

**Universidad del Sureste**

**“Mi Universidad”**

**Licenciatura en Enfermería.**

**Alumna:**

**Ikler Carolina Mejía Rodríguez.**

**Docente:**

**María del Carmen López**

**Asignatura:**

**Fundamentos de Enfermería**

**Trabajo:**

**Resumen**

**Fecha de Entrega:**

**18 de Septiembre del 2021.**

**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.

Como antecedentes históricos, reseñar que el PAE tiene sus orígenes, cuando fue

Considerado un proceso en 1955, gracias a Hall, a la que posteriormente se unieron otras teóricas hasta que fue incluida entre 1974 y 1976 por Bloch, Roy y Aspinall, quedando desde entonces el **PAE** como actualmente conocemos:

1. Valoración
2. Diagnóstico
3. Planificación
4. Ejecución
5. Evaluación

**CARACTERÍSTICAS DEL PROCESO**

Tiene una finalidad, un objetivo, es sistemático, dinámico y flexible. Como también una base teórica y puede aplicarse en cualquier modelo de enfermería.

**Etapas Del Proceso:**

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, elaborar las intervenciones y actividades de enfermería según la taxonomía NIC, y proceder a su documentación y registro.

EJECUCIÓN: Es llevar a la práctica el plan de cuidados.

EVALUACIÓN: Última fase del proceso, eficacia y la efectividad.

**PRIMERA ETAPA: VALORACIÓN DE ENFERMERÍA**

**OBJETIVOS:**

Analizar la relación entre el pensamiento crítico y la valoración de enfermería, explicar el proceso, distinguir entre los datos subjetivos y objetivos, describir los métodos de recogida de datos y analizar el proceso del paciente.

 El proceso de enfermería es fundamental para proporcionar cuidados apropiados en el momento correcto a los pacientes, en su caso debe recoger datos para su valoración y recopilar la información necesaria del paciente a través de una entrevista, observaciones y exploraciones físicas. Es primordial seguir un orden de criterios de valoración, de cabeza a pies, sistemas y aparatos.

**MÉTODOS PARA OBTENER DATOS**

**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. 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, estas 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 y 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, las cualidades que debe tener un entrevistador son: empatía, calidez, concreción, y respeto.

La enfermera utiliza cuatro técnicas específicas:

Inspección: es el examen visual cuidadoso y global del paciente, para determinar estados o respuestas normales o anormales.

 Palpación: Consiste en la utilización del tacto para determinar ciertas características de la estructura corporal por debajo de la piel. 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 sonido e identificar si son sordos, hipersonoros y timpánicos.

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.

**Segunda Etapa: Diagnóstico De Enfermería**

Diagnóstico de enfermería real se refiere a una situación que existe en el momento actual como problema potencial en una situación que puede ocasionar dificultad en el futuro. Un diagnóstico de enfermería no essinónimo de uno médico.

Si las funciones de Enfermería tienen tres dimensiones, dependiente, interdependiente e independiente, según el nivel de decisión que corresponde a la enfermera, surgirán problemas o necesidades en la persona que competirán a un campo u otro de actuación:

 La dependiente dimensión de la práctica de la enfermera incluye aquellos problemas que son responsabilidad directa del médico que es quien designa las intervenciones que deben realizar las enfermeras. La responsabilidad de la enfermera es administrar el tratamiento médico prescrito.

 La dimensión interdependiente de la enfermera, se refiere a aquellos problemas o

situaciones cuya prescripción y tratamiento colaboran las enfermeras y otros

profesionales de la Salud.

La dimensión independiente de la enfermera, es toda aquella acción que es reconocida legalmente como responsabilidad de Enfermería, y que no requiere la supervisión o dirección de otros profesionales.

Hay que considerar la importancia de los beneficios específicos de una taxonomía diagnóstica en los distintos ámbitos del quehacer profesional. La asociación española de enfermería de docente en 1993, elaboro un documento en el que especificaba estos beneficios: la investigación, docencia, asistencial, gestión.

Los componentes de las categorías diagnósticas, aceptadas por la NANDA para la

formulación y descripción diagnóstica, en 1990 novena conferencia se aceptaron 90 categorías diagnóstica. Cada categoría diagnóstica tiene 4 componentes:

1.- Etiqueta descriptiva o título: Ofrece una descripción concisa del problema (real o potencial). Es una frase o término que representa un patrón.

2.- Definición: Expresa un significado claro y preciso de la categoría y la diferencia de todas las demás.

 3.- Características definitorias: Cada diagnóstico tiene un título y una definición

específica, ésta es la que nos da el significado propiamente del diagnóstico.

4.- Las características que definen el diagnóstico real son los signos y síntomas

principales siempre presentes en el 80-100% de los casos.

5.- Factores etiológicos y contribuyentes o factores de riesgo: Se organizan entorno a los factores fisiopatológicos, relacionados con el tratamiento, la situación y la maduración, que pueden influir en el estado de salud o contribuir al desarrollo del problema.

**Tipos de diagnóstico**

 Real: representa un estado validado mediante características definitorias.

Alto riesgo: son más vulnerables de presentar riesgos, que otros.

 Posible: son enunciados que se describen un problema sospechado para el que se necesita datos adicionales

De bienestar: juicio clínico respecto a una persona, grupo o comunidad para elevar su bienestar hacia un nivel más alto.

**TERCERA ETAPA PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS**

En 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.

Establecer prioridades en los cuidados, Todos los problemas, necesidades que pueden presentar una familia y una comunidad raras veces puede ser abordado al mismo tiempo, por falta de disponibilidad de la enfermera, o de la familia.

**EJECUCIÓN**

Implica continuar con la recaudación de datos de valoración, realización de actividades y anotaciones de los cuidados .cuando existen problemas se dan a conocer en informes verbales de enfermería y manter el plan de cuidados actualizados

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 de enfermeras dirigidas a la resolución de problemas (diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes) y las necesidades asistenciales de cada persona tratada.

**EVALUACIÓN**

Se define como la comparación planificada y sistematizada entre el estado de salud del paciente y los resultados esperados después de evaluar, para emitir un juicio sobre situación de persona, comparándolo con uno o varios criterios más importantes que valora la enfermería, en este sentido, son: la eficacia y la efectividad.

El proceso de evaluación consta de dos partes donde se recogen datos sobre el estado de salud, problema, o diagnóstico que queremos evaluar se puede comparar los resultados esperados, y un juicio sobre la evolución del paciente hacia la consecución de los resultados esperados. La evaluación es un proceso que requiere de la valoración de los distintos aspectos del estado de salud del paciente. Se debe de tener en cuenta una característica en la evaluación donde se pueda ver la evolución del paciente y la atención sea más efectiva.

**BASES SEMIOLÓGICAS DE LA VALORACIÓN DEL**

**PACIENTE**

Es el estudio de los signos y síntomas de una enfermedad, semiotecnia se busca a través del tacto, oído, vista, olfato. Tiene como objetivo a partir de los datos recabados del examen físico y los estudios complementarios se llegan al diagnóstico, el paciente puede manifestar un síntoma como dolor, disnea o algún signo que pueda ser observado por la enfermera.

Síndrome es el conjunto de síntomas y signos relacionados entre sí, que tienen una fisiopatología como el síndrome febril.

**Características de la historia clínica**

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

Los datos básicos, lista de problemas, notas de evolución, exámenes Interrogatorio, examen físico complementario. El interrogatorio es el primer paso de la historia clínica. Hay que dejar que el paciente exponga su problema interrumpiéndolo para evitar disociaciones, Luego se comienza con un interrogatorio dirigido. Como datos personales, motivo de consulta, enfermedad actual, hábitos, antecedentes personales, familiares y exámenes físicos y exámenes complementarios.

La interpretación y la validación acertadas de los datos de la valoración aseguran haber recogido una base de datos completa. Una vez que el paciente haya proporcionado datos subjetivos se debe explorar los datos objetivos

Una entrevista acertada requiere preparación, incluyendo la revisión de toda la información disponible sobre el paciente, la preparación del entorno de la entrevista y la elección del momento para evitar interrupciones.

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 y finalizar la entrevista. Una buena entrevista clínica se centra en el paciente y no en el programa.

**EXPLORACIÓN FÍSICA**

La valoración de la salud y la exploración física, que hace la enfermera debe poder reconocer e interpretar cada manifestación conductual y física del paciente, identificará patrones de salud y evaluará los progresos de cada paciente a los tratamientos y las terapias.

Cuando se realizan valoraciones en eventos comunitarios de promoción de salud en clínicas dependiendo del resultado de la valoración, una enfermera considera las recomendaciones basadas en la evidencia para el cuidado sobre la base de los valores de un paciente, la propia experiencia personal, la enfermera mientras recauda datos subjetivos, obtiene datos objetivos, mientras se hace la exploración física se realiza como una evaluación inicial en el triaje para la atención de urgencia si así lo ha medita.

La enfermera tiene que utilizar la exploración física para hacer la recopilar los datos basales sobre el estado de salud del paciente, apoyar los datos subjetivos obtenidos en la historia de enfermería, identificar y confirmar los diagnósticos y tomar las decisiones clínicas sobre el estado de salud cambiante del paciente y evaluar los resultados de los cuidados.

En el entorno la exploración física debe ser respetuosa y considerada requiere intimidad, por ejemplo una habitación.

**Material y equipo para la exploración física.**

Cepillo o escobilla cervical, cinta métrica, báscula con varilla de medición, bastoncillos de algodón, compresas/paños de papel, recipientes para muestras, cortinas/fundas, fijador citológico, gráfico oftálmico, esfigmomanómetro y manguito

torundas estériles, linterna y foco, estetoscopio, formularios, termómetro, guantes sin látex, pañuelos de papel, bata para el paciente, depresores linguales, oftalmoscopio, diapasón, otoscopio, especulo vaginal, medio líquido, lubricante

**Equipamiento**

La enfermera debe realizar la higiene de manos a fondo antes de manipular el equipamiento y empezar una exploración, debe preparar el equipo apropiado y que todo esté funcionando.

**Preparación física del paciente**

Asegurarse que el paciente está cómodo y preguntarle si no necesita ir al baño y decirle cómo será el procedimiento que se le realizara.

**Colocación**

Durante la exploración se pide al paciente que adopte las posturas apropiadas de manera que las partes del cuerpo sean accesibles y el paciente se mantenga cómodo, después de explicar las posiciones, la enfermera debe ayudar al paciente a adoptarlas y cuidando del paciente para que no ocurra un incidente que pueda causarle incomodidad.

**Preparación psicológica de un paciente**

Una explicación cuidadosa del objetivo y de los pasos de cadavaloración permite al paciente saber qué esperar y cómo cooperar. La enfermera debe adaptar las explicaciones al nivel de comprensión del paciente y animarlo a hacer preguntas y

comentarios respecto a cualquier malestar.

**Organización de la exploración**

Los pacientes con síntomas o necesidades focalizadas requieren solamente unas partes de la exploración física debe seguir una rutina sistemática para evitar pasar por alto hallazgos importantes.

 Si el paciente está gravemente enfermo, primero valorar los sistemas corporales que presentan más riesgo de estar alterados. Por ejemplo, a un paciente con dolor torácico se le realiza primero una valoración cardiovascular, si el paciente se cansa, ofrecer períodos de descanso entre las valoraciones, realizar los procedimientos dolorosos cerca del final de una exploración, registrar las valoraciones, utilizar términos clínicos y anotaciones más rápidas para evitar retrasos.

**Técnicas de valoración física**

Las cuatro técnicas usadas en una exploración física son inspección, palpación, percusión y auscultación.

**Inspección:** se produce al interaccionar con el paciente vigilándolo si hay expresiones no verbales, prestar mucha atención los detalles para poder identificar cualquier anomalía.

**Palpación:** implica usar el sentido del tacto para recopilar la información, la enfermera palpa la piel para conocer la temperatura, humedad, textura, turgencia, sensibilidad y grosor, y el abdomen para conocer la sensibilidad, distensión o masas. Hay que mostrar respeto al paciente durante la palpación.

**Percusión:** Implica golpear ligeramente la piel con las yemas de los dedos para hacer vibrar los tejidos y órganos subyacentes.

**Auscultación:** Es necesario un estetoscopio para valorar los ruidos internos del cuerpo, Mediante la práctica con el estetoscopio, la enfermera se hace competente en su uso ypercibe cuándo los sonidos son claros y cuándo hay sonidos extraños.

**Uso y cuidado del estetoscopio:** quitar las olivas auriculares regularmente y limpiarlas; quitar el cerumen, mantener la campana y el diafragma libres del polvo, pelusa y grasa de la piel, Mantener el tubo lejos de cualquier grasa de la piel, evitar poner el estetoscopio alrededor del cuello tocando la piel, limpiarlo pasando un paño por el estetoscopio entero con alcohol o agua jabonosa y asegurarse de secar todas las partes a fondo.

**SIGNOS VITALES**

La enfermera que atiende a un paciente es responsable de la medición de las constantes vitales.

La enfermera debe seleccionar el equipamiento basándose en el estado y características del paciente, tiene que determinar la historia clínica del paciente, las terapias y las medicaciones prescritas. Algunas enfermedades o tratamientos causan cambios predecibles en las constantes vitales, utilizar las mediciones para determinar las indicaciones para la administración de la medicación se deben comunicar los cambios significativos de las constantes vitales al médico del paciente o a la enfermera encargada.

**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, elpulso es un indicador del estado circulatorio.

**Valoración del pulso:** La enfermera puede valorar cualquier arteria pero normalmenteutiliza la arteria radial porque es más fácil de palpar. Cuando el paciente empeora se checa la arteria carótida para encontrar rápidamente elpulso. El corazón continúa distribuyendo sangre a través de la arteria carótida al cerebrotanto tiempo como sea posible. Y conforme se debilita es más difícil de encontrar el pulso.

 **Respiración:** Durante una respiración tranquila la pared torácica se eleva y desciende suavemente. La enfermera valora la ventilación determinando la frecuencia, la profundidad y el ritmo.

**Valoración de la ventilación:** La respiración es la constante vital más fácil de valorar, la enfermera no debe hacer una estimación aproximada de la respiración.

Unamedición correcta requiere observación y palpación del movimiento de la pared torácica. Cuando la enfermera está valorando la respiración debe encargarse para que el paciente no se dé cuenta.

**Frecuencia respiratoria:** La frecuencia respiratoria normal varía con la edad.

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

**Ritmo de la ventilación:** La enfermera determina el patrón respiratorio observando el tórax o el abdomen. La respiración diafragma- matica es el resultado de la contracción y relajación del diafragma, y se observa mejor mirando los movimientos abdominales.

**Pulsioxímetro portátil con sonda para el dedo:**

Respiración dificultosa implica normalmente a los músculos accesorios de la respiración visibles en el cuello.

**Factores que afectan a la determinación de la saturación de oxigeno:**

Interferencia de la luz de las fuentes exteriores afectan a la capacidad del pulsioximetro, el monóxido de carbono, el movimiento del paciente, la ictericia, el esmalte de uñas, pigmento oscuro de la piel, edema, una sonda apretada.

**Proceso de enfermería y constantes vitales respiratorias:**

La medición de la frecuencia respiratoria, el patrón y la profundidad, la enfermera incluye intervención del diagnóstico de enfermería.

**Presión arterial:** es la fuerza ejercida por las paredes de la arteria que bombea a la sangre a presión del corazón.

**Fisiología de la presión arterial sanguínea:** se reflejan las interrelaciones del gasto cardiaco, la resistencia vascular periférica, el volumen y viscosidad sanguínea y la elasticidad arterial.

**Gasto cardiaco:** depende de presión arterial, a medida que el gasto cardiaco aumenta, haciendo que se eleve y la frecuencia cardiaca disminuye.

**Resistencia periférica:** depende de la resistencia vascular, la sangre circula a través de la red de arterias, arteriolas, capilares, vénulas y venas. Las arterias y arteriolas cambian para ajustar el flujo sanguíneo a los tejidos locales.

**Volumen de sangre**: la sangre que circula en el sistema vascular afecta a la presión arterial.

**Viscosidad:** afecta a la sangre que fluye a través de los vasos pequeños.

**Elasticidad:** a medida que aumenta la presión, las paredes aumenta para adaptase al cambio de la presión.

La valoración de la presión arterial da lugar a muchas decisiones clínicas e intervenciones, que en caso de no estar segura se considera que otra enfermera lo haga para no caer en errores y tener buenos resultados.

**RECOGIDAS DE MUESTRAS BIOLÓGICAS**

Se apoya 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, fasciola, hepática; epidemiologia descriptiva estudios transversales y costos de la atención en salud. Así con las hipótesis clínicas, y muchas veces, el curso del tratamiento y la evolución del paciente dependen de los resultados de estas pruebas. El medico tiene la responsabilidad de conocer las pruebas disponibles del laboratorio para tener rapidez y eficacia en los resultados.

**PREPARACIÓN DE PACIENTES PARA ESTUDIOS RADIOLÓGICOS**:

El personal de enfermería Debe tener capacidad para reconocer e interpretar signos normales o cambiantes de salud, mala salud, sufrimiento, incapacidad de la persona. En pacientes de alto riesgo el personal de enfermería debe estar preparado para reconocer rápidamente las distintas patologías concomitantes. Debe identificar y priorizar diagnósticos de enfermería problemas colaborativos.

Debe conocer el manejo de la farmacología específica. Debe conocer el manejo del equipo. Debe conocer los procedimientos radiológicos.

**Preparación física**:

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, nauseas. Participa activamente en los procedimientos diagnósticos y terapéuticos. Gestiona y mantiene archivos.,

**Durante el procedimiento:**

Recolección de muestra para laboratorios ha establecido algunas consideraciones que se deben tener en cuenta, al extraer muestras de fluidos corporales considerados de riesgo, en pacientes ambulatorios y hospitalizados, como una manera de realizar técnicas con un margen de seguridad, tanto para el personal de salud, como para los pacientes que son atendidos en consultorios y hospitales.

**Normas establecidas por el ministerio de salud:**

Personal, materiales, lavado de manos, uso de guantes, elección y preparación de sitio de punción, desecho de material.

* Daño para el paciente al atrasar o perder la oportunidad de un diagnóstico precoz, de una valoración de la evolución o ajuste oportuno de una terapia.
* Pérdida de tiempo y material.
* Pérdida de confianza del paciente.
* Alteración de los resultados.
* Alteración del rodaje del servicio y del laboratorio. Consecuencias de una mala técnica en

**La toma de muestras de exámenes**.

 Explicar al paciente acerca de la indicación médica del examen, constatar que el paciente está en las condiciones requeridas para el examen, en general los exámenes de sangre se toman en ayunas, controlar que el paciente ingiera desayuno después de la toma de la muestra, una vez tomadas las muestras deben ser enviadas a la brevedad al laboratorio, no deben utilizarse frascos que merezcan dudas, sin tapas, sucios o con cantidad insuficiente de anticoagulante, Verificar que sea el paciente correcto y muestra correcta.

 **Indicaciones de la toma de muestra de sangre**:

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

Lavarse las manos y preparar el equipo, Identifique al paciente verbalmente o revisando la ficha clínica, explicarle el procedimiento a realizar, seleccionar el sitio que le merezca mayor seguridad de éxito en la técnica y de menor riesgo para el paciente, colocarse los guantes, armar la jeringa. Insertar la aguja con el bisel hacia arriba, Llenar con la cantidad necesaria los frascos de examen, siempre llenar primero los frascos que tienen anticoagulantes, girándolos según corresponda, Registrar el procedimiento, según norma del servicio.

**CONCLUSIÓN**

Es la herramienta utilizada para el proceso de atención de enfermería (PAE) que nos permite prestar cuidados al que lo necesite, es de suma importancia tener en claro los procesos de enfermería que son: valoración, diagnostico, planificación, ejecución y evaluación.

Para cada uno de estos puntos debemos cumplir ciertos procedimientos como: entrevistas clínicas, técnicas verbales y conocimientos que debe tener el entrevistador, y también exploración física, signos vitales.

 Es muy importante conocer los tipos de diagnóstico como: real, alto riesgo, posible y de bienestar. Para dar buenos cuidados dentro de la ejecución para luego hacer la evaluación o continuar con una nueva valoración o bien modificar el plan de cuidados.

El proceso de enfermería es la aplicación del método científico asistencial de la disciplina, también las propiedades que tiene como objetivo el **PAE** para el bienestar del paciente o continuar con una nueva valoración o bien modificar el plan de cuidados..

La enfermería tiene tres dimensiones, dependiente, interdependiente e independiente según el nivel de decisión de la enfermera.

Dar un diagnóstico de enfermería no es sinónimo de médico