

Alumno: Leopoldo Hernández Ascencio

Tema: Proceso de enfermería

Actividad: Mapa conceptual

Materia: Fundamentos de enfermería 1

Grado: Primer cuatrimestre

Grupo: "A"

Docente: Juana Inés Hernández López

# Proceso de enfermería

El proceso de atención de enfermería (PAE), es la aplicación del método científico en la práctica asistencial enfermera, lo que nos permite prestar cuidados de una forma racional, lógica y sistemática, lo que resulta de vital importancia cuando se trabaja en el ámbito de enfermería.

## Valoración

Es el proceso organizado y sistemático de recogida y recopilación de datos sobre el estado de salud del paciente.

## Diagnóstico

Es el enunciado del problema real o potencial del paciente, que requiera de la intervención enfermera para disminuirlo o resolverlo.

## Planificación

es la organización del plan de cuidados, se deben establecer unas prioridades, plantear unos objetivos según la taxonomía NOC.

## Ejecución

Es llevar a la práctica el plan de cuidados.

## Evaluación

Última fase del proceso. Los dos criterios más importantes que valora la

# Primera etapa: valoración de enfermería

El proceso enfermero es un proceso de pensamiento crítico que las enfermeras profesionales utilizan para aplicar la mejor evidencia disponible para proporcionar cuidados y promover las funciones y respuestas humanas a la salud y a la enfermedad .

## Tipos de valoración

### Fuentes de datos

#### Primarias

observación, exploración física, interrogatorio (directo o indirecto), estudios de laboratorio y gabinete.

#### Secundarias

expediente clínico, referencias bibliográficas (artículos, revistas, guías de práctica clínica, etc.)

### Entrevista

La anamnesis es una conversación o entrevista planificada con el paciente para conocer su historia sanitaria. Por otra parte, es un proceso diseñado para permitir que tanto el enfermero como el paciente den y reciban

### Focalizada

centrada en puntos o cuestiones concretas (dolor, sueño, estado respiratorio).

### Global

se utiliza una cédula de valoración. Por ejemplo: los 11 patrones funcionales de salud

### Objetivo

Permite adquirir la información específica necesaria para el diagnóstico.

## Segunda etapa: diagnóstico de enfermería

Los diagnósticos de enfermería son parte de un movimiento en enfermería para estandarizar la terminología que incluye descripciones estándar de diagnósticos, intervenciones y resultados. Aquellos que apoyan la terminología estandarizada creen que será de ayuda a la enfermería en tener más rango científico y basado en evidencias.

### Pasos de la fase

#### Identificación del problema

Análisis de los datos significativos, bien sean datos o la deducción de ellos, es un planteamiento de alternativas como hipótesis

#### Formulación del problema

Diagnóstico de enfermería y problemas interdependientes.

### Tipos de diagnósticos

#### Real

representa un estado que ha sido clínicamente validado mediante características

#### 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 sospechado para el que se necesitan datos adicionales

#### De bienestar

juicio clínico respecto a una persona, grupo o comunidad en transición desde un nivel específico

## Tercera etapa: planificación de cuidados

Una vez hemos concluido 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

### Propósito

establecer y llevar a cabo unos cuidados de enfermería, que conduzcan al cliente a prevenir, reducir o eliminar los problemas detectados.

### Etapas en el plan de cuidados

#### Establecer prioridades en los cuidados

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

#### Planteamiento de los objetivos del cliente

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.

## Cuarta etapa: ejecución

La fase de ejecución es la cuarta etapa del plan de cuidados, es en esta etapa cuando

### Actividades enfermeras implicadas

- Continuar con la recogida y valoración de datos.
- Realizar las actividades de enfermería.
- Anotar los cuidados de enfermería Existen diferentes formas de hacer anotaciones, como son las dirigidas hacia los problemas
- Dar los informes verbales de enfermería,
- Mantener el plan de cuidados actualizado.

### Responsabilidad

El enfermero tiene toda la responsabilidad en la ejecución del plan, pero incluye al paciente y a la familia, así como a otros miembros del equipo. En esta fase se realizarán todas las intervenciones enfermeras dirigidas a la resolución de problemas (diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes) y las necesidades asistenciales de cada persona tratada

## Quinta etapa: evaluación

La evaluación se define como la comparación planificada y sistematizada entre el estado de salud del paciente y los resultados esperados. Evaluar, es emitir un juicio sobre un objeto, acción, trabajo, situación o persona, comparándolo con uno o varios criterios.

Se divide en dos:

Recogida de datos sobre el estado de salud/problema/diagnóstico que queremos evaluar.

Comparación con los resultados esperados y un juicio sobre la evolución del paciente hacia la consecución de los resultados esperados.

Las distintas áreas sobre las que se evalúan los resultados esperados (criterios de resultado), son según Iyer

Aspecto general y funcionamiento del cuerpo

Señales y Síntomas específicos

Conocimientos

Capacidad psicomotora (habilidades)

Estado emocional

# Sexta etapa: BASES SEMIOLÓGICAS DE LA VALORACIÓN DEL PACIENTE

Es el estudio de los signos y síntomas de una enfermedad.  
SEMIOTECNIA: Es la técnica para obtener signos como signos (se busca a través del tacto, oído, vista, olfato).

## Objetivo

A partir de los datos recabados por el interrogatorio el examen físico y los estudios complementarios se llega al diagnóstico enfermero.

## Problema

Es todo aquello que requiere atención por parte de la enfermera. Es una queja, observación o circunstancia percibida

## Signo

Es lo que puede ser observado, palpado o auscultado por la enfermera.

## Sintoma

Es lo manifestado o por el paciente, lo que él siente. Es un dato subjetivo.

## Síndrome

Es el conjunto de síntomas y signos relacionados entre sí, que tienen una fisiopatología común y que obedecen a distintas etiologías.

## Séptima etapa: 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.

### Métodos para la recopilación de una valoración integral

utilizar un formato estructurado o 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 los hallazgos recogiendo datos objetivos.

Durante la valoración debemos anticipar y utilizar críticamente un conjunto ramificado y apropiado de preguntas u observaciones, para recoger los datos y agrupar las señales de la información de la valoración para identificar los patrones y problemas emergentes.

### Una entrevista inicial centrada en el paciente implica

preparar el escenario

recopilar la información sobre los problemas del paciente y establecer un programa,

recoger la valoración o una historia clínica de enfermería

finalizar la entrevista.

# Octava etapa: exploración física

La valoración de la salud y la exploración física son los primeros pasos hacia la prestación de cuidados de enfermería seguros y competentes. La enfermera está en una posición única para reconocer la mejoría o el deterioro en su enfermedad.

## Objetivo

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

## Entorno

Una exploración física respetuosa y considerada requiere intimidad. En el entorno de cuidados agudos, las enfermeras realizan valoraciones en la habitación de un paciente.

## Material y equipo para la valoración física

- Cepillo o escobilla cervical (si es necesario)
- cinta métrica
- Báscula con varilla de medición de la
- Bastoncillos de algodón

## Equipamiento

La enfermera debe realizar la higiene de manos a fondo antes de manipular el equipamiento y empezar una exploración.

## Novena etapa: signos vitales

Después de terminar el examen general, hay que medir las constantes vitales del paciente. La medida de las constantes vitales es más precisa si se termina antes de empezar los cambios o movimientos posturales. Si existe una posibilidad de que las constantes vitales estén sesgadas cuando se miden por primera vez, hay que volverlas a tomar más tarde durante el resto de la exploración. El dolor, considerado la quinta constante vital, también debe ser valorado.

### Talla y peso

La talla y el peso reflejan el estado de salud general de una persona. Las tablas estandarizadas ayudan a revelar el peso normal esperado de un adulto para una talla dada. Hay que valorar a cada paciente para identificar si tiene un peso saludable, sobrepeso o es obeso.

### Temperatura corporal

La temperatura corporal es la diferencia entre la cantidad de calor producida por los procesos corporales y la cantidad de pérdida de calor al entorno externo.  $\text{Calor producido} - \text{Pérdida de calor} = \text{Temperatura corporal}$

### Pulso

El pulso son los saltos palpables del flujo sanguíneo observados en varios puntos del cuerpo. La sangre fluye a través del cuerpo en un circuito continuo. El pulso es un indicador del estado circulatorio.

### Respiración

La respiración es el mecanismo que el cuerpo utiliza para intercambiar los gases entre la atmósfera y la sangre y la sangre y las células.

## Décima etapa: recogida de muestras biológicas

En la actualidad la práctica médica se apoya cada vez más en los resultados de las pruebas de laboratorio para precisar los diagnósticos, tratamiento y evolución de los pacientes, por lo que es determinante la calidad en la toma de las muestras.

### Valoración y examen físico

Se inicia con la identificación de la enfermera ante el paciente y viceversa  
Motivo de la consulta  
Exámenes previos  
Medicamentos que está ingiriendo  
Horas de ayuno  
Peso y talla  
Signos vitales.

### Apoyo y preparación psicológica

Pre medicación  
enema de limpieza  
dietas  
Objetos de metal  
Se vigila las constantes vitales a través del monitor, además de otros signos como la ansiedad o inquietud, posibles reacciones alérgicas, náuseas.  
Participa activamente en los procedimientos diagnósticos y terapéuticos.

### 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.