los pacientes a contar sus historias sobre sus enfermedades o problemas de salud

Método para recopilar la valoración integral.

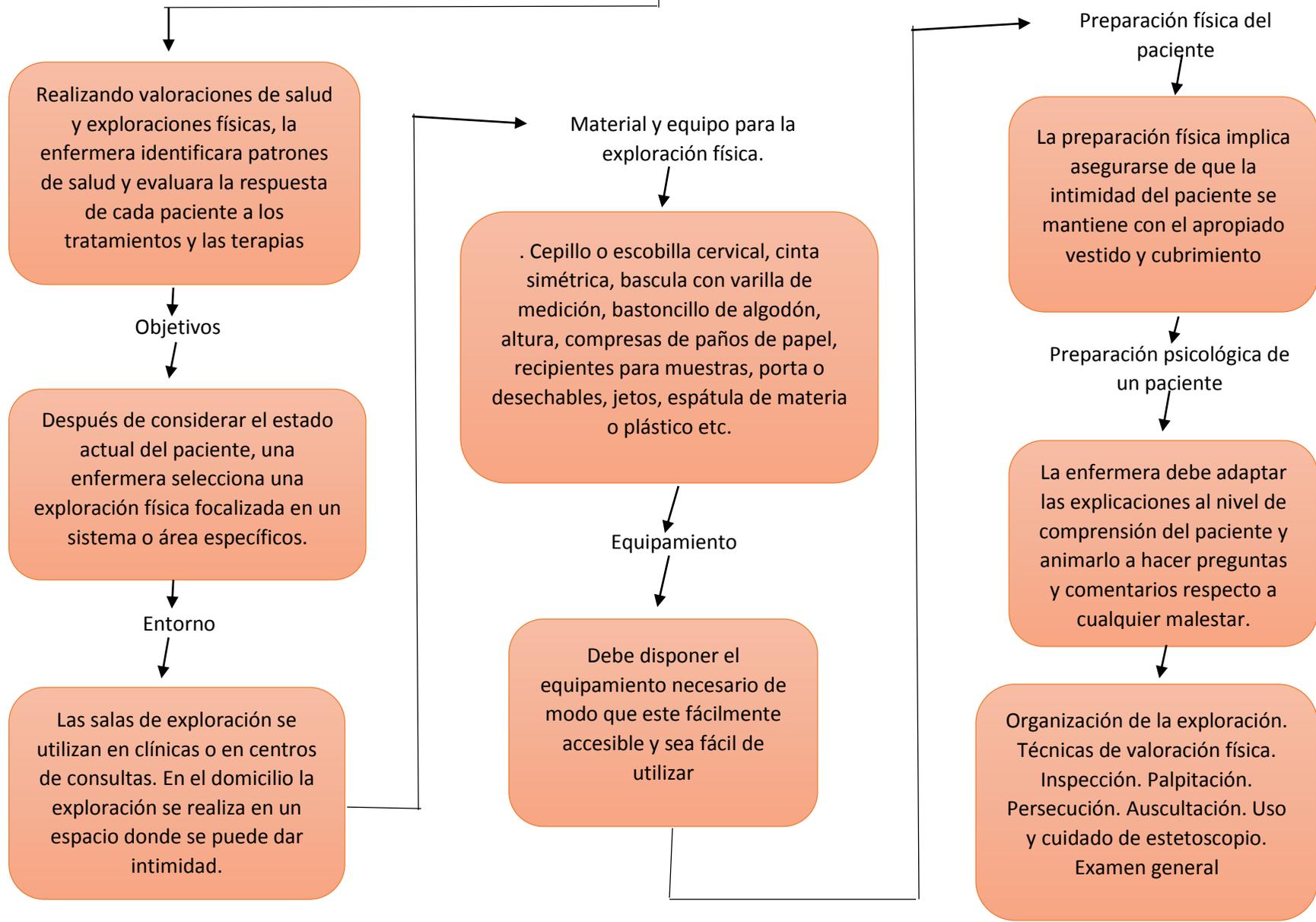
- . Utilizar un formato estructurado de base de datos y la utilización de un método focalizado en el problema.
- . Una vez que un paciente proporciona datos subjetivos, debemos explorar más hallazgos recogiendo datos objetivos.
- . Durante la valoración debemos anticipar y utilizar críticamente un conjunto ramificado y apropiado de preguntas u observaciones, recoger los datos y agrupar las señales.

una entrevista acertada requiere preparación incluyendo la revisión de toda información disponible sobre el paciente, la preparación, el entorno de la entrevista y la elección del momento para evitar interrupciones.

Entrevista inicial centrada en el paciente

- 1.- Preparar el escenario.
- 2.- recopilar la información sobre los problemas del paciente y establecer un programa.
- 3.- recoger la valoración o una historia clínica de enfermería y analizar la entrevista.

## 1.8 exploración física



## 1.9 signos vitales

### Constantes vitales

La medida de constantes vitales es más precisa si se termina antes de empezar los cambios o movimientos posturales

### Talla y peso

Hay que valorar a cada paciente para identificar si tiene un peso saludable, sobrepeso o es obeso.

Rango de temperatura: de 36° a 38°c (de 96,8° a 100,4. °F). Media de la oral/timpánica: 37°c (98,6 °F). Media rectal: 37,5°c (99,5 °F). Media axilar: 36,5°c (97,7 °F).

### Pautas para medir las constantes vitales.

Establecer una base de datos de las constantes vitales durante una exploración física habitual sirve como línea de partida para valoraciones futuras

### Temperatura corporal fisiológica

La temperatura corporal es la diferencia entre la cantidad de calor producida por los procesos corporales y la cantidad de calor al entorno.

Pulso: de 60 a 100 latidos/min. Respiración: de 12 a 20 respiración por min. Presión arterial: media <120/<80 mmHg. Presión del pulso: de 30 a 50 mmHg.

### Producción de calor

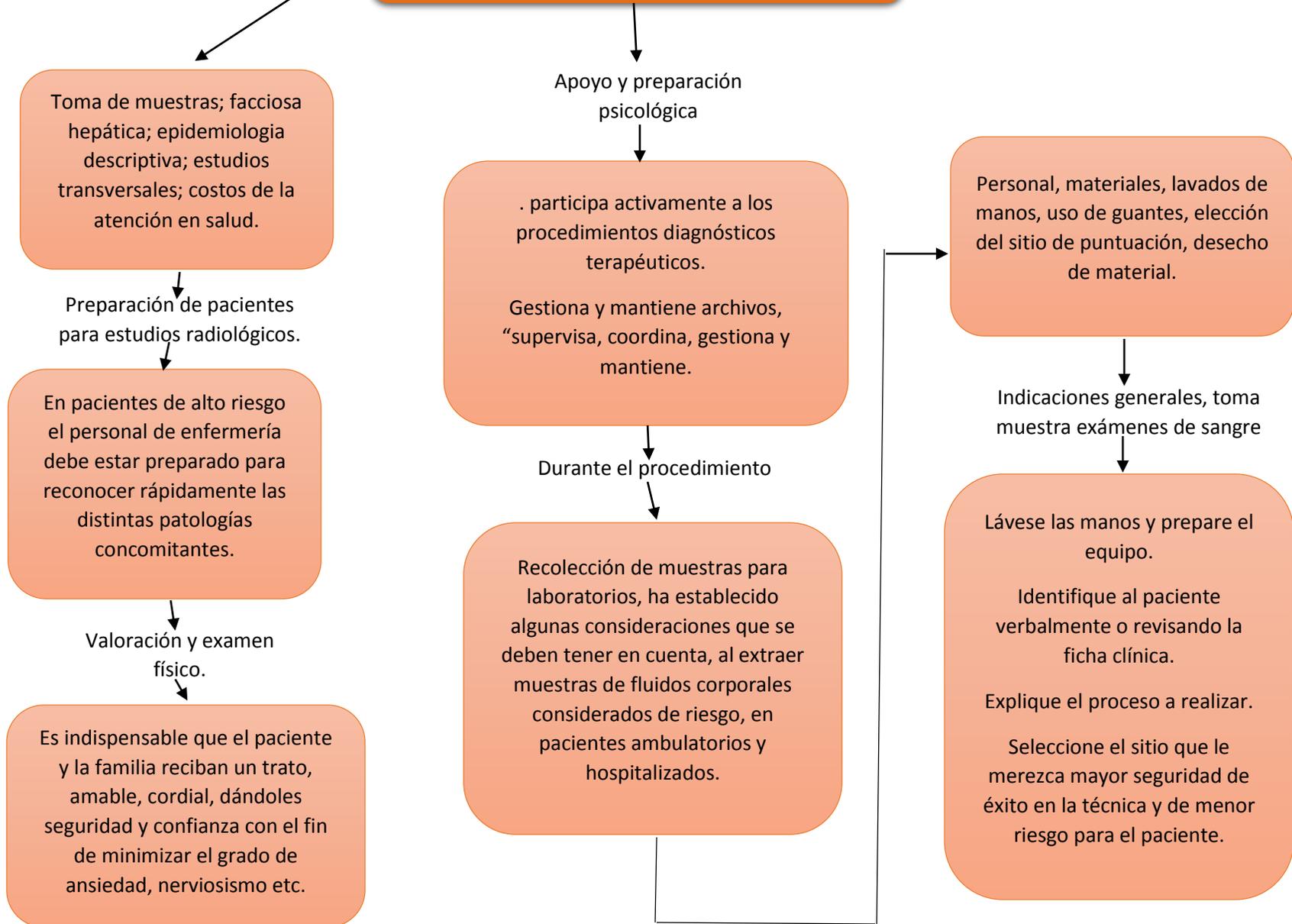
El calor producido por el cuerpo es un derivado del metabolismo, que es la reacción química en todas las células corporales

### Pulso

La sangre fluye a través del cuerpo en un circuito continuo. El pulso es un indicador del estado circulatorio

Valoración del pulso, respiración, valoración de la ventilación, alteraciones del patrón respiratorio, frecuencia respiratoria, ritmo de ventilación etc.

## 1.10. recogidas de muestras biológicas





UNIVERSIDAD UDS

“Universidad del sureste”



Carrera: Lic. En enfermería

Docente: Juana Inés Hernández López

Alumna: Andrea peralta arias

Materia: fundamentos de enfermería.

Nombre del trabajo: unidad 2.

2.1.- patrón percepción-manejo de la salud. 2.2.-aepsia. 2.3.-administracion de alimentos. 2,4.-Patron cognitivo-perceptual

2.5.- valoración y alivio del dolor. 2.6.-Patron nutricional metabólico. 2.7.- nutrición. 2.8.-valoracion del patrón nutricional.

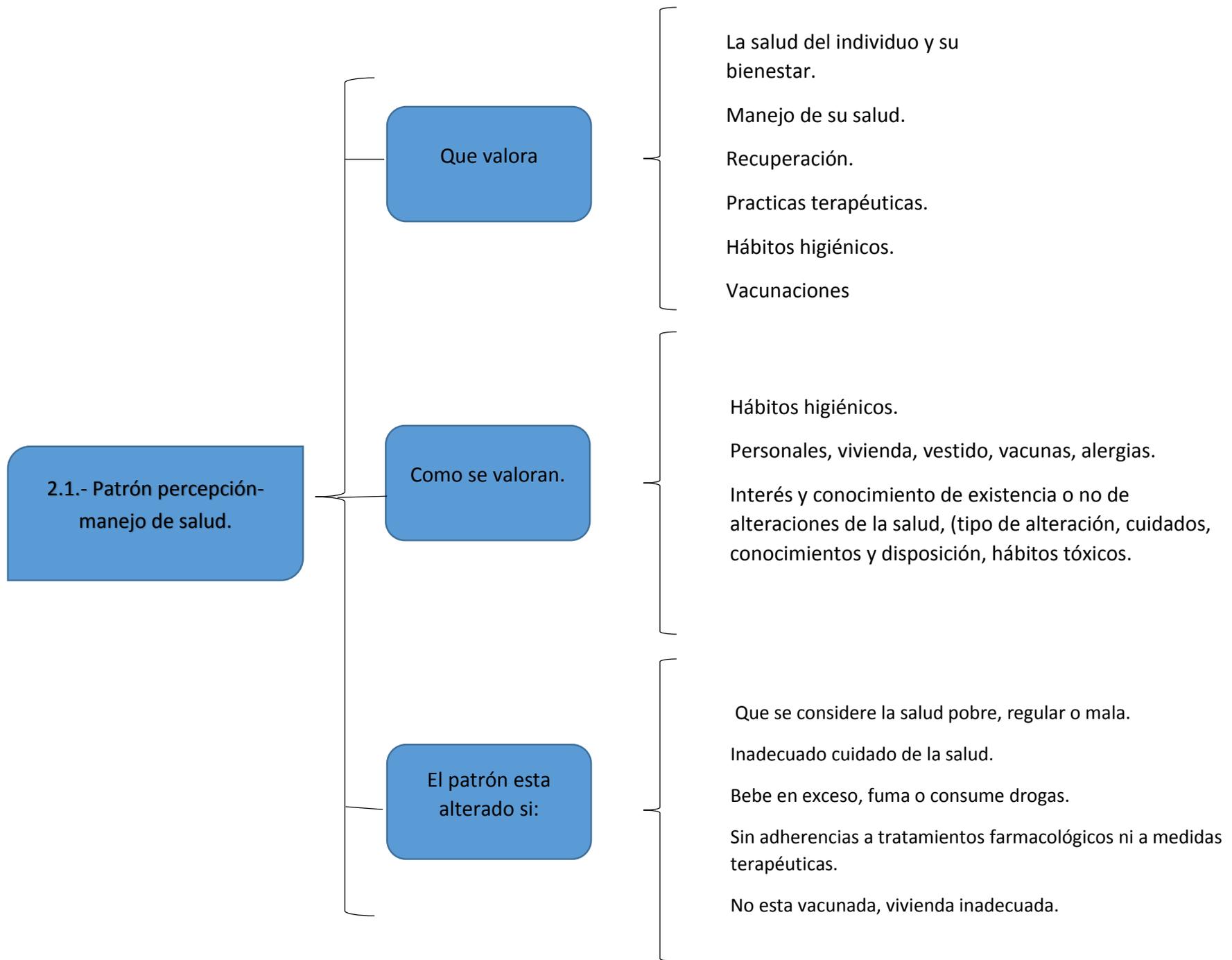
2.9.-cuidado de pacientes con problemas nutricionales. 2.10.- termorregulación.

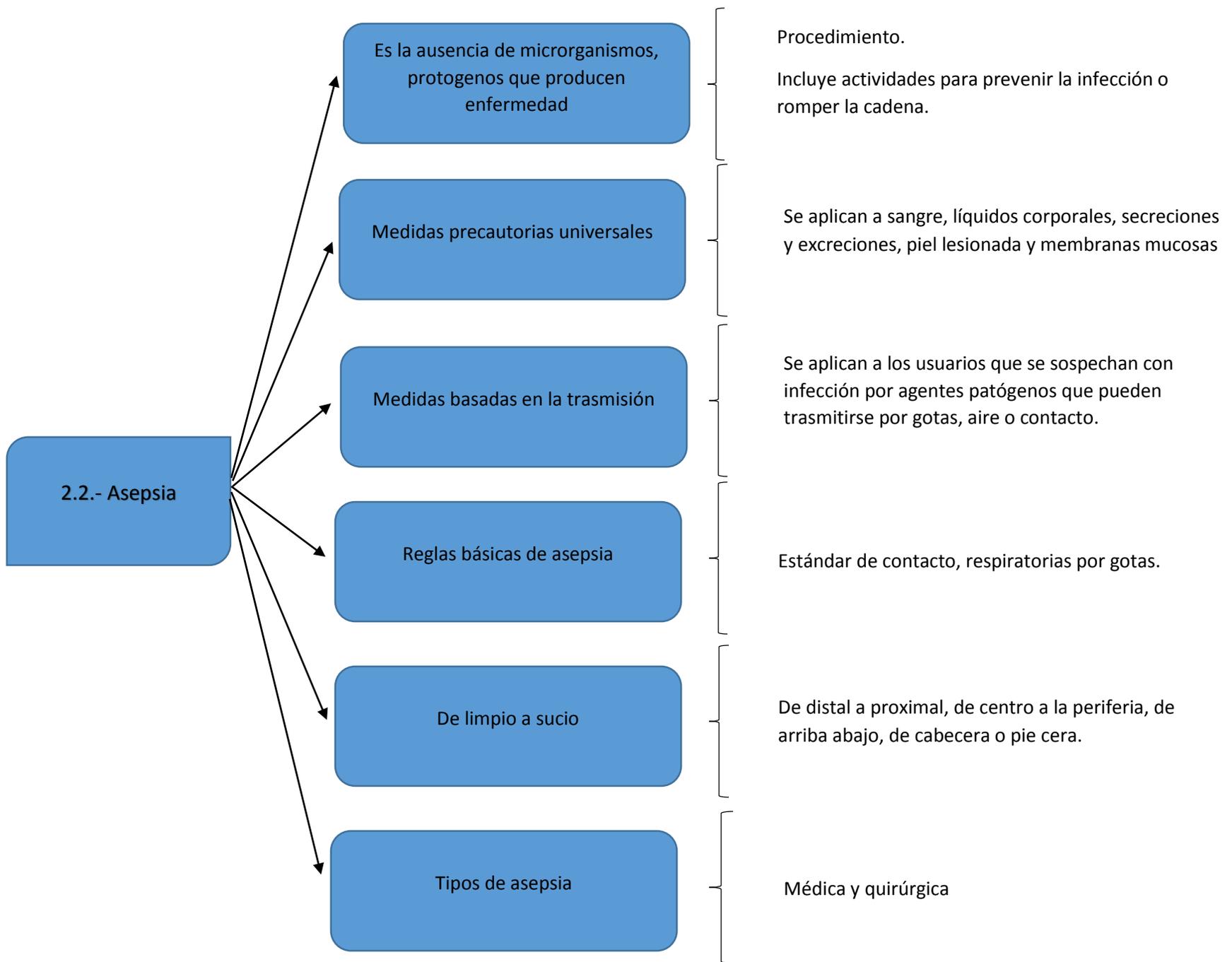
2.11.- valoración del patrón termorregulación. 2.12.- cuidados de pacientes con problemas de termorregulación.

2.13.-piel mucosa y anexos. 2.14.-valoracion de la piel y anexos.

2.15.- higiene del paciente. 2.16.-valoracion de la piel y anexos.

Grado y grupo: 1 cuatrimestre, “A”. Fecha de entrega: 25/09/2020





### 2.3 administración de medicamentos

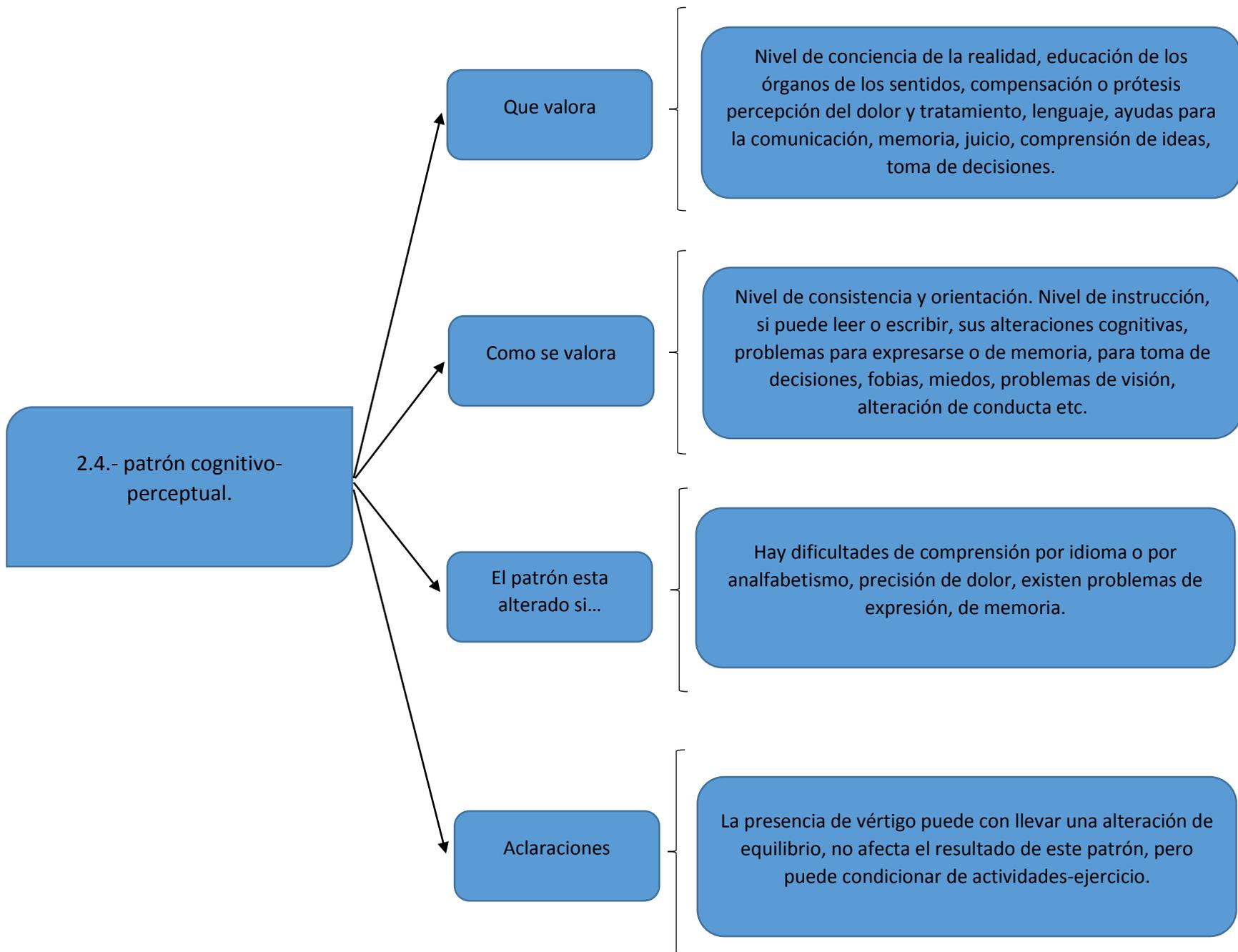
La dosis es la cantidad, porción o tamaño de medicamento que debe administrarse en una sola ocasión para lograr un efecto específico, la dosis determina la edad, el peso corporal, la condición de la persona, la vía de administración, sexo y los factores psicológicos y ambientales.

#### objetivo

- . Describir los mecanismos fisiológicos de la acción de los medicamentos.
- . diferenciar diversos tipos de medicamentos.
- . analizar factores del desarrollo que influyen en la farmacocinética.
- . analizar los factores que influyen las acciones de los medicamentos.
- . analizar los medicamentos utilizadas para educar a los pacientes sobre los medicamentos prescritos.

#### Base desconocimiento científico.

Debido a que la administración y evaluación de medicamentos son una parte fundamental de la práctica en enfermería, las enfermeras deben tener conocimientos sobre las acciones y los efectos de los medicamentos tomados por sus pacientes



2.5.- valoración y alivio de dolor.

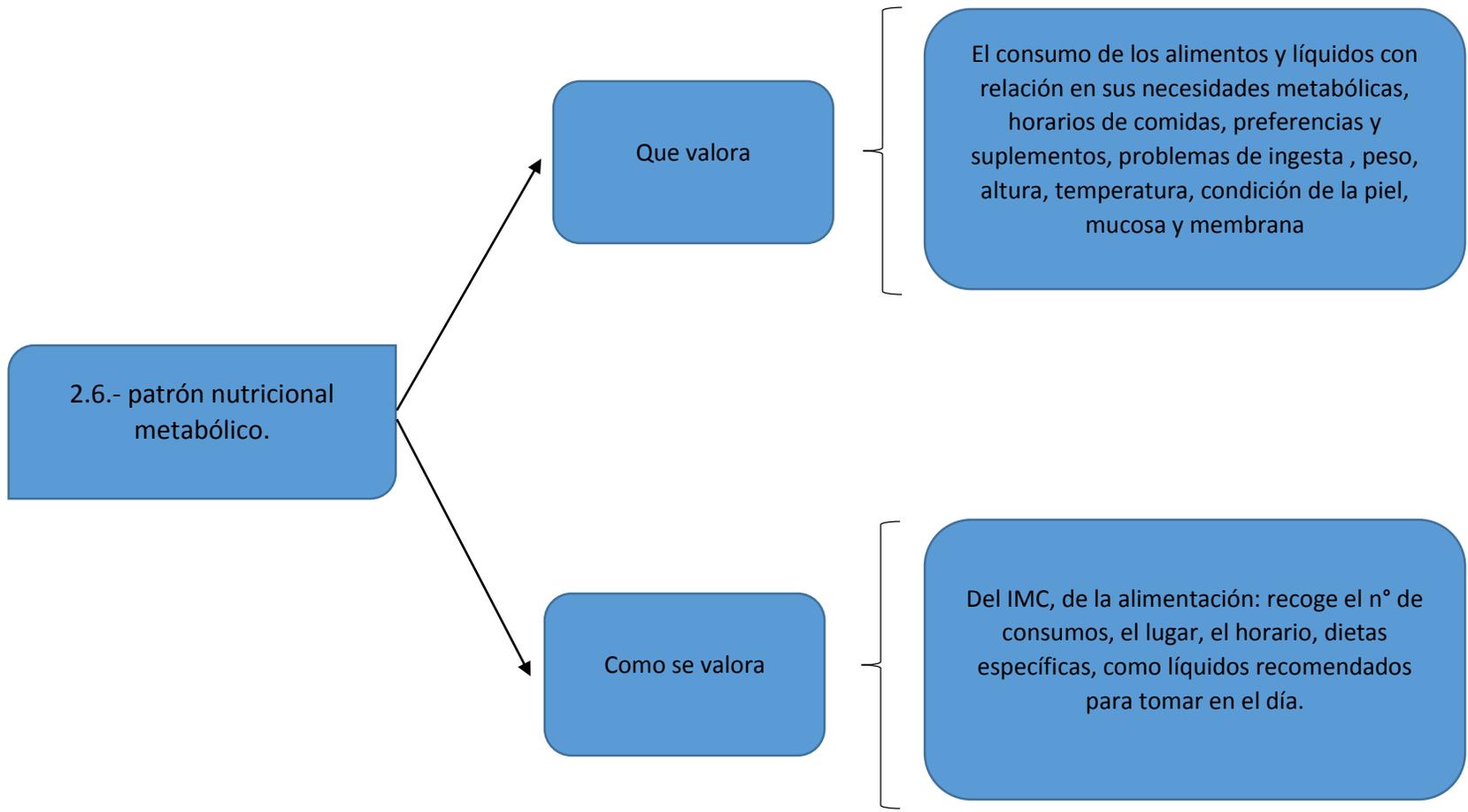
Parámetros del dolor que se valoran.

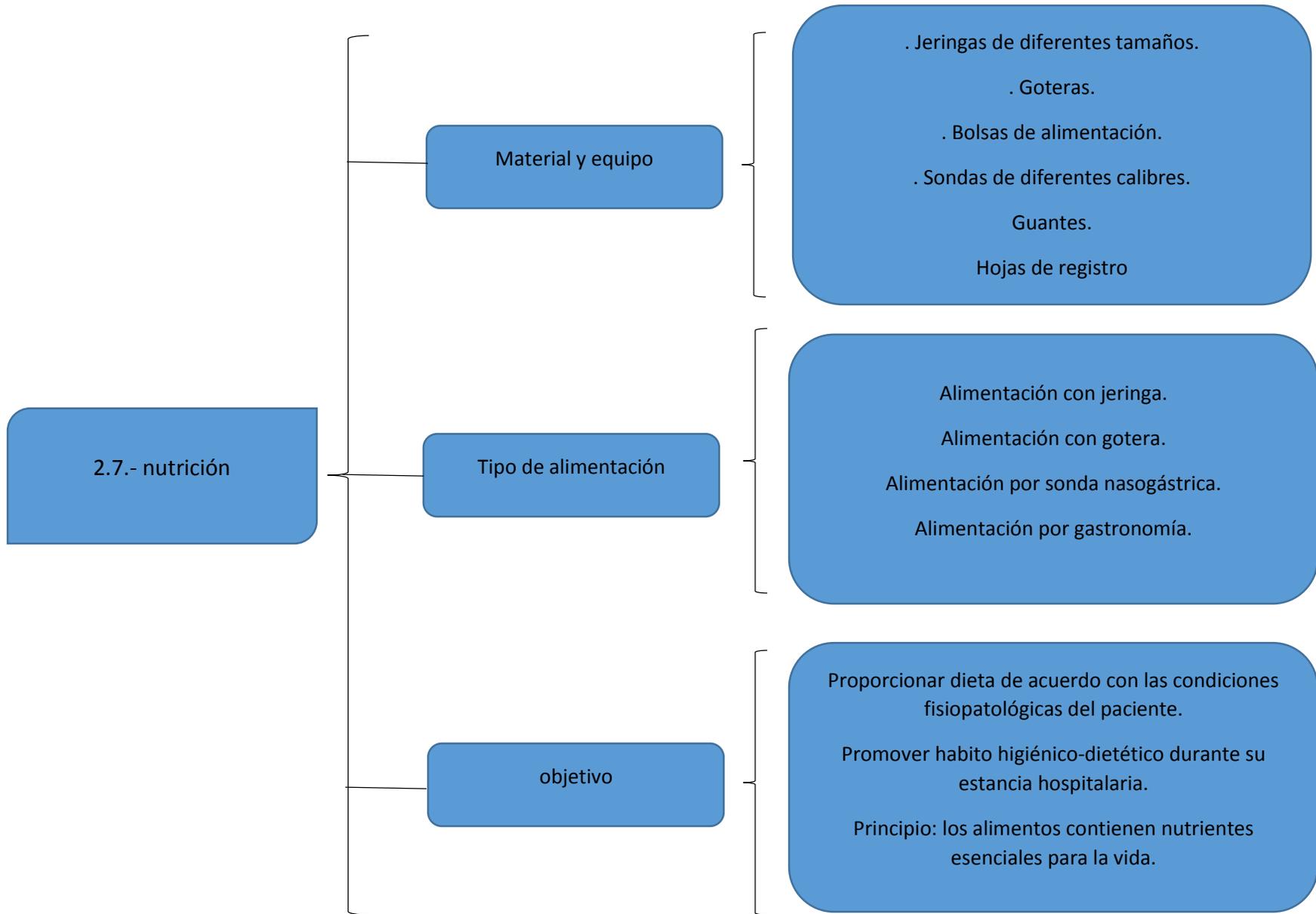
- Localización del dolor
- Factores desencadenantes, irradiación del dolor.
- Intensidad del dolor.
- Frecuencia temporal (intermitente, continuo)

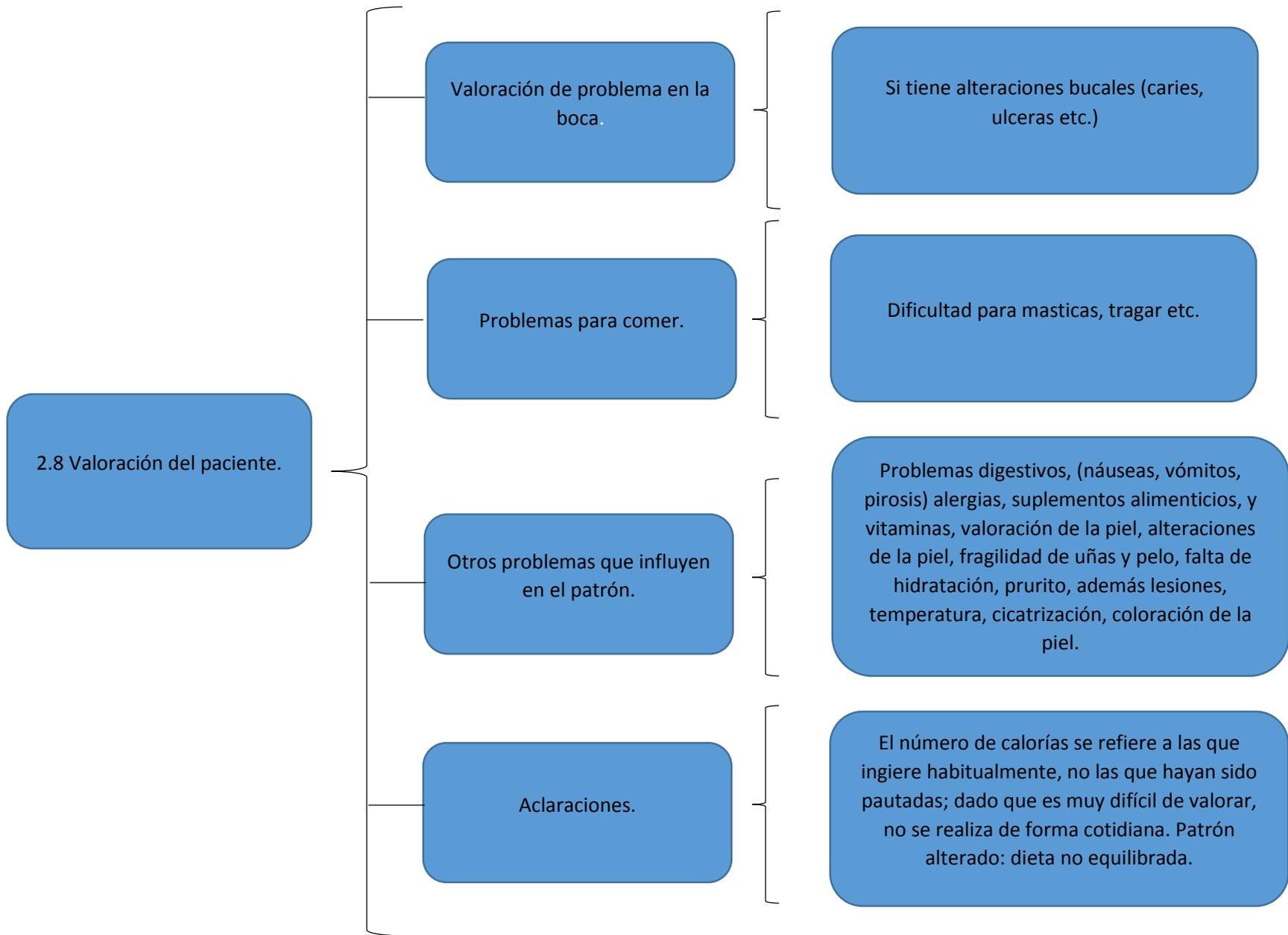
Para valorar la intensidad del dolor.

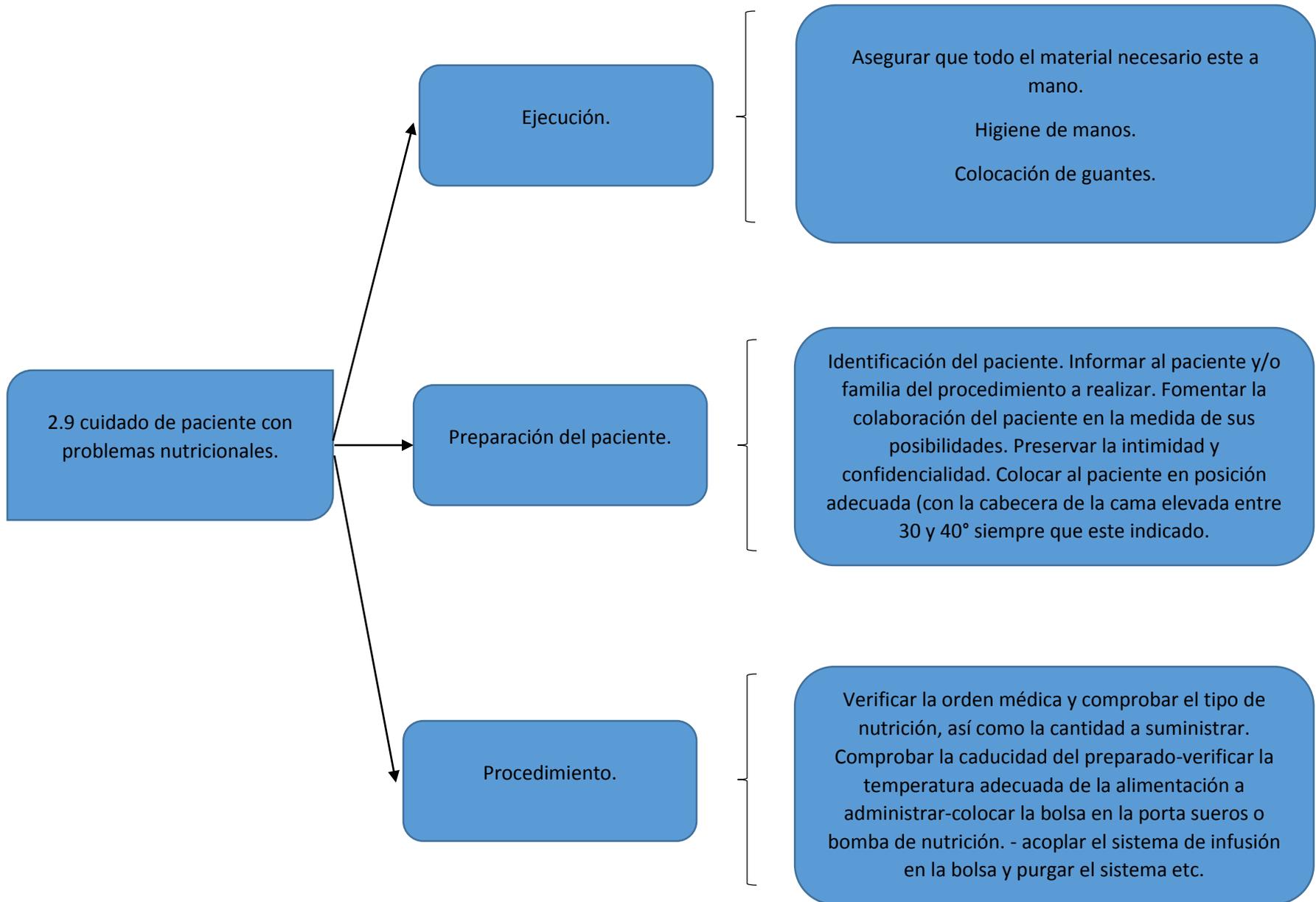
- Utilizaremos la escala (NRS)
- La escala visual analógica (EVA)
- Escala facial y escala PAINAD en función de las características de las escalas y del paciente (estado cognitivo, emocional, y de lenguaje).

La enfermera responsable del paciente valora estos parámetros, los registra en la historia clínica (valoración inicial de enfermería) y asignara la agrupación de cuidados para la valoración y manejo del dolor en función de la valoración realizada (necesidad alterada: seguridad, intervención, manejo del dolor.)









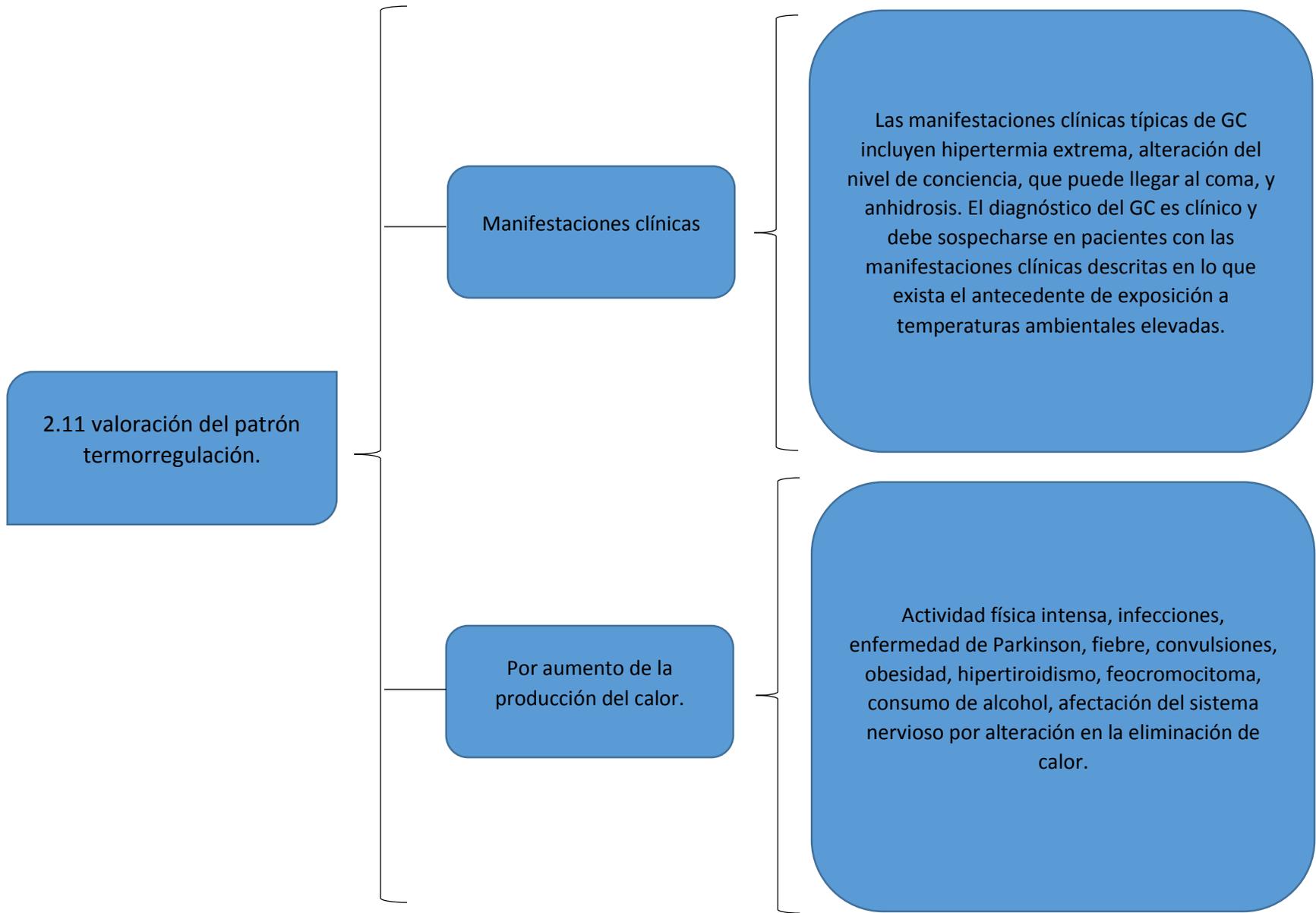
## 2.10 termorregulación.

El centro encargado del control térmico se encuentra en grupos neuronales del núcleo pre óptico del hipotálamo anterior, que reciben información de los receptores térmicos cutáneos, de los situados en grandes vasos, viseras, abdominales y medula espinal y de la sangre que pre funde el hipotálamo.

Es una respuesta compleja e inespecífica mediada por mecanismos neuroendocrinos inmunológicos, autonómicos, y conductuales, que representa un reajuste al alza del centro termorregulador.

A pesar de las diferencias en su fisiopatología la presentación clínica de la fiebre y la hipotermia es similar. La hipotermia se define como un descenso de la temperatura central del organismo por debajo de lo 35° C.

La clasificación más aceptada de la hipotermia se basa en la temperatura corporal; se denomina hipotermia leve a la que cursa con temperatura entre 32-35° C, moderada entre 28 y 32°C Y grave por debajo de 28° C. según la rapidez de la perdida.



2.12.- cuidados de pacientes con problemas de termorregulación.

hipertermia

Control de signos vitales.

Evaluar el color y la temperatura cutánea.

Descobijar al paciente.

Administre líquidos orales frecuentemente.

Medir los aportes y pérdidas.

Disminuir la actividad física.

Administrar anti piréticos.

Higiene bucal.

Control por medios físicos.

hipotermia

Valorar signos vitales.

Trasladar al paciente a un ámbito cálido.

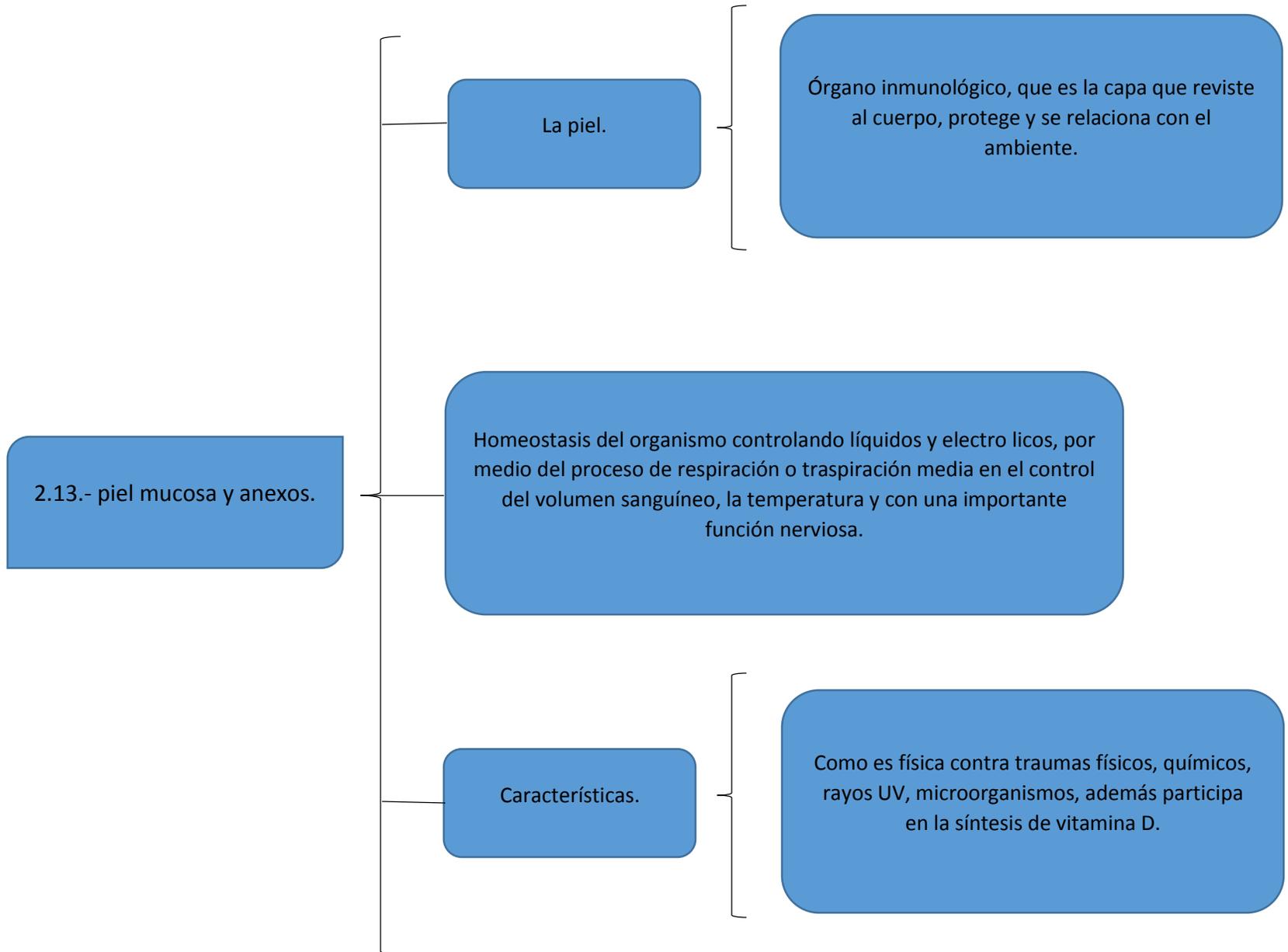
Mantener las extremidades cerca del tronco.

Cubrir la cabeza con un gorro o turbante.

Administrar líquidos calientes por IV.

Administrar líquidos calientes por VO.

Aplicar mantas y/o compresas calientes.



2.14.- Valoración de la piel y anexos.

valoración

Con examen físico completo, prestando especial atención a los riesgos de traumatismos y enfermedades que puedan afectar al proceso de cicatrización.

Valoración periódica nutricional con instrumento válido.

Una valoración integral que influya los aspectos psico-sociales, formas de afrontamiento y de adaptación.

Valoración del entorno de cuidados, identificando a la persona cuidadora principal y valorando actitudes, habilidades, conocimientos, medios materiales y apoyo social.

Anexos de la piel y uñas

Pelos.

Calvicie.

Alopecia.

Hirsutismo.

Uñas.

2.15.- Higiene del paciente.

Evaluación de los siguientes aspectos.

Humedad y untuosidad.  
Color.  
Turgor y elasticidad.  
Temperatura.  
Lesiones (primarias y secundarias.)  
Anexos de la piel, pelo y uñas.

Colaboración de la piel depende de varias características

La cantidad de pigmento melánico; melanina; depende de la raza, la herencia, y la exposición al sol. Lo opuesto sucede cuando falta pigmento mecánico.  
El grosor de la piel y su perfusión sanguínea.

Se trata de una cianosis periférica, por ejemplo, por vasoconstricción debido a ambiente frío, la lengua esta rosada, pero se aprecia el color violáceo en los labios, las orejas y las manos.

El objetivo de la higiene consiste en situar al individuo en las condiciones mas favorables frente a los riesgos del ambiente.

