



UNIVERSIDAD DEL SURESTE

ASIGNATURA: FUNDAMENTOS DE ENFERMERIA I

LICENCIATURA: EN ENFERMERIA

DOCENTE: MARIA DEL CARMEN LOPEZ SILVA

ESTUDIANTE: LILIANA VAZQUEZ PEREZ

TEMA: UNIDAD I PROCESO DE ENFERMERÍA

FECHA DE ENTREGA: 18/09/2021

-PROCESO DE ENFERMERIA

LA **APLICACIÓN** DEL MÉTODO CIENTÍFICO EN LA PRÁCTICA ASISTENCIAL **ENFERMERA**, ES EL MÉTODO CONOCIDO **COMO PROCESO DE ATENCIÓN ENFERMERÍA** (P.A.E.). ESTE MÉTODO PERMITE A LAS **ENFERMERAS** PRESTAR CUIDADOS DE UNA FORMA RACIONAL, LÓGICA Y SISTEMÁTICA.

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

EL PROCESO DEL ENFERMERO (A) CONSTA DE CINCO ETAPAS:

- VALORACIÓN DEL PACIENTE.
- DIAGNÓSTICO.
- PLANEACIÓN.
- EJECUCIÓN.
- EVALUACIÓN DEL CUIDADO.

-VALORACION DE ENFERMERIA

LA **VALORACIÓN ENFERMERA** ES UNA ACTUACIÓN SANITARIA EXPRESAMENTE ENFOCADA HACIA EL ÁMBITO DEL CUIDADO, Y EN CUYA DEFINICIÓN COMO “PROCESO SANITARIO DESTINADO A CONOCER LA EFECTIVIDAD DE LOS CUIDADOS EXISTENTES EN UN MOMENTO DETERMINADO Y SU REPERCUSIÓN EN EL ESTADO DE SALUD” QUEDA REFLEJADO UNA DE LAS CUESTIONES BÁSICAS.

LO PRINCIPAL PARA EL ENFERMERO ES LA VALORACIÓN DE ENFERMERÍA, YA QUE ES EL MÉTODO IDÓNEO PARA RECOGER INFORMACIÓN E IDENTIFICAR PROBLEMAS, Y ASÍ PODER REALIZAR INTERVENCIONES ENFERMERAS ENCAMINADAS A SOLUCIONAR O MINIMIZAR DICHS PROBLEMAS.

DENTRO DEL CONTEXTO DE LA VALORACIÓN DE **ENFERMERÍA**, LOS **DATOS** PODRÍAN DEFINIRSE COMO INFORMACIÓN ESPECÍFICA QUE SE OBTIENE DE UNA PERSONA CUIDADA. LA **ENFERMERA** RECOGE DE FORMA SISTEMÁTICA LA INFORMACIÓN NECESARIA PARA DIAGNOSTICAR LAS RESPUESTAS DE SALUD DEL PACIENTE E IDENTIFICAR LOS FACTORES CONTRIBUYENTES

LA VALORACIÓN ENFERMERA ES UN PROCESO QUE SE DESARROLLA EN DOS FASES O ETAPAS INTERRELACIONADAS ENTRE SÍ, CUYO CUMPLIMIENTO ASEGURA GARANTIZA LA POSIBILIDAD DE LA PUESTA EN MARCHA DE UN PROCESO DE PLANES DE CUIDADOS CON LAS GARANTÍAS NECESARIAS. ESTAS FASES SON:

1.- RECOGIDA DE DATOS.

2.- EVALUACIÓN DE LOS DATOS RECOGIDOS Y EMISIÓN DE UN JUICIO CLÍNICO

-DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA

EL **DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA** ES LA EXPLICACIÓN QUE DESCRIBE UNA RESPUESTA HUMANA DE UN INDIVIDUO O GRUPO, ES UN JUICIO CLÍNICO SOBRE LAS RESPUESTAS INDIVIDUALES, FAMILIARES O DE LA COMUNIDAD A PROBLEMAS DE SALUD O PROCESOS VITALES REALES O POTENCIALES.

LA **IMPORTANCIA DEL DIAGNÓSTICO** TIENE QUE VER CON QUE PRIMERO SE DEBE SABER **QUÉ** SE TIENE, ANTES DE PODER TRATARLO, SABER **QUÉ** ENFERMEDAD SE PADECE ES NECESARIO PARA SABER **QUÉ** ESPERAR Y **QUÉ** CUIDADOS TENER

EN CONCLUSIÓN, LOS **DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA** SON FUNDAMENTALES EN EL PROCESO ASISTENCIAL DE UN PACIENTE, PARA PODER SATISFACER DE LA MEJOR FORMA POSIBLE LAS NECESIDADES DEL PACIENTE Y, ADEMÁS, SON FUNDAMENTALES PARA EL FUTURO DE LOS CUIDADOS BASADOS EN LA EVIDENCIA.

-TERCERA ETAPA: PLANIFICACION DE CUIDADOS

EL PLAN DE **CUIDADOS** ES EL REGISTRO ESCRITO DE LA SISTEMATIZACIÓN DEL TRABAJO MEDIANTE LA APLICACIÓN DEL PROCESO **ENFERMERO**. ES EL REGISTRO DE TODO LO PLANIFICADO Y LLEVADO A CABO AL PACIENTE Y CON EL PACIENTE Y RECOGE CADA UNA DE LAS FASES DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE **ENFERMERÍA**.

LA PLANIFICACIÓN CONSISTE EN LA ELABORACIÓN DE ESTRATEGIAS DISEÑADAS PARA REFORZAR LAS RESPUESTAS DEL PACIENTE, IDENTIFICADAS EN EL DIAGNÓSTICO DE **ENFERMERÍA**. ESTA FASE COMIENZA DESPUÉS DE LA FORMULACIÓN DEL DIAGNÓSTICO Y CONCLUYE CON LA DOCUMENTACIÓN REAL DEL PLAN DE CUIDADOS. DURANTE LA PLANIFICACIÓN SE DEBEN DETERMINAR LOS OBJETIVOS DEL PACIENTE, ESTABLECER LAS PRIORIDADES, DESARROLLAR LOS RESULTADOS ESPERADOS DE LOS CUIDADOS Y SELECCIONAR LAS INTERVENCIONES PARA EL PLAN DE CUIDADOS.

LAS PRIORIDADES AYUDAN A ANTICIPAR Y A SECUENCIAR LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA CUANDO UN PACIENTE TIENE MÚLTIPLES DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA Y PROBLEMAS DE COLABORACIÓN.

-CUARTA Y QUINTA ETAPAS: EJECUCION Y EVALUACION

LA **EJECUCIÓN** ES EL COMIENZO DEL PLAN DE CUIDADOS DE **ENFERMERÍA** PARA CONSEGUIR OBJETIVOS CONCRETOS. LA FASE DE **EJECUCIÓN** COMIENZA DESPUÉS DE HABERSE DESARROLLADO EL PLAN DE CUIDADOS Y ESTÁ ENFOCADO EN EL INICIO DE AQUELLAS INTERVENCIONES DE **ENFERMERÍA** QUE AYUDAN AL PACIENTE A CONSEGUIR LOS OBJETIVOS DESEADOS.

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.

LA **EVALUACIÓN** SE PUEDE LLEVAR A CABO COMO PARTE DEL PROCESO DE **ENFERMERÍA** CUANDO SE COMPARA EL ESTADO DE SALUD DEL PACIENTE CON LOS OBJETIVOS DEFINIDOS POR EL PROFESIONAL DE **ENFERMERÍA**. COMO OBJETIVO DE ESTA ACTIVIDAD, USTED DETERMINARÁ SI EL PLAN DE CUIDADOS ES ADECUADO, REALISTA, ACTUAL O SI NECESITA REVISIÓN.

VALORACION GENERAL

ENCAMINADA A CONOCER Y DETECTAR SITUACIONES QUE NECESITEN LA PUESTA EN MARCHA DE PLANES DE CUIDADOS.

VALORACION CONTINUA

VALORACIÓN CONTINUA, POSTERIOR O FOCALIZADA. SE REALIZA DE FORMA PROGRESIVA DURANTE TODA LA ATENCIÓN. ES LA REALIZADA ESPECÍFICAMENTE SOBRE EL ESTADO DE UN PROBLEMA REAL O POTENCIA

VALORACION INICIAL

ES LA BASE DEL PLAN DE CUIDADOS. SE REALIZA EN LA PRIMERA CONSULTA (PRIMER CONTACTO CON LA PERSONA). PERMITE RECOGER DATOS GENERALES SOBRE LOS PROBLEMAS DE SALUD DEL PACIENTE Y VER QUÉ FACTORES INFLUYEN SOBRE ÉSTOS. FACILITA LA EJECUCIÓN DE LAS INTERVENCIONES.

-BASES SEMIOLOGICAS DE LA VALORACION DEL PACIENTE

LA **SEMILOGIA** ES EL CAPÍTULO DE LA MEDICINA **QUE** SE OCUPA DEL ESTUDIO DE LOS SÍNTOMAS Y LOS SIGNOS DE LAS ENFERMEDADES, VALIÉNDOSE PARA ELLO DE LA SEMIOTECNIA, **QUE ES** EL CONJUNTO DE PROCEDIMIENTOS Y MÉTODOS **QUE** UTILIZA EL MÉDICO PARA LOGRAR SU OBTENCIÓN.

LA **SEMILOGÍA** ES LA CIENCIA QUE ESTUDIA LOS SÍNTOMAS Y SIGNOS DE LAS ENFERMEDADES. POR SÍNTOMAS SE ENTIENDEN LAS MOLESTIAS O SENSACIONES SUBJETIVAS DE LA ENFERMEDAD (**EJEMPLO**: DOLOR, NÁUSEAS, VÉRTIGO).

SEMILOGÍA CIENCIA Y ARTE **QUE ESTUDIA** LAS MANIFESTACIONES SISTÉMICAS DE LAS ENFERMEDADES POR MEDIO DE SÍNTOMAS Y SIGNOS, PILARES FUNDAMENTALES DE LA ODONTOESTOMATOLÓGICA CLÍNICA, PARA LLEGAR A UN DIAGNÓSTICO CORRECTO DE LAS PATOLOGÍAS SISTÉMICAS..

-ENTREVISTA CLINICA

LA **ENTREVISTA CLÍNICA** ES UNA TÉCNICA DE RECOGIDA DE INFORMACIÓN **QUE** UTILIZAMOS CONSTANTEMENTE EN NUESTRA PROFESIÓN. SE PODRÍA DECIR PARA VALORAR NECESIDADES Y CUIDAR A LAS PERSONAS A LAS **QUE** ATENDEMOS.

LA **ENFERMERA** ES LA QUE ELIGE QUE TIPO DE PREGUNTAS EMPLEAR EN UNA **ENTREVISTA**, DEPENDIENDO DE LAS NECESIDADES DEL PACIENTE. LO IDEAL, ES UTILIZAR TANTO PREGUNTAS ABIERTAS COMO CERRADAS DE FORMA INTERCALADA, CON EL OBJETIVO DE OBTENER UN TIPO DE INFORMACIÓN COMPLETA Y EXACTA, SUPRIMIENDO EL USO DE PREGUNTAS INDUCTORAS.

LA **ENTREVISTA**, ES LA HERRAMIENTA QUE NOS PERMITE EL PRIMER ACERCAMIENTO AL PACIENTE Y SU ENTORNO, CON EL OBJETIVO DE OBTENER LA INFORMACIÓN NECESARIA PARA AYUDARLE EN EL PROCESO DE MEJORA DE SU SALUD.

-EXPLORACION FISICA

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, TONO MUSCULAR Y MOVIMIENTO, Y CORROBORAR LOS DATOS OBTENIDOS DURANTE EL INTERROGATORIO E INSPECCIÓN.

LA TÉCNICA DEL EXAMEN FÍSICO CONSISTE EN:

1. BUENA ILUMINACIÓN.

2. INSPECCIONAR CADA ÁREA: TAMAÑO, ASPECTO, COLOR, SIMETRÍA, POSICIÓN, Y COMPARAR CON LADO CONTRA LATERAL.
3. BUSCAR PRESENCIA DE ANOMALÍAS.
4. UTILIZAR ILUMINACIÓN ADICIONAL PARA CAVIDADES.
5. REQUIERE AGUDEZA VISUAL, UTILIZAR EL OLFATO Y AUDICIÓN

-SIGNOS VITALES

LOS SIGNOS VITALES SON PARÁMETROS CLÍNICOS QUE REFLEJAN EL ESTADO FISIOLÓGICO DEL ORGANISMO HUMANO, Y ESENCIALMENTE PROPORCIONAN LOS DATOS (CIFRAS) QUE NOS DARÁN LAS PAUTAS PARA EVALUAR EL ESTADO HOMEOSTÁTICO DEL PACIENTE, INDICANDO SU ESTADO DE SALUD PRESENTE, ASÍ COMO LOS CAMBIOS O SU EVOLUCIÓN, YA SEA POSITIVA O NEGATIVAMENTE. LOS SIGNOS VITALES INCLUYEN: TEMPERATURA, FRECUENCIA RESPIRATORIA, FRECUENCIA CARDIACA Y PRESIÓN ARTERIAL.

-LOS RANGOS NORMALES DE LOS SIGNOS VITALES PARA UN ADULTO SANO PROMEDIO MIENTRAS ESTÁ EN REPOSO SON: PRESIÓN ARTERIAL: 90/60 MM HG HASTA 120/80 MM HG. **RESPIRACIÓN:** 12 A 18 **RESPIRACIONES** POR MINUTO. **PULSO:** 60 A 100 LATIDOS POR MINUTO.

LA TEMPERTURA NORMAL DEL CUERPO

HUMANO (NORMOTERMIA, EUTERMIA) ES EL RANGO DE TEMPERATURA TÍPICO QUE SE ENCUENTRA EN LOS HUMANOS. LA TEMPERATURA DEL CUERPO HUMANO VARÍA, DEPENDE DEL SEXO, LA EDAD, LA HORA DEL DÍA, EL NIVEL DE ESFUERZO, EL ESTADO DE SALUD, EN QUÉ PARTE DEL CUERPO SE REALIZA LA MEDICIÓN, EL ESTADO DE CONCIENCIA Y LAS EMOCIONES. LA TEMPERATURA CORPORAL SE MANTIENE EN UN RANGO NORMAL MEDIANTE TERMORREGULACIÓN, EN LA QUE EL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL ACTIVA EL AJUSTE DE LA TEMPERATURA.

FRECUENCIA RESPIRATORIA

LA FRECUENCIA RESPIRATORIA TAMBIÉN SE CONOCE COMO EL RITMO RESPIRATORIO. ES EL NÚMERO DE VECES QUE RESPIRAS POR MINUTO. PUEDES MEDIR TU FRECUENCIA RESPIRATORIA SI CUENTAS EL

NÚMERO DE RESPIRACIONES DURANTE UN MINUTO CUANDO ESTÁS QUIETO.

FRECUENCIA RESPIRATORIA NORMAL POR EDAD

6 AÑOS: 18–25 RESPIRACIONES POR MINUTO. 10 AÑOS: 17–23
RESPIRACIONES POR MINUTO. ADULTOS: 12-18
RESPIRACIONES POR MINUTO. ADULTOS A EJERCICIOS MODERADOS: 15-
20 RESPIRACIONES POR MINUTO.

EL PULSO

EL **PULSO** ES LA **FRECUENCIA CARDÍACA**, O SEA EL NÚMERO DE VECES QUE EL CORAZÓN LATE EN UN MINUTO. PUEDES TOMARTE EL **PULSO** EN LA ARTERIA RADIAL EN LA MUÑECA O LA ARTERIA CARÓTIDA EN EL CUELLO. PULSO ES LA EXPANSIÓN TRANSITORIA DE UNA ARTERIA Y CONSTITUYE UN ÍNDICE DE FRECUENCIA Y RITMOS CARDIACOS. LA FRECUENCIA CARDIACA ES EL NÚMERO DE LATIDOS DEL CORAZÓN POR MINUTO. POR CADA LATIDO, SE CONTRAE EL VENTRÍCULO IZQUIERDO Y EXPULSA LA SANGRE AL INTERIOR DE LA AORTA. ESTA EXPULSIÓN ENÉRGICA DE LA SANGRE ORIGINA UNA ONDA QUE SE TRANSMITE A LA PERIFERIA DEL CUERPO A TRAVÉS DE LAS ARTERIAS.

PRESIÓN ARTERIAL

LA PRESIÓN ARTERIAL SE DEFINE COMO LA FUERZA QUE EJERCE LA SANGRE CONTRA LAS PAREDES ARTERIALES. DEPENDE DE LA FUERZA DE CONTRACCIÓN VENTRICULAR, ELASTICIDAD DE LA PARED ARTERIAL, RESISTENCIA VASCULAR PERIFÉRICA, VOLUMEN Y VISCOSIDAD SANGUÍNEOS. EL CORAZÓN GENERA PRESIÓN DURANTE EL CICLO CARDIACO PARA DISTRIBUIR LA SANGRE A LOS ÓRGANOS DEL CUERPO. EXISTEN SIETE FACTORES PRINCIPALES QUE AFECTAN A LA PRESIÓN ARTERIAL: GASTO CARDIACO, RESISTENCIA VASCULAR PERIFÉRICA, ELASTICIDAD Y DISTENSIBILIDAD DE LAS ARTERIAS, VOLUMEN SANGUÍNEO, VISCOSIDAD DE LA SANGRE, HORMONAS, ENZIMAS Y QUIMIORRECEPTORES.

HIPERTENSIÓN: PRESIÓN ARTERIAL MAYOR A LOS LÍMITES NORMALES. EN EL PACIENTE ADULTO SE PUEDE CONSIDERAR HIPERTENSIÓN CUANDO LA PRESIÓN SISTÓLICA ES IGUAL O MAYOR DE 140 MMHG Y LA PRESIÓN DIASTÓLICA ES IGUAL O MAYOR DE 90 MMHG.

HIPOTENSIÓN: DISMINUCIÓN DE LA PRESIÓN ARTERIAL SANGUÍNEA. EN EL PACIENTE ADULTO DE PESO PROMEDIO SE CONSIDERA UNA PRESIÓN SISTÓLICA MENOR DE 90 MMHG, SIN EMBARGO, ÉSTA DEBE RELACIONARSE CON SIGNOS Y SÍNTOMAS O CON ALGUNA ENFERMEDAD COMO LA ENFERMEDAD DE ADDISON.

PULSO

EL PULSO ES LA EXPANSIÓN TRANSITORIA DE UNA ARTERIA Y CONSTITUYE UN ÍNDICE DE FRECUENCIA Y RITMOS CARDIACOS. LA FRECUENCIA CARDIACA ES EL NÚMERO DE LATIDOS DEL CORAZÓN POR MINUTO. POR CADA LATIDO, SE CONTRAE EL VENTRÍCULO IZQUIERDO Y EXPULSA LA SANGRE AL INTERIOR DE LA AORTA. ESTA EXPULSIÓN ENÉRGICA DE LA SANGRE ORIGINA UNA ONDA QUE SE TRANSMITE A LA PERIFERIA DEL CUERPO A TRAVÉS DE LAS ARTERIAS.

-MUESTRAS BIOLÓGICAS

UNA **MUESTRA BIOLÓGICA** CONSISTE EN EXTRAER FLUIDOS O TEJIDOS CORPORALES (SANGRE, SUDOR, JUGO DIGESTIVO, LÍQUIDO CEFALORRAQUÍDEO, ESPUTO, ORINA, HECES, ETC.) PARA REALIZAR UN ANÁLISIS EN EL LABORATORIO

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.

UNA **MUESTRA** ES UNA PARTE O UNA PORCIÓN DE UN PRODUCTO **QUE** PERMITE CONOCER LA CALIDAD DEL MISMO, ESTAS **MUESTRAS** PERMITEN INFERIR LAS PROPIEDADES DEL TOTAL DEL CONJUNTO. DE ESTA FORMA, TAMBIÉN PODEMOS EXPONER **QUE** EXISTE UNA EXPRESIÓN **QUE** SE UTILIZA FRECUENTEMENTE EN EL ÁMBITO COLOQUIAL.

-CONCLUSION

EN CONCLUSION ESTE PROCESO NOS AYUDA A ENTENDER COMO DEBEMOS ATENDER Y CUIDAR AL PACIENTE, DE UNA MANERA CORRECTA, ADECUADA Y SANA, CON SUS CINCO ETAPAS DEL PROCESO DE ENFERMERIA, QUE NOS AYUDA A JERARQUERIZAR (ORDENAR) CIERTA INFORMACION ADQUIRIDA, TENIENDO EN CUENTA ESTOS PUNTOS IMPORTANTES, NOS QUEDA IMPLEMENTARLO, COMPRENDEMOS DE ESTA MANERA LA RESPONSABILIDAD Y EL COMPROMISO CON CADA UNO DE LOS PACIENTES.