



UDS

Pasión Por Educar

Licenciatura en Enfermería

Materia: Fundamentos de Enfermería

Prof.: María del Carmen López Silba



Tema: Unidad I Proceso de Enfermería

Alum: Daniela de Jesús López López

Iro "A"

18/sep./2021

Tema: 1. Proceso De Enfermería

Proceso De Enfermería

La aplicación del método científico en la práctica asistencial enfermera, es el método conocido como proceso de Atención de Enfermería (P.A.E). El proceso de atención de enfermería es la herramienta básica y fundamental que asegura la calidad del cuidado del paciente, ya que se basa en un amplio marco teórico. Por ello, constituye un instrumento que permite cubrir e individualizar las necesidades reales y potenciales del paciente, familia y comunidad. Lo que repercute en la satisfacción y profesionalización de enfermería.

El proceso de enfermería tiene sus orígenes cuando, por primera vez, fue considerado como un proceso, esto ocurrió con Hall (1995), Johnson (1959), Orlando (1961) y Wiedenbach (1963), consideraron un proceso de tres etapas (valoración, planeación y ejecución); Yura y Walsh (1967), establecieron cuatro: valoración, planeación, realización y evaluación, y Bloch (1974), Roy (1975), Aspinall (1976) y algunos autores más, establecieron las cinco actuales al añadir la etapa diagnóstica.

El proceso de enfermería exige que se posea una amplia base de conocimientos de varias disciplinas. Esta base de conocimientos incluye conceptos básicos de anatomía, fisiología, química, nutrición, microbiología, psicología y sociología. Estos componentes le permitirán valorar el estado fisiológico y psicológico del paciente. Las habilidades para ejecutar el proceso enfermero pueden ser de naturaleza técnica o interpersonal. En sentido profesional, el proceso enfermero define el alcance de la práctica de enfermería e idéntica las directrices de la asistencia de enfermería. El uso del proceso de enfermero en la práctica tiene consecuencias para la profesión de enfermería, para el cliente y para cada profesional de enfermería en particular. El paciente se beneficia del uso del

proceso enfermero ya que le asegura la calidad de la asistencia, al tiempo que estimula al paciente a participar en la misma y finalmente las ventajas para el profesional de enfermería será una mayor satisfacción por el trabajo y un aumento en el desarrollo profesional; aunque la entrega efectiva de cuidados requiere que estos sean apropiados culturalmente, dirigidos por el conocimiento, holístico y un cuidado humano.

Características:

- Tiene una finalidad.
- Es dinámico.
- Es interactivo: relaciones entre el enfermero y el paciente.
- Es flexible: sus fases pueden utilizarse sucesiva o conjuntamente.
- Tiene una base teórica.

Objetivos:

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

1.1 Primera etapa: Valoración de Enfermería.

La valoración enfermera es la primera fase del proceso de atención de enfermería. Esta fase ayuda a identificar los factores y las situaciones que guían la determinación de problemas presentes, potenciales o posibles, reflejando el estado de salud del individuo.

Tipos de valoración:

- Según la complejidad del examen se distinguen dos tipos de valoraciones:
 - Valoración Global o Inicial: cubre todas las perspectivas de valoración enfermera.
 - Valoración Focalizada o Continua: se centra en situaciones clínicas o problemas de salud concretos.
- Según su sistemática se distinguen cuatro tipos de valoraciones:
 - Valoración siguiendo el orden de “cabeza a pies”.
 - Valoración por “sistemas y aparatos”.
 - Patrones Funcionales de Salud de Marjory Gordon.
 - Necesidades de Virginia Henderson.

Para su realización se deberá considerar lo siguiente:

1. Recolectar la información de fuentes variadas (individuo, familia, personal de equipo de salud, examen físico y laboratorio). Para recolectar la información se utilizan métodos como la interacción personal, la observación y la medición.
2. Validación de los datos: la validación consiste en confirmar que los datos objetivos y subjetivos que se han obtenido sean verdaderos.
3. Organización de los datos: en esta fase la información recogida será agrupada, de tal manera que se facilite y oriente la etapa de diagnóstico.
4. Registro de la valoración: los objetivos de un registro correcto de la valoración son:
 - Establecimiento de un sistema de comunicación entre el personal sanitario.
 - Extraer conclusiones sobre la efectividad de los cuidados aplicados.
 - Validar un testimonio legal.

1.2 Segunda etapa: Diagnóstico de enfermería.

La segunda fase, el diagnóstico de enfermería, es el enunciado del problema real de alto riesgo o estado de bienestar para el sujeto de atención que requiere intervención para solucionarlo o disminuirlo con el conocimiento de la enfermería. Hay diferentes definiciones sobre el concepto de diagnóstico de enfermería. Sin embargo, la más habitualmente aceptada se corresponde con la dada por la NANDA- "El diagnóstico enfermero es un juicio clínico sobre la respuesta de un individuo, familia o comunidad a sus problemas de salud reales o potenciales, y a procesos vitales. El diagnóstico enfermero proporciona la base para la selección de intervenciones, para el logro de objetivos para los que la enfermera es responsable".

Principales características de los diagnósticos de enfermería son:

- Los diagnósticos de enfermería se centran en los problemas derivados de las respuestas humanas acontecidas tras una alteración de la salud particular.
- Así, las respuestas son los actos de adaptación que se producen en una persona ante una situación clínica específica.
- Los diagnósticos de enfermería describen las respuestas de los pacientes ante situaciones clínicas que pueden ser tratadas o abordadas por las enfermeras.

Formulación de un diagnóstico de enfermería:

Para la construcción de un diagnóstico de enfermería, la NANDA recomienda utilizar el formato P.E.S. elaborado por Marjory Gordon en 1982. Estas siglas especifican el orden que debe seguir la formulación de un diagnóstico de enfermería:

- **Problema:** es la parte que guía y define el resto del diagnóstico. Estará compuesto por la etiqueta diagnóstica y su definición.

- **Etiología:** se definirán los diferentes factores relacionados o agentes causales que pueden haber provocado la respuesta de salud en el paciente. La etiología será el primer objetivo de las intervenciones: por este motivo, cuanto más precisa sea la elección de la etiología, más efectivas serán las intervenciones enfermeras.
- **Sintomatología:** se refiere a los signos y síntomas que tiene el paciente, los cuales especifican la magnitud de la respuesta producida.

Tipos de diagnóstico de enfermería:

1. **Diagnóstico de Bienestar:** potencial para favorecer la paternidad.
2. **Diagnóstico de Alto Riesgo:** alto riesgo de alteraciones del mantenimiento de la salud relacionado con conocimientos insuficientes sobre el problema, actividades, dieta y medicamentos.
3. **Diagnóstico Posible:** posible incapacidad para el autocuidado relacionado con la afectación en la capacidad de utilizar la mano izquierda secundaria a vía intravenosa.
4. **Diagnostico real:** alteración de la nutrición por defecto relacionado con anorexia, nauseas/vómitos persistentes y aumento del índice metabólico.

1.3 Tercera etapa: Planificación de Cuidados.

Esta tercera fase del proceso de atención de enfermería contemplan el desarrollo de estrategias determinadas para prevenir, minimizar o corregir los problemas identificados en el diagnóstico. La fase de planeación del proceso de enfermería incluye cuatro etapas, Carpenito (1987) e Iyer (1989).

Etapas:

1. **Establecer prioridades en los cuidados:** selección. Se trata de ordenar jerárquicamente los problemas detectados.
2. **Planteamiento de los objetivos del cliente con resultados esperados:** esto es, determinar los criterios de resultado. Describir los resultados esperados, tanto por parte del individuo y/o de la familia como parte de los profesionales.
3. **Elaboración de las actuaciones de enfermería:** esto es, determinar los objetivos de enfermería. Determinación de actividades, acciones específicas en el plan de cuidados corresponden a tareas que le enfermera y/o familia realizaran.
 - Para un diagnóstico de enfermería real: las actuaciones van dirigidas a reducir o eliminar los factores concurrentes o el diagnóstico.
 - Para un diagnóstico de enfermería de alto riesgo las intervenciones tratan de reducir o eliminar los factores de riesgo, prevenir la presentación del problema, monitorizar su inicio.
 - Para un diagnóstico de enfermería posible: las intervenciones tratan de recopilar datos adicionales para descartar o confirmar el diagnóstico.
4. **Documentación y registro.**

Partes que componen los planes de cuidados:

Los planes de cuidados deben tener los siguientes registros documentales:

- Diagnóstico de enfermería/ problemas interdependientes.
- Objetivos del cliente para el alta a largo plazo
- Ordenes de enfermería
- Evaluación

Hunt (1978) desarrollo tres documentos para recoger toda la información necesaria para enfermería:

- Hoja de admisión que recoge la información de la valoración.

- Documento donde se registra: los problemas del paciente, los objetivos del plan de cuidados y acciones de enfermería.
- Documento de evaluación.

Tipos de cuidados:

- Individualizado
- Estandarizado
- Estandarizados con modificaciones
- Computarizado

1.4 Ejecución.

La fase de ejecución es la cuarta etapa del proceso de atención, es en esta etapa cuando realmente se lleva a cabo las intervenciones de enfermería y conlleva a 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: el plan tiene como objetivo documentar y comunicar el estado de salud del paciente, resultados, las intervenciones realizadas y evaluación del proceso.

Se deberán tener los siguientes registros:

- Valoración de enfermería.
- Diagnósticos de enfermería.
- Resultados NOC.

- Intervenciones NIC.

El enfermero tiene toda la responsabilidad en la ejecución del plan, pero incluye al paciente y a toda la familia, así como a otros miembros del equipo. En esta fase se realizarán todas las intervenciones enfermeras dirigidas a la resolución de problemas y las necesidades asistenciales de cada persona tratada.

Ventajas de la informatización de los planes de atención de la enfermería son:

- Registro rápido, claro y conciso.
- Ausencia de las iatrogenias causadas por una interpretación errónea de la información manuscrita.
- Se evita duplicar información.
- Eliminación del registro físico o papeleo.

1.5 Evaluación.

La evaluación se define como la comparación planificada y sistematizada entre el estado de salud del paciente y los resultados esperados. La última fase evalúa, regular y sistemáticamente, las respuestas del paciente a las intervenciones realizadas con el fin de determinar su evolución para el logro de los objetivos marcados, de diagnósticos enfermeros, los objetivos y/o el plan de cuidados.

Fases de evaluación:

- Puntuación de los indicadores.
- Comparación de los resultados.

Tipos de indicadores NOC:

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

La evaluación se lleva a cabo sobre las etapas del plan, la intervención enfermera y sobre el producto final. A la hora del registro de se debe de evitar los términos “igual”, “poco apetito”, etc., es de mayor utilidad indicar lo que dijo, hizo y sintió el paciente.

1.6 Entrevista Clínica.

La entrevista clínica, es la herramienta que a todos los trabajadores de salud en especial al personal de enfermería, nos permite el primer acercamiento al paciente y su entorno, con el objetivo de obtener la información necesaria para ayudarlo en el proceso de mejora de su salud.

Etapas de la entrevista clínica:

- **Preparación del proceso.**
- **Fase inicial:** se produce cuando el entrevistador interacciona con el paciente, para recoger información sobre los problemas del paciente. Las actividades que se realizan son:
 - Presentación del personal que realizara la entrevista.
 - Confirmar la identidad del paciente.
 - Preguntar por preocupaciones en ese momento.
 - Informar la duración de la entrevista.

- Remarcar la confidencialidad de la información revelada.
- Aclarar la finalidad de la entrevista.
- Interpretación de señales verbales del paciente.
- **Cuerpo o fase intermedia:** se abordan diferentes áreas temáticas a las cuales se quiere dirigir. Consideraciones que debemos de tener en cuenta:
 - Recoger la información de lo general a lo específico.
 - Anotar los datos recogidos brevemente y de forma inteligible.
 - Atender a las reglas básicas de las habilidades de comunicación efectiva.
 - Ser flexible en cuanto al orden en la presentación de las preguntas.
- **Cierre:** las actividades que comprende son:
 - Comunicar la finalización próxima de la misma.
 - Agradecer la colaboración y atención prestada.
 - Preguntar si desea comunicar algo más.
 - Presentar resumen de los contenidos tratados.
 - Aportar prescripciones. Serian por ejemplo, una serie de cuidados o recomendaciones a seguir.
 - Despedirse, atendiendo a los rituales sociales habituales de cualquier despedida.
- **Posdata.**
- **Análisis de la información recogida.**

1.7 Bases Semiológicas De La Valoración Del Paciente.

La semiología clínica es el cuerpo de conocimientos que se ocupa de cómo identificar las diversas manifestaciones patológicas, de cómo buscar estas manifestaciones, de cómo reunir las en síndromes, y de cómo interpretarlas,

jerarquizarlas y razonarlas. Gracias a ese cuerpo de conocimiento se puede llegar al diagnóstico.

Tipos:

La semiología clínica varía de acuerdo con la especialidad en la que se aplique:

- Semiología cardiológica.
- Semiología endocrinológica.
- Semiología gastroenterológica.
- Semiología ginecobstétrica.
- Semiología hematológica.
- Semiología neurológica.
- Semiología oftalmológica.
- Semiología pediátrica.
- Semiología psiquiátrica.
- Semiología reumatológica.
- Semiología traumatológica.
- Semiología radiológica.
- Semiología estomacal.
- Semiología anal.

1.8 Exploración Física.

Examen físico o examen clínico es la exploración que se practica a toda persona a fin de reconocer las alteraciones o signos producidos por la enfermedad, valiéndose de los sentidos y de pequeños aparatos o instrumentos llevados consigo mismo.

Métodos de exploración clínica:

- **Inspección:** es la apreciación con la vista desnuda, para detectar los hallazgos anormales en relación con los normales. Se divide en dos:
 - Inspección general: incluye el estado mental, los signos vitales, el peso, altura, marcha y piel.
 - Inspección segmentario: comprende la valoración de la cabeza, cuello, tórax, abdomen, genitourinario y extremidades.
- **Palpación:** es el proceso de examinar el cuerpo utilizando el sentido del tacto, para detectar la presencia o ausencia de masa o masas, presencia de dolor, temperatura.
- Percusión: consiste en golpear suavemente con la mano o instrumento cualquier segmento del cuerpo, para producir movimientos, dolor y obtener sonidos para determinar la posición, tamaño y densidad de una estructura subyacente.
- **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, al momento de respirar.

Material y equipo:

Para realizar el examen físico es necesario el auxilio de algunos materiales y equipos:

- Estetoscopio clínico.
- Esfigmomanómetro.
- Termómetro clínico.
- Depresor: para examen de la cavidad bucal.
- Torundas: limpiar el termómetro.
- Paraban: privacidad del paciente.
- Sabana.

1.9 Signos Vitales.

Los signos vitales son valores que nos permiten estimar la efectividad circulación, de la respiración y de las funciones neurológicas basales y su réplica a diferentes estímulos fisiológicos y patológicos. Entre ellos están:

- Pulso arterial y frecuencia cardiaca:

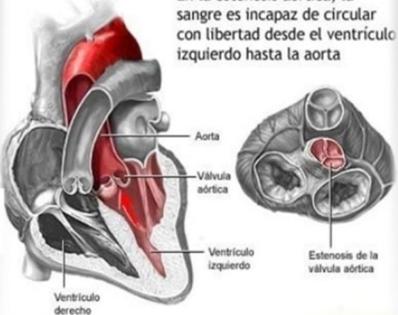
Pulso parvus et tardus (pequeño y lento) o Anácroto:

Ascenso lento y cúspide lenta y retrasada de la onda.

-Es hallazgo característico de:

- ✓ Estenosis aórtica.
- ✓ Coartación aórtica (pulso femoral).

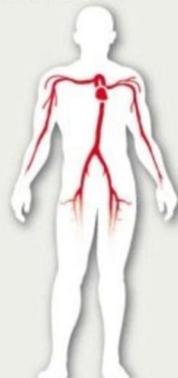
En la estenosis aórtica, la sangre es incapaz de circular con libertad desde el ventrículo izquierdo hasta la aorta



"Pulso sostenido en meseta"

fppt.com

El pulso se origina en el corazón al bombear la sangre al cuerpo.



La frecuencia cardiaca normal en reposo es de 60 a 100 latidos por minuto

- 1 Colocar una mano con la palma hacia arriba.
- 2 Con las yemas de los **dedos índice y medio** de la otra mano, presionar suavemente sobre la arteria radial hasta sentir el pulso.
- 3 Luego **contar las pulsaciones durante 30 segundos** y el resultado multiplicarlo por 2

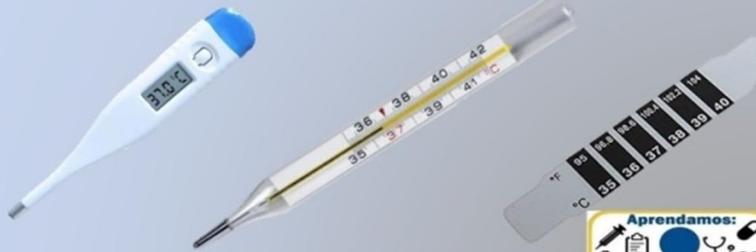
Ejemplo:
40 pulsaciones x 2 = 80 pulsaciones por minuto

Fuente FEDERACION CARDIOLOGICA ARGENTINA

CLARIN

- Temperatura corporal:

COMO MEDIR LA TEMPERATURA



SIN ERRORES

Aprendamos: Medicina

MEDICIÓN DE LA TEMPERATURA CORPORAL

La medición con termómetros electrónicos o digitales se puede realizar en tres zonas: la axila, la boca y el recto, para la medición de la temperatura rectal existen termómetros digitales semirrígidos.



21/04/2028 Tortora Gerard J. & Derrickson, Bryan (2013). Principios de Anatomía y Fisiología; Editorial: Panamericana 24

- **Frecuencia respiratoria:**

VALORES NORMALES DE FRECUENCIA RESPIRATORIA

Edad Respiraciones por minuto

- ❖ Recién nacido 30 – 80
- ❖ Lactante menor 20 – 40
- ❖ Lactante mayor 20 – 30
- ❖ Niños de 2 a 4 años 20 – 30
- ❖ Niños de 6 a 8 años 20 – 25
- ❖ Adulto 15 – 20



Frecuencia Respiratoria



Procedimiento

El examinador debe observar los movimientos respiratorios sin pretender intervenir en su ritmo

Si una persona sabe que se están contando sus respiraciones, generalmente le es difícil mantener la función normal

También en éste caso se puede contar el número de movimientos durante medio minuto y luego multiplicar por dos.



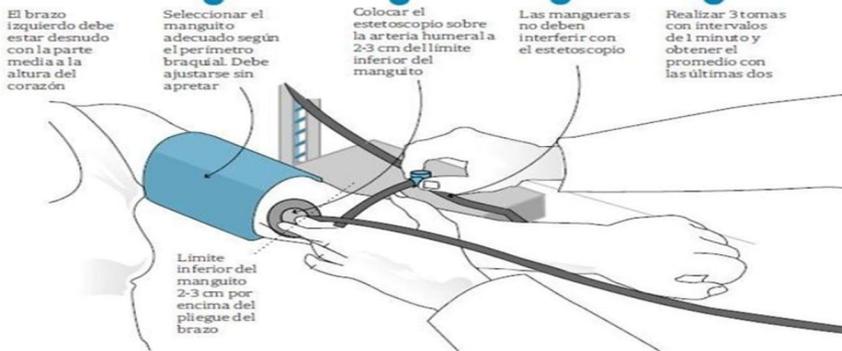
- **Presión arterial:**

Cómo tomar la presión

Los tensiómetros miden la tensión arterial, de valor similar a la presión, pero que se opone a ella para evitar una distensión exagerada.

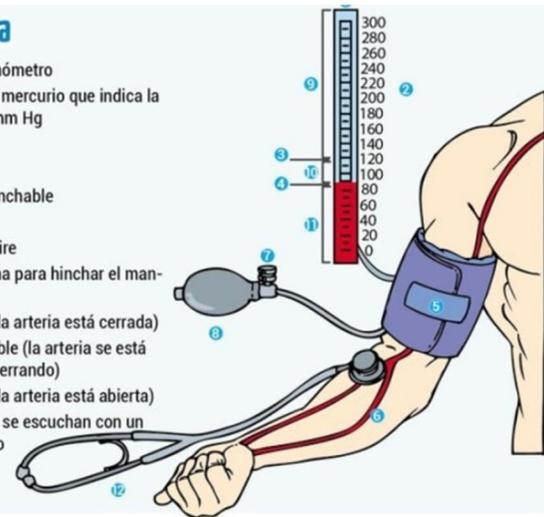
EL PASO A PASO PARA REALIZAR UNA CORRECTA MEDICIÓN

Se recomienda tener la espalda apoyada, no cruzar las piernas y mantener los pies en el piso



Referencia

- 1 Esfigmomanómetro
- 2 Columna de mercurio que indica la presión en mm Hg
- 3 Sístole
- 4 Diástole
- 5 Manguito hinchable
- 6 Arteria
- 7 Válvula de aire
- 8 Pera de goma para hinchar el manguito
- 9 Sin sonido (la arteria está cerrada)
- 10 Sonido audible (la arteria se está abriendo y cerrando)
- 11 Sin sonido (la arteria está abierta)
- 12 Los sonidos se escuchan con un estetoscopio



1.10 Recogidas De Muestras Biológicas.

Muestra de material como orina, sangre, tejido, células, ADN, ARN o proteínas de seres humanos, animales o plantas. Las muestras biológicas se usan para pruebas de laboratorio o se almacenan en un depósito biológico para usarse en investigación.

Recogida de muestras de orina:



- Previa higiene del área periuretral (evitar contaminación)
- Mujeres: para la obtención de la muestra deben retraer los labios vaginales.
- Hombres: el glande del pene.
- Obtener la muestra del chorro medio de la micción .



Recogida de orina en niños y lactantes:

PASOS A SEGUIR



ANÁLISIS DE ORINA CON SONDA

Se trata de recoger la orina mediante una sonda que atraviese la uretra y llegue a la vejiga. Se hace de este modo porque el paciente ya está sondado, pero otras se decide esta técnica porque así se consigue la orina sin contaminar desde la vejiga directamente.



Recogida de muestras de heces:

CONCEPTO

- Esta prueba diagnóstica consiste en analizar las heces de una persona y es una herramienta de gran utilidad en múltiples enfermedades. Sirve para determinar el contenido y peso de las heces, si hay muchas grasas, pus, moco o sangre, detectar posibles microorganismos que estén causando cuadros infecciosos.



| | | | |
|--|--|--|--|
| <p>1</p> | <p>2</p> | <p>3</p> | <p>4</p> |
| <p>Extraer el tubo de la bolsa verde</p> | <p>Anotar nombre, edad y fecha de recogida de la muestra en la etiqueta del tubo</p> | <p>Colocar una capa de papel higiénico en váter y, si se puede, sentarse de cara al váter.</p> | <p>Desenroscar el tapón verde y extraer el bastoncillo</p> |
| <p>5</p> | <p>6</p> | <p>7</p> | <p>8</p> |
| <p>Poner en contacto la punta del bastoncillo con las heces y hacer resbalar la punta dibujando líneas horizontales y verticales</p> | <p>Hay suficiente con poca cantidad de muestra</p> | <p>Poner el bastoncillo dentro del tubo, taponarlo bien y agitarlo durante unos segundos</p> | <p>Guardar el tubo en la bolsa verde y retornarlo, lo antes posible, en su farmacia. Mientras tanto, conservar la muestra un máximo de 3 días en la nevera (no congelar)</p> |

Muestras de sangre:

LIMPIEZA DEL SITIO DE PUNCIÓN DE PUNCIÓN

| | | | | | |
|-----------------|--|-----------------|---|-----------------|--|
| <p>a</p> | <p>Durante la punción, sostener la unidad completa (aguja y porta tubos) entre el dedo índice y el pulgar de la mano derecha</p> | <p>b</p> | <p>Cambie la posición de las manos tan pronto la aguja este en la vena, los dedos medio e índice se sitúan en las aletas del porta tubos, mientras se introduce el tubo dentro del porta tubos con el pulgar de la mano derecha</p> | <p>c</p> | <p>La sangre es aspirada por vacío y fluye dentro del tubo por sí sola. Libere el torniquete inmediatamente con su mano izquierda sosteniendo todavía el porta tubos</p> |
| <p>d</p> | <p>Retire el tubo con la mano derecha, apoyando el pulgar sobre una de las aletas del porta tubos</p> | <p>e</p> | <p>Homogenice el tubo muy suavemente, invirtiéndolo varias veces para asegurar la mezcla apropiada de la sangre con el anticoagulante</p> | <p>f</p> | <p>Si han de sacarse múltiples muestras de sangre, inserte un segundo tubo y repita las operaciones desde el apartado B</p> |



Conclusión.

El proceso de enfermería para atención del individuo, familia o comunidad, consiste básicamente en identificar los problemas de salud que son competencia de este profesional. Es un método ordenado para obtener información e identificar los problemas del individuo, la familia y la comunidad con el fin de planear, ejecutar y evaluar el cuidado de enfermería. El proceso de atención de enfermería exige del enfermero: habilidades y destrezas efectivas, cognoscitivas y motrices para observar, valorar, decidir, realizar, evaluar e interactuar con otros profesionales de salud. Este proceso tiene como propiedades ser: más dinámico, flexible, continuo y con un fin determinado.

Se trata de un proceso de toma de decisiones, en primer lugar sobre el diagnóstico, lo que implica, necesariamente, haber realizado una valoración y haber analizado e interpretado los hallazgos, para, finalmente llegar a emitir un juicio; en segundo lugar, la decisión es sobre la terapia o tratamiento que enfermería va a llevar a cabo en función de los objetivos a alcanzar.

En la lectura se muestra que este proceso está dividido en cinco etapas que son:

1. Etapa de Valoración.
2. Etapa de Diagnostico.
3. Etapa de Plan de Cuidados.
4. Etapa de Ejecución.
5. Etapa de Evaluación.

Cada una de estas etapas tienen características y procedimientos diferentes, pero una sobre otra se ayudan para llegar a resolver los problemas de cada paciente, familia o comunidad.