



Nombre de alumnos: Erivian Usbaldo Felipe.

Nombre del profesor: María del Carmen López Silba.

Nombre del trabajo: Resumen digital de la primera unidad.

Materia: Fundamentos de Enfermería I

Grado: 1 Cuatrimestre.

Grupo: B

Proceso de enfermería.

El proceso de atención de enfermería, es la aplicación de métodos científicos en la práctica asistencial enfermera, lo que nos permite tener cuidados de una forma racional, lógica y de forma sistemática, lo que resulta de vital importancia cuando se trabaja en el ámbito de enfermería.

Los antecedentes históricos de procesos de enfermería tienen sus orígenes, cuando fue considerado un proceso en 1955, gracias a Hall, a la que posteriormente se unieron otras teorías como Johnson en 1959, Orlando en 1961 y Wiedenbach en 1963 y consistía en un proceso de **tres etapas**: *valoración, planificación y ejecución*, pero Yura y Walsh en 1967 establecieron **cuatro etapas**: *valoración, planificación, realización y evaluación*. Las etapas de diagnóstico fueron incluidas en 1974 y 1976 por Bloch y Roy y Aspinall quedando desde entonces la PAE como actualmente la conocemos. *Valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación*.

Como todo método de PAE configura el número de pasos sucesivos que se relacionan entre sí y aunque se estudien por separados todas las etapas se superponen y de forma individualizada, las etapas de paciente, familia y comunidad.

Primera etapa. Valoración de enfermería.

El proceso de enfermería es un pensamiento crítico que las enfermeras profesionales utilizan para aplicar las mejores evidencias disponibles para proporcionar cuidados y promover las funciones y respuestas humanas a la Salud y la enfermedad. A las enfermeras frente a problemas legales relacionadas con la atención como estudiante de enfermería se aprende las cinco fases del proceso del enfermero como si fuera un proceso lineal, sin embargo, en realidad el proceso enfermero es dinámico y continuo.

El proceso de enfermería es fundamental para proporcionar cuidados apropiados en el momento correcto a los pacientes. El proceso de enfermería es una variación del razonamiento científico a través de la valoración se comienza a formar un patrón.

- *Enfoque del pensamiento crítico sobre la valoración*: la valoración de enfermería incluye dos etapas **1**: recogida de información de una fuente primaria de fuentes secundarias. **2**: validación de los datos para garantizar una completa base de datos de los problemas de Salud y las respuestas a estos problemas percibidos por los pacientes.
- *Recogida de datos*: se realiza la valoración para recopilar la información necesaria para hacer un juicio preciso sobre los estados actuales de un paciente. Las enfermedades y enfermeros deben poseer unos requisitos previos para realizar una adecuada valoración de clientes: **1**: las conversaciones del profesional, **2**: los

conocimientos profesionales, **3**: habilidades, **4**: comunicarse de forma eficaz, **5**: observar sistemáticamente y diferenciar entre signos e inferencias.

- *Tipos de datos a recoger*: es una información concreta, que se obtiene del paciente, referido a su estado de salud o las respuestas del paciente como consecuencia de su estado. *Tipos de datos*: **1**: datos subjetivos, **2**: datos objetivos, **3**: datos actuales.
- *La exploración física*: actividad final de la recolección de datos en el examen físico. Una vez descritas las técnicas de exploración física pasamos a ver las diferentes formas de abordar un examen físico. **1**: desde la cabeza a los pies, **2**: por sistemas corporales o aparatos, **3**: por patrones funcionales de salud.

Segunda etapa: diagnóstico de enfermería.

es un enunciado del problema real o en potencia del paciente que requiere de la intervención de enfermería con el objeto de resolver o disminuir. 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, Las funciones de enfermería tienen tres dimensiones: *La dimensión dependiente, la dimensión interdependiente, la dimensión independiente.*

- *Investigación*: es para poder investigar sobre los problemas de salud que los profesionales de enfermería están capacitados para tratar.
- *Docencia*: inclusión de diagnóstico de enfermería en el curriculum básico debe iniciarse y continuarse de forma coherente.
- *Asistencial*: el uso del diagnóstico en las practicas asistencial y favorece la organización y profesionalización de las actividades de enfermería.
- *Gestión*: ventajas que comportan la utilización de los diagnósticos de enfermería en este ámbito.

Tipo de diagnóstico:

- *Real*: representa un estado que ha sido clínicamente valido.
- *Alto riesgo*: es un juicio clínico de que un individuo familiar o comunidad son más vulnerables a desarrollar un problema que otro en situación igual o similar.
- *Posible*: son enunciados que describen un problema sospechado para el que se necesita ato adicionales.
- *De bienestar*: juicio clínico respecto a una persona, grupo o comunidad en transición desde nivel específico de bienestar hacia un nivel más elevado.

Tercera etapa planificación de cuidados.

Una ves hemos concluido la valoración e identifica las complicaciones potenciales y los diagnósticos enfermeros, se procede a la fase de planeación de los cuidados o tratamientos enfermeros.

- *Establecer prioridades en los cuidados:* selecciona todos los problemas y necesidades que pueden presentar una familia o una comunidad y raras veces pueden ser abortados al mismo tiempo por falta de disponibilidad de la enfermería de la familia.
- *Planteamiento de los objetos del cliente con resultados esperados:* son necesarios por que proporcionan la guía común para el equipo de enfermería de tal manera que todas las acciones van dirigidas a la meta propuesta.

Ejecución.

la fase de ejecución es la cuarta etapa del plan de cuidados, es en etapa cuando realmente se pone en práctica el plan de cuidados elaborados. El enfermero tiene toda la responsabilidad en la ejecución del plan.

- Continuar con la recogida y valoración de datos.
- Realizar las actividades de enfermería.
- Anotar los cuidados de enfermería.
- Da los informes verbales de enfermería.
- Mantener el plan de cuidados actualizado.

Evaluación.

La evaluación se define como la comparación planificada y sistemática entre el estado de salud del paciente y los resultados esperados. Los dos criterios más importantes que valora la enfermería en este sentido son la eficacia y la efectividad de las actuaciones.

- *Aspectos general y funcionamiento del cuerpo del cuerpo:* **1:** observación directa, **2:** examen de la historia clínica.
- *Señales y síntomas específicos:* **1:** observación directa, **2:** entrevista con el paciente, **3:** examen de la historia.
- *Conocimiento:* **1:** entrevista con el paciente, **2:** cuestionarios.
- *Capacidad psicomotora:* **1:** observación directa durante la realización de la actividad.
- *Estado emocional:* **1:** observación directa, **2:** información dado por el resto del personal.
- *Situación espiritual:* **1:** entrevista con el paciente, **2:** información dado por el resto del personal

Base semiológica de la valoración del paciente.

A partir de los datos recabados por el interrogatorio por el examen físico y los estudios complementarios.

El problema es todo aquello que requiere atención por parte de la enfermería en una queja observación o circunstancia percibida.

Las características de la historia clínica: *debe ser coherente, Debe seguir un orden y a través de ella obtener información para iniciar el razonamiento enfermero.* La historia clínica de datos básicos exámenes interrogatorios exámenes físicos complementarios. Luego se comienza con un interrogatorio dirigido los cuales son: *datos personales, motivo de consulta, enfermedad actual hábitos, antecedentes personales, antecedentes familiares, examen físico, exámenes complementarios.*

- *Datos personales:* nombre, apellido, edad, sexo, estado civil, domicilio, procedencia, ocupación, estudios, religión.
- *Motivo de consulta:* es la razón que se lleva al paciente en la consulta. Lo que siente con mayor intensidad lo que más le preocupa.
- *Enfermedad actual:* es la narración del episodio que motiva llegar a la consulta en forma ordenada cronológica y gramáticamente correcta se irán escribiendo los signos y síntomas.
- *Hábitos:* diuresis, dieta, actividad física, tabaquismo, alcohol drogas, hábitos sexuales.
- *Antecedentes personales:* alergias, asma, hta, diabetes, cardiopatía, medicamentos, cirugías previas, enfermedades de la infancia, otras.
- *Antecedentes familiares:* alergias, hta, diabetes cardiopatía, cáncer, otras.

Entrevista clínica.

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

En una entrevista centrada en el paciente una conversación ordenada con el mismo permiso que determina al punto de partida.

Objetivo: una exploración física se realiza como una evaluación inicial del trabajo para la atención de las urgencias. La enfermera tiene como utilizar la exploración.

Entorno: una exploración física respetuosa y considera, requiere intimidad.

Equipamiento: las enfermeras deben realizarse a menos a fondo en la manipulación al equipamiento y empezar la exploración.

Preparación física del paciente: para el respeto por un paciente la enfermera debe asegurarse de que las necesidades físicas de confort.

Colocación: durante la exploración pide al paciente que adopte las posturas apropiadas de manera que las partes del cuerpo sean accesibles y el paciente se mantenga cómodo.

Preparación psicológica de un paciente:

La enfermera debe considerar las normas culturales las normas culturales o sociales al realizar una exploración de una persona del sexo opuesto.

Organización de la exploración: la enfermera lleva a cabo una exploración física mediante la valoración de cada sistema de cada sistema corporal.

Técnicas de valoración física: la cuarta técnica usada en una exploración física son inspecciones, palpación, percusión auscultación.

- *Inspección:* para inspecciona la enfermera debe mirar, escuchar o oler cuidadosamente para distinguir los resultados normales de los anormales.
- *Palpación:* la palpación implica usar el sentido del tacto para recopilar la información hay que prepararse para la palpación calentando las manos, mantiene do las uñas cortas usando un acercamiento amable.
- *Percusión:* implica golpear ligeramente la piel con las yemas de los dedos para hacer vibrar los tejidos y órganos subyacente.
- *Auscultación:* implica escuchar los sonidos que el cuerpo hace para detectar variaciones de lo normal.
- *Auscultación:* la auscultación implica escuchar los sonidos que el cuerpo hace para detectar variaciones de lo normal.
- *Uso y cuidado del estetoscopio:* colocar las olivas auriculares e los oídos con los extremos girados hacia la cara 1: ligeramente en el diafragma, 2: ponerse el estetoscopio y soplar ligeramente el en diafragma.
- *Examen general:* cuando el paciente entra por primera vez en la sala exploración, hay que formar su exploración hay que observar su forma de andar y el aspecto general y prestar atención a su conducta y su forma de vestir.

Signos vitales.

Después de terminar el examen general, hay que medir las constantes vitales del paciente la medida si de las constantes vitales es más precisa si se termina ante de empezar los cambios o movimientos posturales.

Talla y peso: la talla y el peso se reflejan de salud general de una persona esperando de un adulto para una talla dada.

Pautas para medir las constantes vitales: las constante vitales son una parte de la base de datos de la valoración física y compete.

Temperatura corporal: la temperatura corporal es la diferencia entra la cantidad de calor producida por los procesos corporales y la cantidad de perdida de calor al entorno externo.

Pulso: el pulso son los saltos palpables del flujo sanguíneo observados y en varios puntos del cuerpo.

Valoración del pulso: la enfermera puede valorar cualquier arteria para la frecuencia el pulso.

Valoración de respiración: la respiración es la constante vital más fácil de valorar, pero a menudo se define de forma desordenada.

Respiración: la respiración es el mecanismo que el cuerpo utiliza para intercambiar los gases entre la atmosfera.

Frecuencia respiratoria: la enfermera debe observar una inspiración y una aspiración completa cuando cuenta ventilación o frecuencia de respiración.

Profundidad de la ventilación: la enfermera valora la profundidad de la respiración observando el grado de recorrido o movimiento en la pared torácica.

Ritmo y ventilación: la enfermera determina el patrón respiratorio observando el tórax y abdomen.

Presión arterial: la presión arterial es la fuerza ejercida sobre las paredes de una arteria por el bombeo de la sangre a presión desde el corazón.

Fisiologías de a presión arterial sanguínea: la presión sanguínea refleja las interrelaciones del gasto cardiaco la resistencia vascular periférica y el volumen sanguíneo, la viscosidad sanguínea y la elasticidad arterial.

Gasto cardiaco: la PA depende del gasto cardiaco, cuando el volumen aumenta en un espacio cerrado como los vasos sanguíneos y la presión en ese espacio se eleva.

Resistencia periférica: la PA depende de la resistencia vascular periférica y la sangre circula a través de la red arterias, arteriolas, capilares, vénulas, y venas.

Volumen de sangre: el volumen y sangre que circula dentro del sistema vascular afecta a la PA.

Viscosidad: la densidad o viscosidad de la sangre afecta a la facilidad con la que la sangre fluye a través de los vasos pequeños.

Elasticidad: normalmente las paredes de unas arterias son elásticas y se destienden con facilidad.

Factores que influyen en la presión arterial: la PA no es constante y muchos factores influyen continuamente en ella por lo cual una sola revisión no puede reflejar adecuadamente.

Edad: los niveles normales de PA varían a lo largo de la vida y aumenta durante la niñez. Enfermedad debe evaluar el nivel de la PA de un niño o adolescente con respecto al tamaño y edad de su cuerpo.

Recogida de muestras biológicas.

En la actualidad las practicas medicas se apoya cada vez mas en los resultados de las pruebas de laboratorio para predecir lo diagnósticos tratamientos y evolución de los pacientes, por lo que es determinante la calidad en la toma de muestras relacionadas con la demora en la recogida de nuestras debido a una insuficiente coordinación entre las personas involucradas. **1:**la práctica de la denominación en la actualidad se apoya fuertemente en la realización de exámenes de laboratorio que confirmen o no las hipótesis clínicas y muchas veces el curso de tratamiento de la evolución del paciente depende de los resultaos de estas pruebas. **2:** en este proceso el medico tiene la responsabilidad de conoce las pruebas disponibles e indicarlras según sea conveniente y el técnico de laboratorio.

- *Preparación de pacientes para estudios radiológicos:* el personal de enfermería debe de tener capacidad para reconocer e interpretar signos normales o cambiantes de salud/mala salud, sufrimiento, incapacidad de la persona.
- *Valoración del examen físico:* se inicia con la identificación de la enfermera ante el paciente y viernes motivo de la consulta previos mediante que este ingiriendo horas de ayuno peso y talla signo vitales.
- *Apoyo y preparación psicológica:* premedicación enema de limpieza dietas objetos de metal.
- *Durante el procedimiento:* recolección de muestras para laboratorio.

Indicaciones generales. toma de muestras, exámenes de sangre.

Toma de muestras de sangre. Es la obtención de unas muestras de sangre, mediante una punción venosa periférica o central para realizar el posterior análisis en el laboratorio clínico.

1. Lavarse las manos y preparar el equipo.
2. Identificar al paciente brevemente o revisando la ficha clínica.
3. Explicarle el proceso a realizar.
4. Seleccionar 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 Asia arriba.
7. Llene con la cantidad necesaria los frascos de examen.
8. Registre el procedimiento según norma de servicios.