

FUNDAMENTOS DE ENFERMERÍA I

Unidad 1 - Proceso de enfermería

Alumna: Samantha Frias Alvarado
Profesora: María del Carmen López Silba
Grado: 1
Grupo: B

Índice:

- Proceso de enfermería
- **Primera etapa:** Valoración de enfermería
- **Segunda etapa:** Diagnóstico de enfermería
- **Tercera etapa:** Planificación de cuidados
- Ejecución
- Evaluación
- Bases semiológicas de la valoración del paciente
- Entrevista clínica
- Exploración física
- Signos vitales
- Recogidas de muestras biológicas



Proceso de enfermería

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

Como antecedentes históricos el PAE, consistía en un proceso de tres etapas: valoración, planeación y ejecución. En 1967, establecieron cuatro etapas: valoración, planificación, realización y evaluación, la etapa diagnóstica fue incluida entre 1974 y 1976 por Bloch, Roy y Aspinall, quedando desde entonces el PAE como actualmente conocemos: Valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación.

En cuanto a los objetivos del PAE, el principal se centra, en constituir una estructura que pueda cubrir, de forma individualizada, las necesidades del paciente, familia y comunidad.

Características del proceso:

- Tiene una finalidad, se dirige a un objetivo.
- Es sistemático.
- Es dinámico e interactivo.
- Es flexible.
- Tiene una base teórica y se puede aplicar a cualquier modelo de enfermería.

Valoración de enfermería

Es el proceso organizado y sistemático de recogida y recopilación de datos sobre el estado de salud del paciente, siguiendo un orden "cabeza a pies", por "sistemas y aparatos" o por "patrones funcionales de salud". Se recogen los datos, que han de ser validados, organizados y registrados.

Objetivos:

- Analizar la relación entre el pensamiento crítico y la valoración de enfermería.
- Explicar el proceso de recogida de datos.
- Distinguir entre los datos subjetivos y objetivos.
- Describir los métodos de recogida de datos.
- Analizar el proceso de realización de una entrevista centrada en el paciente.

Diagnóstico de enfermería

Es el enunciado del problema real o potencial del paciente, que requiera de la intervención enfermera para disminuirlo o resolverlo. En esta fase identificamos los problemas y los formulamos, tanto los diagnósticos de enfermería como los problemas interdependientes.

Los pasos de esta fase son:

- Identificación de problemas: Análisis de los datos significativos, bien sean datos o la deducción de ellos, es un planteamiento de alternativas como hipótesis es la confirmación, o la eliminación de las alternativas.
- Formulación de problemas: Diagnóstico de enfermería y problemas interdependientes.

Planificación de cuidados

Es la organización del plan de cuidados, se deben establecer unas prioridades, plantear unos objetivos según la taxonomía NOC, elaborar las intervenciones y actividades de enfermería según la taxonomía NIC, y proceder a su documentación y registro.

Los registros documentales de todo plan de cuidados son: diagnósticos de enfermería y problemas interdependientes.

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 y humanos. Por tanto, 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.
- Elaboración de las actuaciones de enfermería: 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

Es llevar a la práctica el plan de cuidados, se realizarán todas las intervenciones enfermeras dirigidas a la resolución de problemas y las necesidades asistenciales de cada persona tratada.

La ejecución, implica las siguientes actividades enfermeras:

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

Evaluación

Los dos criterios más importantes que valora la enfermería son: la eficacia y efectividad. Una característica, pueden resolverse los diagnósticos establecidos o bien surgir otros nuevos, introduciendo modificaciones en el plan de cuidados para que la atención resulte más efectiva. .

El proceso de evaluación consta de dos partes:

- 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:

1. Aspecto general y funcionamiento del cuerpo:
 - Observación directa, examen físico.
 - Examen de la historia clínica.
2. Señales y Síntomas específicos:
 - Observación directa.
 - Entrevista con el paciente.
 - Examen de la historia.

3. Conocimientos:
 - Entrevista con el paciente.
 - Cuestionarios (test).
4. Capacidad psicomotora (habilidades):
 - Observación directa durante la realización de la actividad.
5. Estado emocional:
 - Observación directa, mediante lenguaje corporal y expresión verbal de emociones.
 - Información dada por el resto del personal.
6. Situación espiritual (modelo holístico de la salud):
 - Entrevista con el paciente.
 - Información dada por el resto del personal.

Bases semiológicas de la valoración del paciente

Es el estudio de los signos y síntomas de una enfermedad.

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

Historia clínica: Es el registro completo de la información obtenida a través del interrogatorio del paciente, el examen físico, de los estudios complementarios que se efectúen.

Características de la historia clínica:

- Debe ser cierta, coherente, entendible.
- Debe seguir un orden, no puede faltarle datos aunque sean negativos.
- A través de ella obtenemos información para iniciar el razonamiento enfermero. Este razonamiento debe dirigirse a los problemas que plantea el usuario.

Interrogatorio:

Hay que dejar que el paciente exponga su problema interrumpiéndolo para evitar disociaciones o pérdida del hilo del pensamiento. Se comienza con un interrogatorio dirigido.

- Datos personales.
- Motivo de consulta.
- Enfermedad actual.
- Hábitos.
- Antecedentes personales.
- Antecedentes familiares.
- Examen físico.
- Exámenes complementarios.

Entrevista clínica

Existen dos tipos de entrevista, ésta puede ser formal o informal.

La entrevista formal consiste en una comunicación con un propósito específico, en la cual la enfermera realiza la historia del paciente y el aspecto informal de la entrevista es la conversación entre enfermera y paciente durante el curso de los cuidados.

La entrevista es un proceso que tiene cuatro finalidades, éstas son:

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

- Facilitar la relación enfermera/paciente.
- Permitir al paciente informarse y participar en la identificación de sus problemas, en el planteamiento de sus objetivos.
- Ayudar a la enfermera a determinar que otras áreas requieren un análisis específico a lo largo de la valoración.

La entrevista clínica tiene que ser comprendida desde dos ámbitos:

- Un ámbito interpersonal en el que dos o más individuos se ponen en contacto y se comunican.
- Otro ámbito de la entrevista es el de una habilidad técnica.

Exploración física

La enfermera está en una posición única para determinar el estado de salud actual de cada paciente, distinguir las variaciones de la norma y reconocer la mejoría o el deterioro en su enfermedad. La enfermera debe poder reconocer e interpretar cada manifestación conductual y física del paciente, realizando valoraciones de salud y exploraciones físicas, la enfermera identificará patrones de salud y evaluará la respuesta de cada paciente a los tratamientos y las terapias.

La enfermera utiliza cuatro técnicas específicas:

- **Inspección:** Es el examen visual cuidadoso y global del paciente, para determinar estados o respuestas normales o anormales, se centra en las características físicas o los comportamientos específicos (tamaño, forma, posición, situación anatómica, color, textura, aspecto, movimiento y simetría).
- **Palpación:** Consiste en la utilización del tacto para determinar ciertas características de la estructura corporal por debajo de la piel (tamaño, forma, textura, temperatura, humedad, pulsos, vibraciones, consistencia y movilidad). Esta técnica se utiliza para la palpación de órganos en abdomen.
- **Percusión:** Implica el dar golpes con uno o varios dedos sobre la superficie corporal, con el fin de obtener sonidos, los tipos de sonidos que podemos diferenciar son: Sordos, aparecen cuando se percuten músculos o huesos.

Mates: Aparecen sobre el hígado y el bazo.

Hipersonoros: Aparecen cuando percutimos sobre el pulmón normal lleno de aire.

Timpánico: Se encuentra al percutir el estómago lleno de aire o un carrillo de la cara.

- **Auscultación:** Consiste en escuchar los sonidos producidos por los órganos del cuerpo, se utiliza el estetoscopio y determinamos características sonoras de pulmón, corazón e intestino. También se pueden escuchar ciertos ruidos aplicando solo la oreja sobre la zona a explorar.

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.

- **Pulso:** El pulso son los saltos palpables del flujo sanguíneo observados.
- **Valoración del pulso:** Normalmente utiliza la arteria radial porque es más fácil de palpar. Cuando el estado de un paciente empeora de repente, se recomienda la zona de la carótida para encontrar rápidamente el pulso.

- **Respiración:** Es el mecanismo que el cuerpo utiliza para intercambiar los gases entre la atmósfera, la sangre y las células. La respiración implica ventilación (el movimiento de los gases dentro y fuera de los pulmones), difusión (el movimiento del oxígeno y del dióxido de carbono entre los alvéolos y los eritrocitos) y perfusión (la distribución de los eritrocitos hacia y desde los capilares pulmonares).

Recogidas 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, se apoya fuertemente en la realización de exámenes de laboratorio que confirmen o no, las hipótesis clínicas, y muchas veces, el curso del tratamiento y la evolución del paciente dependen de los resultados de estas pruebas.

En este proceso, el médico tiene la responsabilidad de conocer las pruebas disponibles e indicarlas según sea conveniente y el técnico de laboratorio, apoyado en sus conocimientos, la de emplear rigurosamente los recursos técnicos y materiales que garanticen un resultado rápido y fiable, mientras, el personal de enfermería, al ser responsable de la toma de muestras, también ha de conocer las características y requisitos de cada prueba, de modo que se garantice que estas lleguen oportunamente y con calidad al laboratorio. Cualquier fallo en el proceso, implica riesgos para el paciente y pueden generar dificultades impredecibles, que por su diversidad son difíciles de abordar, se espera que este estudio, contribuya a perfeccionar la eficacia en la toma de muestras, como parte del diagnóstico de las dificultades, dentro del método científico que aporta el PAE con importantes resultados para la salud del paciente y para la economía.

Conclusión: Una vez analizando la unidad 1 y su variedad de temas, podemos decir que el proceso de enfermería, consiste en una aplicación de método científico llamado PAE, ya que es de suma importancia en este ámbito, teniendo sus etapas relacionadas entre sí, con dicha finalidad de cubrir necesidades, tanto como las del paciente como las de su familia. Por lo tanto podemos decir que su principal etapa es la valoración, que consiste en analizar la condición del paciente, siguiendo un orden, para posteriormente tomar datos válidos y poder ser registrados.

En seguida está el diagnóstico, que ayuda a comprender el problema de nuestro paciente para así poderlo solucionar o disminuirlo. Tomando en cuenta la planificación de cuidados ya que establecemos dichas prioridades, siguiendo un orden ya que las necesidades tanto de la familia como de la comunidad, en pocas ocasiones han podido ser solucionadas a la vez, sin embargo se trata de ordenar los problemas visualizados, con la esperanza de tener una respuesta esperada, tanto de la familia como por parte del personal, teniendo como finalidad un objetivo.

En la ejecución se adentra el plan de cuidados, ya que se continuará en la recogida de datos y su valoración, tomando apunte sobre los problemas, manteniendo actualizado el plan de cuidados.

Lo cual en la enfermería se tiene 2 criterios más importantes que son la eficacia y efectividad. Las bases semiológicas de la valoración del paciente, surge de los signos y

síntomas de la enfermedad, teniendo como objetivo basándose en los datos recabados, llegar al diagnóstico enfermero, dejando al paciente explicar su problema, interrumpiendo para que quede en claro. Comenzando con un interrogatorio de varias fases.

Sabemos que existen dos tipos de entrevista, lo cual podría ser formal o informal, Para poder obtener información para el diagnóstico enfermero y planificación de cuidados, facilitando relación entre paciente y enfermera.

Por lo que la enfermera puede determinar el estado sobre el paciente, reconociendo si está mejorando o deteriorando, tomando en cuenta sus signos vitales.

Para finalizar podemos decir que las muestras biológicas tienen un papel importante ya que en la actualidad la medicina se enfoca en los resultados de los laboratorios para tener un resultado más profundo y preciso, ya que si llega a ver un fallo podría afectar al paciente tomando riesgos difíciles de abordar.

