



Nombre del alumno: González Ríos Sindy Arely.

Nombre del docente: Dr. Basilio Robledo Miguel

Materia: Fundamentos de enfermería 1.

Actividad: cuadro sinóptico de proceso de enfermería, cuadro sinóptico de signos vitales.

Licenciatura: Enfermería.

Grado y grupo: 1F.

Lugar y fecha: 19 de septiembre del 2020.

# PROCESO DE ENFERMERÍA

El proceso de enfermería es un método sistemático y organizado para proporcionar cuidados de enfermería individualizados, centrados en la identificación y tratamiento de las respuestas únicas de la persona o grupos a las alteraciones de salud reales o de riesgo.

El proceso de enfermería tiene las siguientes propiedades:

Es resuelto porque va dirigido a un objetivo. Es sistemático por utilizar un enfoque organizado para lograr su propósito. Es dinámico porque implica un cambio continuo, centrado en las respuestas humanas. Es interactivo por centrarse en las respuestas cambiantes del paciente identificadas durante la relación enfermera-paciente. Es flexible, ya que se puede demostrar dentro de dos contextos: – Adaptación a la práctica de enfermería en cualquier situación o área de especialización que se ocupe de individuos, grupos o comunidades. – Uso de sus fases en forma sucesiva o más de una etapa a la vez. Posee una base teórica sustentada en una amplia variedad de conocimientos, incluyendo las ciencias y las humanidades, que pueden aplicarse a cualquiera de los modelos teóricos de enfermería.

## ETAPAS DEL PROCESO DE ENFERMERIA

Valoración

Valoración = Obtención de datos + Organización Diagnóstico del paciente y análisis de enfermería de la información

Evaluación

Valoración = Obtención de datos + Organización Diagnóstico del paciente y análisis de enfermería de la información.

Diagnostico

Planificación

Ejecución

Diagnóstico de enfermería = Problema de salud real o de riesgo + Etiología + Signos y síntomas

Planificación = Establecimiento + Identificación + Intervención de prioridades de objetivos de enfermería

La ejecución es la aplicación real del plan de cuidados de enfermería al paciente, en forma integral y progresiva, en coordinación con el personal de salud que participa en su atención v sus familiares

Obtención de datos se logra mediante la observación, entrevista v exoloración física.

La observación es una habilidad de alto nivel que debe desarrollarse desde la formación académica, a través de todos los sentidos (vista, oído, tacto, olfato y gusto); con ésta se llega a un diagnóstico presuntivo o certero.

La entrevista, al igual que la observación, debe ser continua en la relación enfermera-paciente, y llevarse a cabo en un ambiente de privacidad; requiere del autoconocimiento del profesional de enfermería para poder comprender al paciente.

Este paso que incluye la valoración de enfermería, y la segunda etapa del proceso, el cual no debe confundirse con el diagnóstico médico o el de otros profesionistas, ya que la diferencia en los diagnósticos surgen de la perspectiva de cada profesional respecto a sus responsabilidades y formas de proceder y del conocimiento necesario para la práctica de cada uno en su campo de competencia

El plan de atención de enfermería se considera como el núcleo o centro del proceso de enfermería, ya que en él se plantean problemas, objetivos, acciones Fotocopiar sin autorización es un delito. Y respuestas y, por tanto, es el que dirige el actuar de la enfermera para asistir al paciente en la solución de problemas o para cubrir sus necesidades.

La evaluación es el proceso de valorar o revalorar los progresos del paciente hacia los objetivos de salud, así como la calidad de atención que recibe por parte del personal de enfermería y otros profesionistas que intervienen en su cuidado.

El examen clínico, como se trató en el capítulo correspondiente a la valoración individual del estado de salud

El expediente clínico es un conjunto de documentos escritos, gráficos e imagenológicos, en los cuales el personal de salud debe hacer registros, anotaciones y certificaciones del paciente correspondientes a su intervención, con arreglo a las disposiciones reglamentarias.

Sus propósitos son:

°Proporcionar información sobre hechos, cifras y observaciones sobre el paciente a otros integrantes del equipo de salud.

°Facilitar la evaluación del desempeño diario de cada integrante, en relación con la atención del paciente.

°Ofrecer información permanente para la investigación médica, administrativa y jurídica.

Validación: Tipos -Objetivos o Subjetivos.

Organización de datos: La enfermera utiliza un esquema de estudio organizado, conocido como historia de enfermería o valoración de enfermería.

Documentación: Guía de valoración básica

Diagnósticos de la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA). Los elementos que los integran son etiqueta o nombre, definición, características definitorias, manifestaciones clínicas (fisiológicas, conductuales, afectivas y cognitivas) y factores relacionados o de riesgo con la etiología, ya sean causales o asociados (fisiológicos, psicológicos, socioculturales, ambientales o espirituales).

Fundamentos de enfermería (Capítulo 6) Intervenciones de la Nursing Interventions Classification (NIC). Las intervenciones o tratamientos se agrupan en los campos fisiológicos, conductual, de seguridad, familiar, sistema sanitario y comunidad. Constan de etiqueta o nombre, definición y actividades. Resultados que se correlacionan con los cuidados enfermeros, de la Nursing Outcomes Classification (NOC).

Describen el estado, conductas, respuestas y sentimientos de un paciente derivados de los cuidados proporcionados. Éstos tienen una etiqueta, definición y una lista de indicadores para evaluar los resultados. (cfr. Diagnósticos, Intervenciones y Resultados de enfermería de la NANDA, NOC y NIC).

#### Fases de la Valoración:

Recolección de datos: Observación, entrevista y exploración Física.

Validación: Tipos -Objetivos o Subjetivos.

Organización de datos: La enfermera utiliza un esquema de estudio organizado. Documentación: Guía de valoración básica y examen físico.

Fundamentación o razonamiento científico

Brindar cuidado de enfermería

Continuidad del cuidado

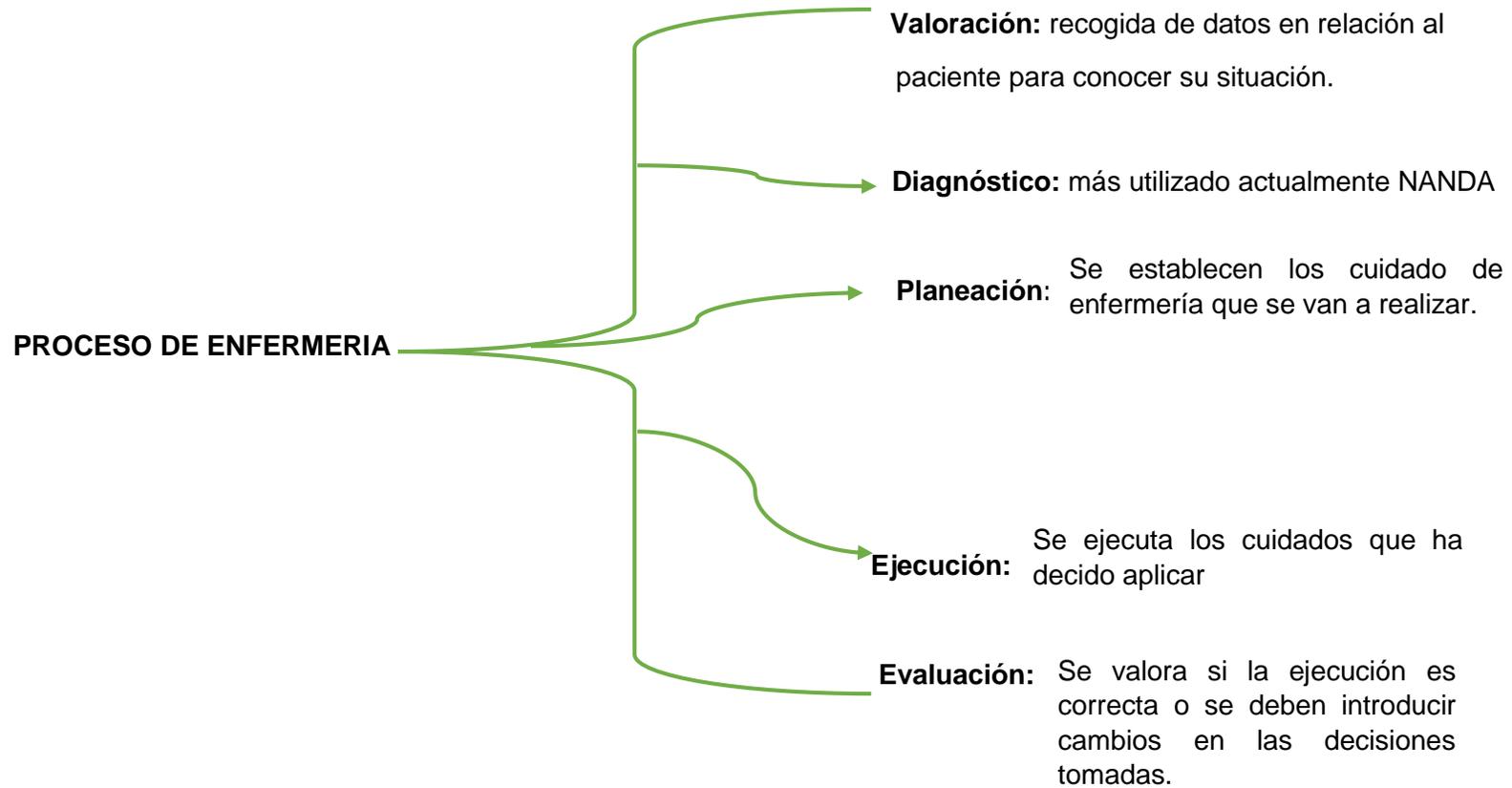
Registro de los cuidados.

Evaluación = Evaluación del logro Revaloración o modificación de los objetivos + del plan de cuidados.

La evaluación tiene como propósitos: Determinar el adelanto del paciente para alcanzar las metas u objetivos establecidos. Juzgar la eficacia de los planes, estrategias y cuidados de enfermería.

Intercambio: patrón de respuesta humana que implica dar y recibir (intercambio hidroelectrolítico). Comunicación: patrón de respuesta humana que implica el envío de mensajes (comunicación). Relación: patrón de respuesta humana que implica establecimiento de lazos (vínculo familiar). Valores: patrón de respuesta humana que implica la asignación de un valor relativo (espiritualidad). Elección: patrón de respuesta humana que implica la selección de alternativas (decisión para escoger). Movimiento: patrón de respuesta humana que implica actividad (actividad). Percepción: patrón de respuesta humana que implica la recepción de información. Conocimiento: patrón de respuesta humana que implica el significado asociado con la información. Sentimiento: patrón de respuesta humana que implica el conocimiento subjetivo de información.

## CUADRO SINOPTICO PROCESO ENFERMERÍA



### CUADRO SINOPTICO DE SIGNOS VITALES

TEMPERATURA	RESPIRACION	PULSO	PRESIO ARTERIAL
Grado de calor mantenido en el cuerpo por equilibrio entre termogénesis y termólisis.	Proceso mediante el cual se capta O <sub>2</sub> y se elimina CO <sub>2</sub> en el ambiente que rodea a la célula.	Expansión rítmica de una arteria producida por el aumento de sangre impulsada en cada contracción del ventrículo izquierdo.	Fuerza que ejerce la sangre contra las paredes arteriales, a medida que pasa por ellas.

**Antes de nacer:**

- Temperatura: similar a la materna.
- Respiración: regular.
- Pulso: 140 a 160/min.
- Presión arterial: 40 a 60 mmhg en los espacios intervellosos centrales

**Recién nacido:**

- Temperatura: 36.6 a 37.8 °c
- Respiración: 30 a 40/min.
- pulso: 130 a 140/min
- presión arterial: 70/50 mmhg

**Al año:**

- Temperatura: 36.6 a 37.8°c.
- Respiración: 26 a 30/min.
- Pulso: 120 a 130/min.
- Presión arterial: 90/50mmhg

**Al segundo año:**

- Temperatura: 36.6 a 37.8°c.
- Respiración: 25/min.
- Pulso: 100 a 120/min.
- Presión arterial: de 2 a 10 años sistólica 2\*80, diastólica la mitad de lo calculado en la diastólica

**Al tercer año:**

- Temperatura: 36.6 a 37.8°c.
- Respiración: 25/min.
- Pulso: 90 a 100/min.
- Presión arterial: de 2 a 10 años sistólica 2\*80, diastólica la mitad de lo calculado de la sistólica

**De 4 a 8 años:**

Temperatura: 36.5 a 37°C

Respiración: 20ª 25/min.

Pulso: 86 a 90/min.

Presión arterial: Presión arterial: de 2 a 10 años  
sistólica 2\*80, diastólica la mitad  
de lo calculado en la sistólica + 10

**De 8 a 15 años:.**

Temperatura: 36.5 a 37°C

Respiración: 18 a 20/min.

Pulso: 80 a 86/min

presión arterial: Presión arterial: de 2 a 10 años  
sistólica +100, diastólica la mitad  
de lo calculado en la sistólica + 10

**Edad adulta:**

Temperatura: 36.5°C.

Respiración: 16 a 20/min.

Pulso: 72 a 80/min

Presión arterial:120/80mmhg

**Vejez:**

Temperatura:36°C.

Respiración: 14 a16/min

Pulso: 60 a 70/min

Presión arterial: por arriba de 120/60 mmhg

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Kozier E.B: Técnicas de enfermería. 4ª ed. México: McGraw-Hill Interamericana, 1999:1003.

Margulis L, Schwartz KV: Five Kingdoms. An Illustrated Guide to the Phyla of Life on Earth. 3ª ed. USA: W.H. Freeman and Company, 1998:520. Marriner-Tomey A: Modelos y teoría de enfermería. 3ª ed.

Mosby/Doyma Libros, 1995:530. McDonell G, Denver R A: Antisépticos y desinfectantes: actividad, acción y resistencia. Clinical Microbiology Reviews (American Society for Microbiology) Enero 1999; 147-179. Reino Unido. Meléndez S ML: Esterilización. Manual de procedimientos de Ceye, México: Ed. Aurock S.A. de C.V., 1997:248.

Nordmark MT, Rohweder AW: Bases científicas de la enfermería. México: Ed. El Manual Moderno, S.A. de C.V., 1997:712.

Orem DE: Modelo de OREM. Conceptos de enfermería en la práctica. España .

MassonSalvat Enfermería, 1993:423. Ponce de L RS, et al.: Guía práctica. Infecciones intrahospitalarias. México: Medicina y Mercadotecnia, S.A. de C.V., 2000:158. Rivero CA, et al.: Proyecto NIPE: Normalización de las intervenciones para la práctica de la enfermería. Ministerio de Sanidad y Consumo/Consejo General de Colegios Oficiales de Diplomados en enfermería en España: España, 2002:239.

Alfaro Le FR: Aplicación del proceso enfermero. 4ª ed. España: Masson, S.A. 2002, 274.