



**Nombre de
alumno:**

Marlen Iara ortiz.

**Nombre del
profesor:**

**Maria del carmen
Lopez.**

**Nombre del
trabajo:**

**Resumen de la
primera unidad.**

Materia:

**Fundamentos de
enfermeria 1.**

Grado:

1

Grupo:

“B”

Comitán de Domínguez Chiapas a 29
de Enero de 2020.

PASIÓN POR EDUCAR

Tema1: "Procesos de enfermería"

El proceso de atención de enfermería (PAE), se considera como la aplicación del método científico en la práctica asistencial, lo cual nos permite prestar cuidados de forma racional, lógica y sistemática.

Sus antecedentes se basan en el año 1955 donde fue considerado como un proceso gracias a Hall, con el tiempo se unieron otras teóricas como Johnson (1959), Orlando (1961) y Wiedenbach (1963). Al principio consistía en un proceso de tres etapas: Valoración, Planeación y Ejecución.

En 1967 Yura y Walsh establecieron cuatro etapas: Valoración, Planificación, Realización y Evaluación. La etapa Diagnóstica se estableció entre 1974 y 1976 por Bloch, Roy y Aspinall.

Valoración: es la primera fase del proceso de enfermería la cual consiste en la recopilación y organización de los datos que conciernen a la persona, familia y entorno.

Diagnóstico: es el juicio o conclusión que se hace como resultado de la valoración.

Planificación: se desarrollan estrategias para prevenir, minimizar o corregir los problemas.

Ejecución: realización o puesta en práctica de los cuidados programados.

Evaluación: se comparan las repuestas de la persona, se determina si se han conseguido los objetivos establecidos.

El PAE, contiene un número de pasos sucesivos que se relacionan entre sí y aunque estudien por separado todas las etapas se superponen.

Características del PAE.

Tiene una finalidad: dirigido a un objetivo.

Es sistemático: a partir de un planteamiento organizado para alcanzar un objetivo.

Es dinámico: responde a cambios continuos.

Es interactivo: se basa en las relaciones recíprocas que se establecen entre la enfermera y su paciente, familia y los demás.

Es flexible: se adapta al ejercicio de la enfermería en cualquier lugar o área especializada que trate con individuos, grupos o comunidades.

Tiene una base teórica: el proceso es concebido a partir de numerosos conocimientos que incluyen ciencias y humanidades y se debe aplicar a cualquier modelo teórico de enfermería.

Objetivos del PAE.

- Constituir una estructura que cubra, individualizándolas, las necesidades del paciente, la familia y comunidad.
- Identificar necesidades reales y potenciales.
- Establecer planes de cuidados individuales, familiares o comunitarios.
- Actuar para cubrir y resolver problemas, prevenir o curar enfermedades.

Tema 2: Primera etapa "Valoración de enfermería"

A este proceso se le define como el proceso organizado, planificado, sistemático y continuo de obtención de datos objetivos y subjetivos.

Tipos de valoración.

Según la complejidad del examen, existen dos tipos de evaluaciones:

Evaluación global o preliminar: este tipo cubre todos los puntos de vista de la valoración enfermera y es la primera valoración que se realiza a los pacientes.

Valoración focalizada o continua: se centra en situaciones clínicas o problemas de salud.

Según su sistema, existe cuatro tipos de valoraciones:

Valoración siguiendo un orden de "cabeza a pies".

Valoración por "sistema y aparatos".

Patrones funcionales de salud de Marjory Gordon.

Necesidades de Virginia Henderson.

Fases de la valoración.

Está se encuentra dividida en cuatro fases directamente relacionadas.

1.- recolección de datos.

Los datos son la información concreta que se obtiene de los pacientes, familia o comunidad a la cual hace referencia a su estado de salud. Los datos recopilados se pueden obtener de forma objetiva que es mediante la observación y exploración física, mientras que la subjetiva se obtiene mediante la entrevista clínica.

Entrevista de enfermería.

Los principales tipos de entrevistas según su estructura son:

Entrevista estructurada y dirigida.

- Entrevista semiestructurada o semidirigida.
- Entrevista no estructurada o libre.

Al entrevistar ha un paciente se debe transmitir las siguientes habilidades:

- Calidez.
- Empatía.
- Respeto.
- Concreción.
- Asertividad.

La observación.

Datos obtenidos de la observación de los sentidos, del entorno, al igual que la interacción de ambos.

Exploración física.

Se realiza un conjunto de procedimientos tras realizar la entrevista clínica, con el fin de recoger datos objetivos o signos que nos ayuden a corroborar o que nos ayuden a desmentir los datos subjetivos o síntomas que refiere el paciente.

Unas de las técnicas que realizan las enfermeras en la exploración física son:

Inspección o también llamada observación, con la cual determinamos características físicas como lo es el tamaño, anatomía, posición, etc.

Palpación o use de tacto, determinaremos algunas estructuras corporales que se sitúan debajo de la piel con el fin de conocer su tamaño, forma, textura, temperatura, etc.

Percusio o golpeteo suave con uno o dos dedos sobre la superficie de la piel y análisis acústico de los sonidos que son producidos.

Auscultación o escucha los sonidos que son producidos por los órganos corporales. Este tipo de técnica permite escuchar la frecuencia, intensidad, calidad y duración de los sonidos que son detectados.

2.- validación de datos.

Se debe confirmar que los datos objetivos y subjetivos que se obtuvieron sean verdaderos.

3.- organización de datos.

La información obtenida será agrupada, ha tal manera que facilite y oriente la etapa de diagnóstico.

4.- Registro de la valoración.

Registros correctos de valoración son:

Establecimiento de un sistema de comunicación.

Extraer conclusiones sobre la efectividad de los cuidados que son aplicados.

Validar un testimonio legal.

Patrones funcionales de Marjory Gordon.

El manejo de los patrones funcionales permite la valoración enfermera sistemática y planificada, con la que se obtiene una gran cantidad de datos relevantes del paciente (físicos, psíquicos, sociales y espirituales), de manera clara y organizada.

11 patrones funcionales:

Patrón 1. Percepción y manejo de salud.

Patrón 2. Nutricional y metabólico.

Patrón 3. Eliminación.

Patrón 4. Actividad y ejercicio.

Patrón 5. Sueño y descanso.

Patrón 6. Cognitivo y perceptual.

Patrón 7. Autopercepción y auto concepto.

Patrón 8. Rol y relaciones.

Patrón 9. Sexualidad y reproducción.

Patrón 10. Adaptación y tolerancia al estrés.

Patrón 11. Valores y creencias.

Necesidades básicas de Virginia Henderson.

Definió las funciones y actividades que son responsabilidad de la enfermería dejando constancia hasta donde debemos llegar las enfermeras. La función principal de una enfermera es ayudar tanto al individuo sano como al enfermo, ha desarrollar actividades que el mismo realizaría sin tuviera fuerzas, voluntad, o los conocimientos necesarios".

Henderson identifico 14 necesidades básicas que el individuo tiene que cubrir para alcanzar su independencia o nivel máximo de salud.

Respirar normalmente.

Comer y beber adecuadamente.

Eliminación de los desechos del organismo.

Movimiento y mantenimiento de una postura adecuada.

Descansar y dormir.

Seleccionar vestimenta adecuada, vestirse y desvestirse.

Mantener la temperatura corporal.

Mantener una higiene corporal y la integral de la piel.

Evitar los peligros del entorno.

Comunicación y relación con los demás.

Valores y creencias.

Autorrealización.

Entretenimiento y ocio.

Aprendizaje.

Tema 3: segunda etapa

“Diagnostico de enfermería”

La segunda etapa del PAE está centrado en el análisis de datos recogidos durante la valoración y la interpretación científica. Los diagnósticos guían la planificación, ejecución y evaluación de los cuidados de enfermería.

“Es un juicio clínico sobre la respuesta de un individuo, familia o comunidad ha sus problemas de salud reales o potenciales y ha procesos vitales. El diagnostico enfermero proporciona la base para la selección de intervenciones, para lograr el objetivo del que el enfermero es responsable”.

Las principales características de los diagnósticos de enfermería son:

Se centran en los problemas derivados de las respuestas humanas tras la alteración de la salud particular. Lo cual significa que es necesario valorar cada individuo independientemente, ya que dos pacientes distintos sufran la misma situación clínica y puede provocar respuestas diferentes, por lo que se deben utilizar diagnósticos diferentes.

se puede afirmar que uno de los objetivos de enfermería y por lo tanto en los diagnósticos, no es la enfermedad sino la respuesta del paciente ante la enfermedad.

Para poder seleccionar un diagnostico concreto para un paciente particular, primero se debe analizar la información recogida y organizada durante la fase de valoración.

El objetivo es reconocer una serie de claves o unidades de información relacionadas con el proceso que está padeciendo el paciente.

Formulación de un diagnostico de enfermería.

El diagnostico no solo incluye el problema, también incluye los dos marcadores que

definirán los objetivos de las intervenciones enfermeras, como las causas del problema y su sintomatología.

Para la construcción de un diagnostico, la NANDA recomienda utilizar el formato P.E.S que fue elaborado por Marjory Gordon en 1982. Las siglas especifican el orden que debe seguir la formulación del diagnostico: problema, etimología, y signos y síntomas.

Se especifican los signos y síntomas que posee el paciente:

Problema: es la parte donde que guía y define el resto del diagnostico. Está compuesto por la etiqueta diagnostica y su definición, está describe de forma clara y precisa la etiqueta, diferenciando un diagnostico del resto.

Etiología: los diferentes factores relacionados o agentes causales que pueden haber provocado la respuesta de salud en el paciente. Se puede describir como antecedentes, asociados con, y habitualmente como “relacionado con”. El “relacionado con”, suele expresarse con la abreviación “r/c”.

Sintomatología: Se refiere a signos y síntomas que tiene el paciente. Las intervenciones enfermeras en caso de no poder atajar la etiología del problema se centrarán en la disminución o eliminación de los síntomas.

Tipos de diagnósticos de enfermería.

Los diagnósticos NANDA-I se pueden categorizar en las siguientes categorías:

Diagnostico Enfermero Real o Focalizado en el Problema.

Juicio clínico en relación con una respuesta humana no deseada de una persona, a una afección de salud/proceso vital. Está apoyado por características definitorias (Signos y Síntomas), que se agrupan en patrones de claves. Están compuestos por los tres elementos del formato P.E.S.: problema, etiología y signos y síntomas.

Diagnostico enfermero o riesgo.

Juicio clínico en relación con la vulnerabilidad de una persona, para desarrollar una respuesta humana no deseada a una afección de salud/proceso vital. Los diagnósticos de riesgo están formados por el problema y por la etiología, denominado en este caso factores de riesgo. Al no haberse producido todavía la alteración del estado de salud, no existen signos ni síntomas.

Diagnostico Enfermero de Promoción de la Salud.

Todas las etiquetas comienzan por "Disposición para mejorar". Este diagnostico no tiene factores relacionados, por lo que la formulación del diagnostico se realizará con el problema y con los signos y síntomas.

Tema 4: Tercera etapa "Planificación de cuidados".

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. La fase de planeación del proceso de enfermería incluye cuatro etapas, Carpenito (1987) e Iyer (1989).

Etapas en el pna 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. se trata de ordenar jerárquicamente los problemas detectados.

Planteamiento de los objetivos del cliente con resultados esperados: Describir los resultados esperados, tanto por parte de los individuos y/o de la familia como por parte de los profesionales.

La etapa de planificación se inicia tras realizar el diagnostico de enfermería. Esta etapa se desarrollará en tres fases:

Determinación de prioridades.

- Establecimiento de los objetivos o resultados de enfermería NOC esperados.
- Selección de las intervenciones de enfermería NIC.

Tema 4 "planificación de cuidados".

Determinación de prioridades.

Es necesario fijar unas prioridades, tomemos como referencia las necesidades básicas propuestas por Maslow, es necesario consensuar con el paciente la importancia relativa de cada diagnostico, con el fin de tratar primero los problemas más importantes.

Resultados de enfermería.

Es necesario seleccionar los resultados NOC que pretendemos conseguir para cada diagnostico.

Los Resultados NOC tendrán los siguientes componentes:

- Etiqueta.
- Definición.

- Listado de indicadores.
- Escala de likert.
- Bibliografía.

Cada resultado NOC tiene asociado un grupo de indicadores que son utilizados para determinar el estado del paciente en relación al resultado.

La importancia de la escala de medición estriba en que los resultados se midan con exactitud y validez, de manera que pueda examinarse la efectividad de las intervenciones enfermeras.

Tema 5 "Ejecución".

Registro del plan de cuidados.

La etapa de ejecución no solo consiste en la aplicar los cuidados de enfermería correspondientes a las intervenciones, sino que además conlleva las siguientes actividades:

- Continuar con la recogida y valoración de datos.
- Registro de los cuidados de enfermería realizados.
- Transmitir el estado de salud de nuestros pacientes al resto de los profesionales sanitarios que intervienen directamente en su atención
- Actualizar el plan de cuidados de enfermería.

La enfermera es responsable no solo de los cuidados independientes de enfermería, sino también de los cuidados dependientes e interdependientes. El plan de cuidados de enfermería tiene como objetivo documentar y comunicar la situación de estado de salud del paciente, los resultados esperados, las intervenciones de enfermería realizadas, y la evaluación del proceso.

Se deberán completar los siguientes registros:

- Valoración de enfermería.
- Diagnóstico de enfermería.
- Resultados NOC.
- Intervenciones NIC.

Existen dos tipos de planes de cuidados:

Planes Individualizados. Documentan la valoración, diagnósticos, resultados NOC e intervenciones NIC para un paciente particular.

Planes Estandarizados. Son protocolos generales perfeccionados, que resultan útiles cuando los problemas son predecibles en relación con una respuesta humana alterada.

Tema 6 "Evaluación".

Fases de la evaluación.

Está compuesta por dos fases:

Puntuación de los indicadores. se otorgará para cada indicador seleccionado una puntuación de entre 1 y 5 puntos mediante de una escala de Likert.

Comparación de los resultados. Las puntuaciones obtenidas tras la realización de las intervenciones serán comparadas con la puntuación previa a la ejecución de los cuidados de enfermería.

Tipos de indicadores NOC.

- Datos anatomofisiológicos.
- Síntomas.
- Conocimiento.
- Competencias o habilidades.
- Sentimientos.
- Valores y creencias.

Tema 7 "Entrevista clínica".

Una técnica de recogida de información que utilizamos constantemente en nuestra profesión. Para llevarla a cabo no solo se precisan conocimientos teóricos y técnicos sobre el proceso de entrevista, sino también habilidades y destrezas sociales y comunicativas para abordar la faceta interpersonal.

La finalidad de la entrevista clínica desde la perspectiva de la enfermera es:

Adquirir información específica y necesaria, tanto a nivel verbal como no verbal, para identificar los problemas de salud.

Facilitar la administración de cuidados de calidad.

Garantizar con la recogida de información continua la valoración de los cuidados individuales y su documentación.

Etapas de la entrevista clínica.

Fase inicial.

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. Agradecer la colaboración y

atención prestada. Presentar un resumen de los contenidos tratados.

Tema 8 "exploración física".

Intervienen los 4 métodos de la exploración clínica: la inspección, la palpación, la percusión y la auscultación.

Inspección: apreciación con la vista desnuda o cuando más con la ayuda de una lente de aumento, del aspecto, color, forma y movimiento del cuerpo y de su superficie externa.

Palpación: Apreciación manual de la sensibilidad, temperatura, consistencia, forma, tamaño, situación y movimientos de la región explorada, valiéndonos de la sensibilidad táctil, térmica y vibratoria, así como de los sentidos de presión y estereognóstico de las manos.

Percusión: Apreciación por el oído, de los fenómenos acústicos, generalmente ruidos que se originan cuando se golpea la superficie externa del cuerpo.

Auscultación: apreciación con el sentido de la audición, de los fenómenos acústicos que se originan en el organismo, ya sea por la actividad del corazón, o por la entrada y salida de aire en el sistema respiratorio, o por el tránsito en el tubo digestivo, o finalmente por cualquier otra causa.

MATERIAL Y EQUIPO

- Estetoscopio clínico: para la auscultación tanto del Aparato Respiratorio como Cardiovascular, así como los ruidos hidroaereos (R.H.A.) en el abdomen.
- Esfigmomanómetro: para la medición de la Tensión Arterial (T.A.).

- Termómetro clínico: para la medición de la temperatura corporal.
- Depresor: para el examen de la cavidad bucal.
- Torundas: para diferentes usos durante el examen: secar la región axilar, limpiar el termómetro antes de realizar la lectura, etc.
- Paraban: Para cuidar la privacidad del paciente.
- Sabana: para guardar el pudor y cuidar la privacidad del paciente.

La enfermera debe considerar las normas culturales o sociales al realizar una exploración en una persona del sexo opuesto. Durante la exploración, 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.

Las exploraciones pediátricas habituales se centran en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, particularmente para el cuidado de los niños sanos que tienen una crianza competente y no tienen ningún problema de salud serio. Esta exploración se centra en el crecimiento y desarrollo, examen sensorial, exploración dental y valoración de la conducta.

Tema 9 "Signos vitales".

Son la cuantificación de acciones fisiológicas, como la frecuencia (FC), la frecuencia respiratoria (FR), la temperatura corporal (TC), la presión arterial (TA) y la oximetría (OXM), que indican que un individuo está vivo y la calidad del funcionamiento orgánico. Cambian de un individuo a otro y en el mismo ser en diferentes momentos del día.

PULSO ARTERIAL Y FRECUENCIA CARDIACA

Es la onda pulsátil de la sangre, originada en la contracción del ventrículo izquierdo del corazón y que resulta en la expansión y contracción regular del calibre de las arterias. La velocidad del pulso, es decir los latidos del corazón por minuto, corresponde a la frecuencia cardiaca.

Las características que se estudian al palpar el pulso arterial son: -Frecuencia: número de ondas percibidas en un minuto.

-Ritmo: el ritmo es normal regular.

-Volumen o amplitud: Normal cuando el pulso es fácilmente palpable, desaparece intermitente y todos los pulsos son simétricos, con elevaciones plenas, fuertes y rápidas.

-Elasticidad: capacidad de expansión o deformación de pared arterial bajo la onda pulsátil. Una arteria normal, es lisa, suave y recta.

SITIOS PARA TOMAR EL PULSO

Pulso temporal (arteria temporal), pulso carotideo (arteria carótida), pulso braquial (arteria humeral), pulso radial (arteria radial), pulso femoral (arteria femoral), pulso poplíteo (arteria poplíteo), pulso pedio (arteria pedía), pulso tibial (arteria tibial posterior) y pulso apical (en el ápex cardiaco).

ALTERACIONES DE LA TEMPERATURA.

-Hipotermia: temperatura central $\leq 35^{\circ}\text{C}$.

- Febrícula: temperatura mayor a la normal y hasta los 38°C .

-Fiebre: elevación de la temperatura corporal central por encima de las variaciones diarias normales mayor de 38o C.

-Hiperpirexia: temperatura muy elevada mayor a 41°C.

-Hipertermia: fallan los mecanismos de control de la temperatura, de manera que la producción de calor excede a la pérdida de este, presentando temperatura mayor a los 41°C.

SEGÚN LA FORMA DE LA CURVA TÉRMICA (TIPOS DE FIEBRE):

-Continua: constantemente alta, oscilación diaria inferior a un grado.

-Intermitente: se caracteriza por elevaciones térmicas que retornan a los valores normales, durante cada día de fiebre.

-Remitente: no baja a valores normales durante cada día de fiebre.

-Reincidente o recurrente: se dan cortos periodos febriles de pocos días

intercalados con periodos de 1 a 2 días de temperatura normal.

Hallazgos anormales de la frecuencia respiratoria.

-Bradipnea: lentitud en el ritmo respiratorio. En el adulto FR menor de 12 respiraciones por minuto.

-Taquipnea: aumento en el ritmo respiratorio persistente, es una respiración superficial y rápida. En el adulto FR mayor de 20 respiraciones por minuto.

-Hiperpnea: respiración profunda y rápida de frecuencia mayor a 20 respiraciones por minuto en el adulto. -Apnea: ausencia de movimientos respiratorios.

-Disnea: sensación subjetiva del paciente de dificultad o esfuerzo para respirar. Puede ser inspiratoria (tirajes) o espiratoria (espiración prolongada).

-Respiración de Kussmaul: respiración rápida (FR mayor de 20 por minuto), profunda, suspirante y sin pausas.

-Respiración de Cheyne-Stoke: hiperpnea que se combina con intervalos de apnea. En niños este patrón es normal.

-Respiración de Biot: extremadamente irregularidad en la frecuencia respiratoria, el ritmo y la profundidad de las respiraciones.

Tema 10 "Recogida de muestras biológicas".

Recogida de muestras de orina.

Pueden informarnos sobre el funcionamiento del aparato urinario y también aporta datos referentes a otros órganos. El análisis elemental de orina incluye el estudio de las características físicas y bioquímicas (densidad, pH, presencia de glucosa, proteínas, bilirrubina...etc.) y también el estudio del sedimento. El sedimento es el depósito de materia sólida que se forma en el fondo de un vaso con orina cuando se deja cierto tiempo sin agitar.

Si en el análisis elemental se descubre la presencia de microorganismos se realizará un estudio más profundo para identificar el tipo de microorganismo y qué antibiótico es el más adecuado para el tratamiento de la infección urinaria.

Recogida de orina en niños y lactantes

Este cometido lo realizan los ATS/DUEs.

- Niños mayores de 2 años.- La recogida es similar a la realizada en los adultos.
- Niños menores de 2 años.- Se utilizan dispositivos especiales.

Muestras de sangre.

Se realiza a partir de la extracción de una muestra obtenida por punción. La extracción de la sangre es cometido del ATS/DUE y de los analistas (médicos o farmacéuticos). Su función es preparar el material, posicionar al paciente, sujetarlo en caso de que sea necesario, proporcionar el material según se vaya solicitando, identificar los tubos, trasladar las muestras al laboratorio y recoger y limpiar el material.

Su función es preparar el material, posicionar al paciente, sujetarlo en caso de que sea necesario, proporcionar el material según se vaya solicitando, identificar los tubos, trasladar las muestras al laboratorio y recoger y limpiar el material.

Las extracciones pueden realizarse en salas destinadas para ello, en el laboratorio o en la propia unidad de hospitalización.

Las muestras pueden obtenerse de sangre arterial, venosa o capilar.

“Conclusión”.

Notros como enfermeros, tenemos una obligacion. La cual es saber tratar a nuestros pacientes, evitar incomodarlos, mantener una compostura, mostrar educacion y ser atentos ante los sintomas que presentan.

Podemos tomar esto como una guia para comprender mejor el papel que nosotros

como enfermeros y enfermeras tenemos que llevar. Es importante tener precaucion al realizar algunas de las acciones, mantener un estandar de higiene ante la obtencion de muestras.

Ante la toma de signos vitales tiene que ser indispensable saber el tipo de pulso que cotiene un adulto y un menor. Ver el tipo de sintomas que presenta cada uno, para ello se realiza la entrevista clinica en la cual hacemos una serie de preguntas para identificar el sintoma o malestar que estan presentando.

Todos los temas son indispensables, de ellos obtenemos los conocimientos necesarios.