



---

## *UNIDAD I PROCESO DE ENFERMERÍA*

---

Mapa conceptual: Proceso de enfermería.



Asignatura: Fundamentos de enfermería I.

Profesora: Juana Inés Hernández.

1ero Grupo A.

Alumna: Jessica Amairani Vázquez Gómez.

Matricula: 409420120.

# Proceso de enfermería

Es un

Proceso de interacción enfermera-paciente para la investigación e indagación de las afecciones del paciente usado para brindar una atención individualizada al paciente.

Sirve para

Construir una estructura que trate de forma individualizada las necesidades del paciente, la familia y la comunidad. Presentando los cuidados adecuados para cada paciente.

## Antecedentes históricos

1955.- Fue considerado un proceso y posteriormente se unieron Jhonson (1959), Orlando (1961) y Wiedenbach (1963). Consistía en un proceso de 3 etapas: Valoración, planeación y ejecución.

1967.- Yura y Walsh establecieron 4 etapas: Valoración, planificación, realización y evaluación.

1974-1976.- Fue incluida la etapa diagnóstica por Bolch, Roy y Aspinall quedando PAE como actualmente se conoce: Valoración, Diagnóstico, Planeación, ejecución y valoración.

## características

Resuelto. - Va dirigido a un objetivo.

Sistemático. - Utiliza un enfoque organizado para lograr su propósito.

Dinámico. - Implica un cambio continuo acorde a las respuestas humanas.

Interactivo. - Se centra en las respuestas del paciente obtenidas en la relación enfermera-paciente.

Flexible. - Se adapta a la práctica de enfermería en cualquier situación o área de especialización que se ocupe de individuos

Posee una base teórica. - Se sustenta en una amplia variedad de conocimientos que pueden aplicarse a cualquiera de los modelos teóricos de enfermería.

## Etapas

Valoración. - Recopilación de datos del paciente y su estado de salud. Usado para validarlos, organizarlos y registrarlos.

Diagnóstico. - Identificación del problema y se formula tanto los diagnósticos de enfermería como los problemas interdependientes.

Planificación. - Organización del plan de cuidados, estableciendo prioridades elaborando las intervenciones y procediendo a su documentación y registro

Ejecución. - Se lleva a la práctica el plan de cuidados establecido individualmente a cada paciente.

Evaluación. - Eficacia y efectividad. Pueden resolverse los diagnósticos establecidos o pueden surgir otros nuevos para los cuales se tendrá que modificar el plan de cuidados para que la atención resulte efectiva.

1ra etapa. – Valoración de enfermería.

Es la

Obtención, organización, validación y registro sistemático y continuo de datos de información.

Sirve para

Establecer una base de datos sobre las necesidades, problemas de salud y las respuestas a los problemas/malestares percibidos por los pacientes

Tipos

V. Inicial. – Recolección de los datos personales del paciente, en la cual se realiza la historia del paciente.

V. Focalizada. – Profundiza respecto a las afecciones del paciente buscando a detalle el origen de la afección del paciente por medio de un cuestionario predeterminado.

V. Urgente. – Este tipo de valoración se da cuando la vida del paciente esta en riesgo o hay una afectación que requiera de un trato urgente. Allí solo importa tratar al paciente a la brevedad.

Nueva Valoración. – Consiste en entrar en nuevos detalles, buscando tratar las partes omitidas durante las valoraciones previas.

Finalidades

Obtener información específica y necesaria para el diagnóstico enfermero y la planificación de cuidados.

Permite al paciente informarse y participar en la identificación de afecciones.

Ayuda a la enfermera a determinar otras áreas que requieran un análisis específico a lo largo de la valoración

Inspección. – Examen visual y global del paciente centrándose en características físicas

Palpación. – Utiliza el tacto para determinar ciertas características de la estructura corporal debajo de la piel.

Percusión. – Da golpes con uno/varios dedos sobre la superficie con el fin de obtener sonidos.

Auscultación. – Escucha los sonidos provocados por los órganos del cuerpo con la ayuda del estetoscopio.

Técnicas

Métodos para la recolección de datos

Entrevista clínica. – Consiste en una lista de preguntas predeterminada realizadas al paciente /familiar del paciente, utilizada para redactar la historia clínica del paciente. Además de que facilita la relación enfermera-paciente.

Observación. – Utiliza los sentidos para la obtención de información que pueda ser de utilidad para la historia clínica.

Bibliografías. – Consulta de artículos médicos, libros de texto, entre otras cosas.

Exámen Físico. – Determina a profundidad la respuesta del paciente al proceso de la enfermedad. Ayudando a obtener una base de datos para establecer comparaciones y valorar la eficacia de las actuaciones y descartar/confirmar los datos subjetivos obtenidos durante la entrevista.

Personal de salud. – Durante una urgencia, el personal que atendió previamente al paciente puede proporcionar información de utilidad para la historia clínica.

## Segunda etapa; diagnóstica de enfermería.

Consiste en ser

Enunciado del problema real o en potencia del paciente que requiera de la intervención de enfermería con el objeto de resolverlo o disminuirlo. En ella se va a exponer el proceso mediante el cual estaremos en condiciones de establecer un problema clínico y de formularlo para su posterior tratamiento, bien sea diagnóstico enfermero o problema interdependiente.

Su función

Identificación de problemas: o Análisis de los datos significativos, bien sean datos o la deducción de ellos, es un planteamiento de alternativas como hipótesis. Formulación de problemas. Diagnóstico de enfermería y problemas interdependientes. Investigación: Determinar la compatibilidad de una taxonomía con cada uno de los modelos conceptuales. o Validar en distintos ámbitos culturales las características definitorias y los factores relacionados de los Diagnósticos de Enfermería aceptados. o Comparar la eficacia de las diversas intervenciones propuestas ante un mismo Diagnóstico.

Se usan

### *Tipos de diagnóstico.*

Se conocen como

Real: representa un estado que ha sido clínicamente validado mediante características definitorias principales identificables. Tiene cuatro componentes: enunciado, definiciones características que lo definen y factores relacionados.

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. Para respaldar un Diagnóstico potencial se emplean los factores de riesgo

## Tercera etapa; Planificación de cuidados

Se realiza al

Concluir la valoración e identificado las complicaciones potenciales (problemas interdependientes) y los diagnósticos enfermeros, se procede a la fase de planeación de los cuidados o tratamiento enfermero. En esta fase se trata de establecer y llevar a cabo unos cuidados de enfermería, que conduzcan al cliente a prevenir, reducir o eliminar los problemas detectados.

Una vez dado se

Establece prioridades en los cuidados. Selección. Todos los problemas y/o necesidades que pueden presentar una familia y una comunidad raras veces pueden ser abordados al mismo tiempo, por falta de disponibilidad de la enfermera, de la familia, posibilidades reales de intervención, falta de recursos económicos, materiales y humanos

Seguido de

El planteamiento de los objetivos del cliente con resultados esperados. Esto es, determinar los criterios de resultado. Describir los resultados esperados, tanto por parte de los individuos y/o de la familia como por parte de los profesionales.

Se define la

Elaboración de las actuaciones de enfermería, esto es, determinar los objetivos de enfermería (criterios de proceso). Determinación de actividades, las acciones especificadas en el plan de cuidados corresponden a las tareas concretas que la enfermera y/o familia realizan para hacer realidad los objetivos.

## Ejecución

Consiste en ↓

Poner en práctica el plan de cuidados previamente elaborado.

### Actividades a realizar:

- Continuidad de la recogida y valoración de datos profundizando en la valoración de datos que quedaron sin comprender.
- La propia ejecución de la intervención.
- fuente de nuevos datos para revisar teniéndolos en cuenta como confirmación diagnóstica o como nuevos problemas.
- Anotar los cuidados de enfermería.
- Dar informes verbales
- Actualizar el plan de cuidados constantemente.

# Evaluación

Es la

Comparación planificada y sistematizada entre el estado de salud del paciente y los resultados esperados.

## Proceso de evaluación

- Recogida de datos sobre el estado de salud/problema/Diagnóstico a evaluar.
- Comparación de resultados esperando un juicio de la evaluación del paciente hacia la consecución de los resultados esperados

## Aspectos a evaluar

1. General funcionamiento del cuerpo mediante la observación y el examen físico además del examen de la historia clínica.
2. Señales y síntomas específicos: mediante la observación, la entrevista, examen de la historia.
3. Conocimientos: entrevista al paciente y cuestionarios (test).
4. Capacidad psicomotora: Observación durante la realización de la actividad.
5. Estado emocional. observación directa (lenguaje corporal y expresión verbal de emociones), información dada por el resto del personal.
6. Situación espiritual: Entrevista al paciente, información dada por el resto del personal.

## Resultados esperados

- El paciente ha alcanzado el resultado esperado.
- El paciente está en proceso de lograr el resultado esperado. Puede conducir a plantearse otras actividades.
- El paciente no ha alcanzado el resultado esperado y no parece que lo vaya a conseguir. Se debe realizar una nueva revisión del problema

Bases semiológicas de la valoración del paciente

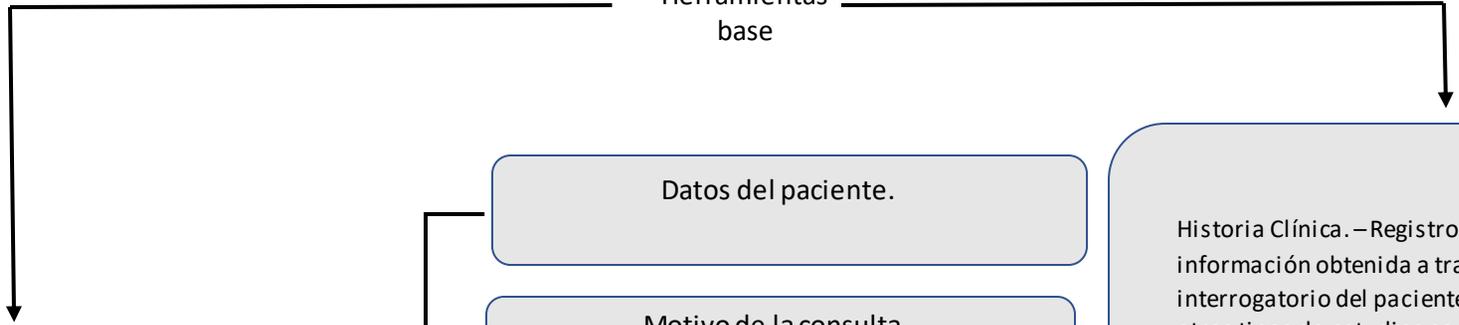
Es

El estudio de los signos/síntomas del paciente ante una enfermedad.

Sirve para

Redactar un diagnostico enfermero a partir de los datos recabados durante el interrogatorio, el examen físico y los estudios complementarios.

Herramientas base



Interrogatorio.- permite al paciente exponer su problema de salud por medio de una entrevista predeterminada, utilizada para no perder el hilo de concentración.

Temas a tratar

Datos del paciente.

Motivo de la consulta.

Enfermedad actual.

Hábitos.

Antecedentes personales.

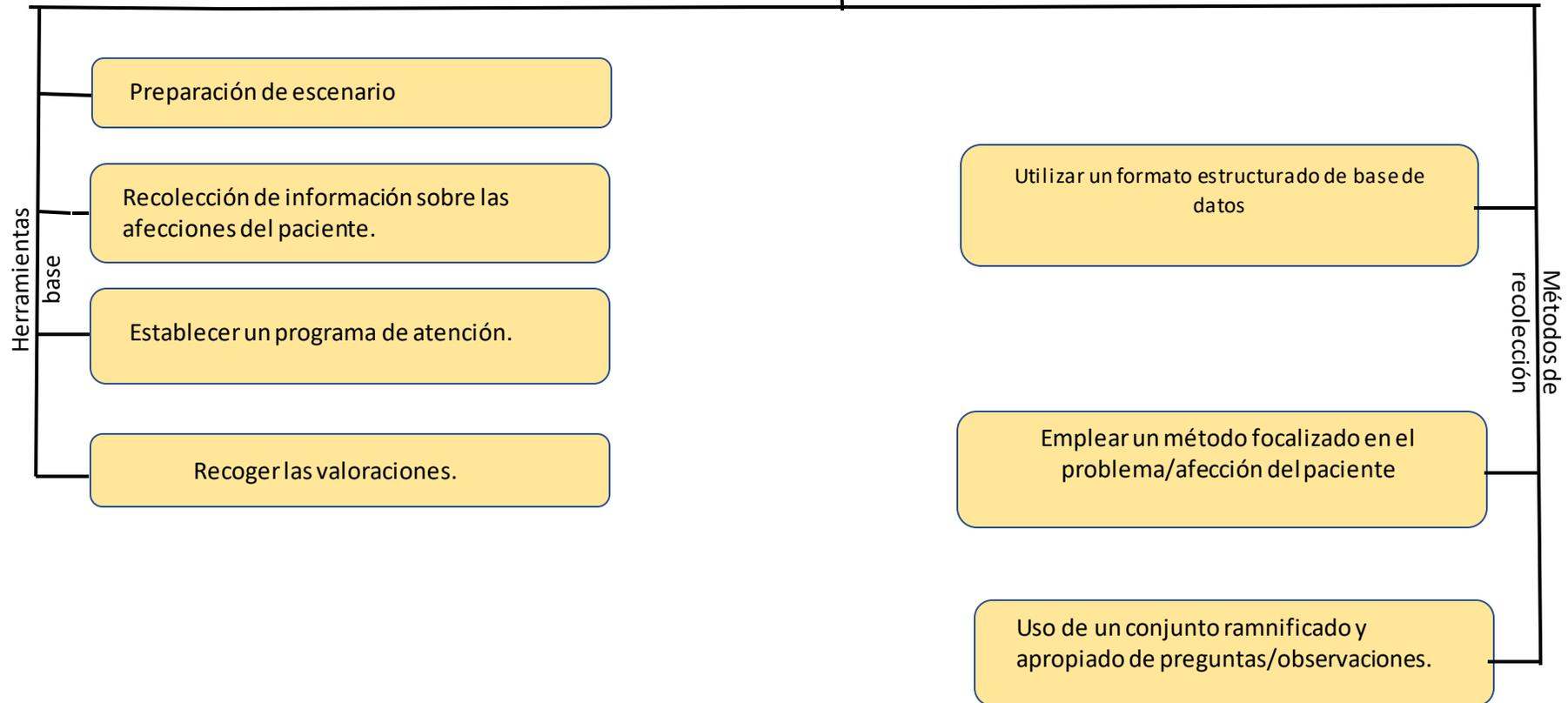
Antecedentes familiares.

Historia Clínica.- Registro completo de la información obtenida a través del interrogatorio del paciente, examen físico y otros tipos de estudios complementarios.

# Entrevista Clínica.

Consiste en

Una entrevista usada por el personal de enfermería para animar al paciente a relatar sus problemas de salud para así redactar la historia clínica del paciente.



# Exploración física

La exploración física se realiza como una evaluación inicial en el triaje para la atención de urgencia

Sirve para

para determinar la elegibilidad para el seguro médico, el servicio militar o un nuevo trabajo, o para ingresar a un paciente en un hospital o en una institución de atención de larga estancia.

## Preparación

**Se debe utilizar la exploración física para:**

- Recopilar los datos basales sobre el estado de salud del paciente.
- Apoyar o refutar los datos subjetivos obtenidos en la historia de enfermería.
- Identificar y confirmar los diagnósticos de enfermería.
- Tomar las decisiones clínicas sobre el estado de salud cambiante de un paciente y su manejo.
- Evaluar los resultados de los cuidados.

**Entorno**

Una exploración física respetuosa y considerada requiere intimidad. Ej.

- la habitación de un paciente.
- Las salas de exploración.
- el dormitorio del paciente.

**Preparación física**

- Se debe asegurarse de que las necesidades físicas de confort están satisfechas.
- asegurarse de que la intimidad del paciente se mantiene con el apropiado vestido y cubrimiento.
- Se debe proporcionar intimidad al paciente y el tiempo necesario para desnudarse para evitar la vergüenza.

**Preparación psicológica**

- Se debe transmitir un enfoque abierto y profesional sin dejar de estar relajada.
- debe considerar las normas culturales o sociales al realiza una exploración en una persona del sexo opuesto.
- hay que vigilar las respuestas emocionales del paciente observando si sus expresiones faciales muestran miedo o preocupación o si los movimientos del cuerpo indican ansiedad.

## Técnicas de valoración física

**Inspección**

se debe mirar, escuchar y oler cuidadosamente para distinguir los resultados normales de los anormales.

**Palpación**

La palpación implica usar el sentido del tacto para recopilar la información. palpa la piel para conocer la temperatura, humedad, textura, turgencia, sensibilidad y grosor, y el abdomen para conocer la sensibilidad, distensión o masas.

**Percusión**

La percusión implica golpear ligeramente la piel con las yemas de los dedos para hacer vibrar los tejidos y órganos subyacentes.

**Auscultación**

La auscultación implica escuchar los sonidos que el cuerpo hace para detectar variaciones de lo normal. Algunos sonidos como el habla y toser se pueden valorar sin equipamiento adicional, pero es necesario un estetoscopio para valorar los ruidos internos del cuerpo.

## Material y equipo para la exploración física

- Cepillo o escobilla cervical (si es necesario)
- cinta métrica
- Báscula con varilla de medición de la
- Bastoncillos de algodón
- Compresas/paños de papel
- Recipientes para muestras
- Cortinas/fundas y fijador citológico
- Gráfico oftálmico
- Torundas estériles
- Linterna y foco
- Estetoscopio
- Formularios
- Cinta métrica
- Termómetro
- Guañtes sin látex
- Pañuelos de papel
- Bata para el paciente
- Depresores linguales
- Oftalmoscopio
- Dia pasón
- Otoscopio
- Especulo vaginal
- Medio líquido para citologías
- Lubricante soluble en agua
- Reloj con segundero o pantalla
- Martillo de percusión (reflejos)
- Pulsioxímetro

## Signos Vitales

función

Reflejan funciones esenciales del cuerpo para calcular el nivel de funcionamiento físico del paciente.

Los cuales son

Talla y peso. – Reflejan el estado de salud de una persona. Ayudando a identificar si el paciente tiene un peso saludable, sobre peso o en estado de obesidad.

Temperatura corporal. – Relación Calor producido- Pérdida de calor. El valor promedio suele ser de 36.5 °C.

Respiración. – Mecanismo del cuerpo para el intercambio de gases atmosfera-sangre y sangre-células. Valora la difusión y perfusión determinando la saturación de oxígeno.

Presión Arterial. – Fuerza ejercida sobre las paredes de una arteria por el bombeo de sangre a presión desde el corazón. Es un indicador/medidor de la salud cardiovascular.

Pulso. – Saltos del flujo sanguíneo observados en varios puntos del cuerpo. Se valora preferentemente en la arteria radial. Indicador del estado del sistema circulatorio.

## RECOGIDAS DE MUESTRAS BIOLÓGICAS

Es un ↓

Es el proceso en el que se recogen muestras para realizar un análisis de laboratorio que confirmen o no, las hipótesis clínicas, y muchas veces, el curso del tratamiento depende de los resultados de estas pruebas.

para ↓

### ESTUDIOS RADIOLÓGICOS

Debe conocer el manejo de la farmacología específica.

Debe conocer el manejo del equipo.

Debe conocer los procedimientos radiológicos.

Se vigila las constantes vitales a través del monitor, además de otros signos como la ansiedad o inquietud, posibles reacciones alérgicas, náuseas.

### INDICACIONES GENERALES TOMA MUESTRAS EXAMENES DE SANGRE

1. Lávese las manos y prepare el equipo.
2. Identifique al paciente verbalmente o revisando la ficha clínica.
3. Explíquelo el procedimiento a realizar.
4. Seleccione el sitio que le merezca mayor seguridad de éxito en la técnica y de menor riesgo para el paciente.
5. Colóquese los guantes, arme la jeringa.
6. Inserte la aguja con el bisel hacia arriba.
7. Llene con la cantidad necesaria los frascos de examen, siempre llene primero los frascos que tienen anticoagulantes, girándolos según corresponda.
8. Llene con la cantidad necesaria los frascos de examen, siempre llene primero los frascos que tienen anticoagulantes, girándolos según corresponda.

### NORMAS ESTABLECIDAS POR EL MINISTERIO DE SALUD

- **Personal:** Las punciones vasculares deben ser realizadas por profesionales capacitados y constantemente evaluados.
- **Materiales:** Todo material de uso venoso o intrarterial debe ser estéril y de un solo uso. No se debe usar material desechable reesterilizado.
- **Lavado de Manos:** El profesional responsable de la punción debe lavarse las manos antes y después del procedimiento.
- **Uso de guantes:** Todas las punciones venosas y arteriales deben realizarse con guantes protectores. Elección del sitio de punción: La piel del sitio de punción elegido, debe estar indemne y limpia.
- **Preparación del sitio de punción:** realizar técnica aséptica. Desecho de material: La eliminación de la jeringa y aguja debe ser tirada en el lugar correspondiente.