

## **Fundamentos de Enfermería I**

- 1.1- Proceso de enfermería**
- 1.2- Valoración de enfermería**
- 1.3- Diagnostico de enfermería**
- 1.4- Planificación de cuidados**
- 1.5- Ejecución y evaluación**
- 1.6- Bases semiológicas de la valoración del paciente**
- 1.7- Entrevista clínica**
- 1.8- Exploración física**
- 1.9- Signos vitales**
- 1.10- Recogida de muestra biológica**

**Alumna: Galilea Alfaro De León**

**Fecha de entrega: 18 de septiembre de 2021**

**1er. Cuatrimestre**

**1-B modalidad Ejecutivo**

**Docente: María del Carmen López Silba**



## INTRODUCCIÓN:

Como introducción a este apartado de la unidad 1 de fundamentos de enfermería como estudiante de enfermería en la cual es el cuidado del bienestar del paciente en la salud, teniendo en cuenta que el poder aprender nos genera de lo teórico a lo práctico para ejercer bien las actividades siendo de tal importancia ya que es la vida de un ser humano.

Se inicia esta unidad con los conocimientos básicos para entrar al enfoque específico de cada tema, en la atención de los pacientes con el proceso de enfermería se derivan otros temas que van a la mano, como es el PAE en el cual como personal de enfermería debe aprender, comprender y aplicar en función, para tener una atención de calidad. Así mismo las actividades que son correspondientes para ejercerlas adecuadamente enfocadas en intervenciones con finalidad de contribución. Los signos vitales desde su significado y los valores de cada uno de ellos para poder distinguir de lo normal a lo anormal de acuerdo a ellos poder interactuar a cada situación necesaria del paciente requerido



## Proceso de enfermería

El proceso de atención de enfermería (PAE) en sus inicios cuando surgió este proceso ciertos autores teóricos dieron sus aportaciones a las diferentes etapas que debe incluir, quedando con 5 etapas: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación, este proceso en conjunto es para la práctica asistencial enfermera con objetivos de que pueda cubrir las necesidades del paciente, familia y comunidad. Identificar necesidades reales y potenciales del paciente, establecer planes de cuidado individual, familiar. El poder resolver problemas, prevenirlos o curar el estado de salud del paciente de vital importancia cuando es una urgencia.

- Valoración: primera etapa en la cual consiste en recoger y organizar datos del paciente, familia y entorno, son bases para decisiones y acciones posteriores.
- Diagnóstico: conclusión como resultado de la valoración de enfermería
- Planificación: son estrategias para prevenir, minimizar los problemas así como hacer promoción a la salud.
- Ejecución: realizar la práctica de los cuidados programados.
- Evaluación: comparar las respuestas del paciente, determinar si sean cumplido los objetivos establecidos, el mejoramiento del estado de salud.

## Valoración de enfermería

El proceso de organizar, planificar los datos objetivos y subjetivos respecto al estado de salud del paciente, familia o comunidad.

**Valoración inicial:** cubre las perspectivas de valoración enfermera, primera etapa.

**Valoración focalizada:** centrada a situaciones clínicas o problemas de salud.

### 4 tipos de valoraciones:

Valoración siguiendo el orden de cabeza a pies, valoración por aparatos y sistemas, patrones funcionales de Marjory Gordon, necesidades de Virginia Henderson.

Recolección de datos: datos del paciente, familia haciendo referencia al estado de salud del paciente teniendo los subjetivos por medio de la entrevista y los objetivos mediante la exploración física.

La entrevista debe estar estructurada y dirigida, desarrollando una buena comunicación verbal, no verbal. El personal de enfermería debe transmitir calidez, respeto, empatía.

La exploración física sirve para observar para corroborar o desmentir los datos de la entrevista mediante:

**Inspección:** observar cuidadosamente y determinar características físicas como tamaño, forma, posición, color, movimiento, simetría.

**Palpación:** uso del tacto para determinar características de estructuras corporales situadas en la piel conocer forma, tamaño, textura etc.

**Percusión:** golpe suave con un dedo sobre la superficie corporal y análisis acústico de los sonidos producidos.

**Auscultación:** sonidos producidos por los órganos corporales pueden ser directa o aplicando el oído sobre la zona que se desea auscultar mediante el uso del estetoscopio.

**Validación de datos:** confirmar que los datos objetivos y subjetivos sean verdaderos.

Organización de datos: agrupar la información de tal manera facilite la etapa de diagnóstico.

Patrones funcionales de Marjory Gordon:

Los patrones funcionales permiten una valoración de enfermería sistemática con ayuda de los datos relevantes del paciente: físicos, psíquicos, sociales y espirituales.

11 patrones funcionales:

- 1- Percepción y manejo de la salud
- 2- Nutricional y metabólico
- 3- Eliminación
- 4- Actividad y ejercicio
- 5- Sueño y descanso
- 6- Cognitivo y perceptual
- 7- Auto percepción y autoconcepto
- 8- Rol y relaciones
- 9- Sexualidad y reproducción
- 10-Adaptación y tolerancia al estrés
- 11-Valores y creencias

**14 Necesidades básicas de Virginia Henderson:**

Actividades que enfermería ayuda al paciente sano como enfermo desarrollando que el mismo tuviera fuerza, voluntad ayudando a su independencia lo más rápido posible.

1. Respirar normalmente
2. Comer y beber adecuadamente
3. Eliminación de los desechos del organismo
4. Movimiento y mantenimiento de una postura adecuada
5. Descansar y dormir
6. Seleccionar vestimenta adecuada
7. Mantener la temperatura corporal
8. Mantener higiene corporal
9. Evitar los peligros del entorno
10. Comunicación y relación
11. Valores y creencias
12. Autorrealización
13. Entretenimiento y ocio
13. Aprendizaje

## Diagnostico de enfermería

En la segunda etapa en el análisis de los datos dan como resultado los diagnósticos de enfermería, siendo un juicio clínico sobre las respuestas del individuo, familia, el diagnostico proporciona la base de intervenciones para el logro de los objetivos, los diagnósticos son del libro de NANDA.

Características de los diagnósticos: se centran en los problemas derivados de las respuestas humanas tras la alteración de la salud. Describen las respuestas de los pacientes ante situaciones clínicas alteradas.

El diagnóstico se forma mediante: el problema, etiología, sintomatología.

**Problema:** está compuesto por la etiqueta diagnóstica y su definición describe de forma clara y precisa, diferenciado de un diagnóstico a otro.

**Etiología:** son los factores relacionados o agentes causales que puedan haber provocado la respuesta de salud en el paciente. Antecedentes, asociados con.

**Sintomatología:** los signos y síntomas que tiene el paciente, los cuales especifican la magnitud de la respuesta, centrandose a la disminución o eliminación de los síntomas.

### Tipos de diagnóstico:

**Diagnóstico enfermero real o focalizado:** relación de la respuesta humana, con las características definitorias signos y síntomas, agrupan en patrones compuesto por 3 elementos del formato P.E.S Problema, Etiología y Signos y Síntomas.

**Diagnóstico enfermero de Riesgo:** relación de la vulnerabilidad de la persona, familia respuesta humana no deseada a una afección de salud/proceso vital. Formado por el problema y la etiología denominando factor de riesgo.

**Diagnóstico enfermero promoción de la salud:** juicio clínico sobre la motivación y deseo de la persona, familia de aumentar su bienestar, actualizar su potencial humano de salud y mejora, comienza por la etiqueta de "Disposición para mejora"

## Planificación de cuidados

Planeación de los cuidados o tratamiento del enfermero, se establece llevar a cabo cuidados de enfermería, que conduzcan al paciente prevenir, reducir o eliminar los problemas detectados.

### **Etapas en el plan de cuidados:**

**Establecer prioridades en los cuidados:** seleccionar todos los problemas o necesidades que puedan presentar una familia o comunidad por falta de disponibilidad de la enfermera, de la familia, falta de recursos económicos, materiales y humanos, por lo tanto se trata de ordenar jerárquicamente los problemas detectados.

**Planteamiento de los objetivos del cliente con resultados esperados:** determinar los criterios de resultado, describir los resultados esperados, desarrollado en 3 fases: determinación de prioridades, establecimiento de los objetivos o resultados NOC esperados y selección de las intervenciones de enfermería NIC.

**Resultados de enfermería NOC:** es la clasificación de resultados de enfermería, que tiene como principal objetivo evaluar las intervenciones, resultados NOC lo compone; etiqueta, definición, lista de indicadores, escala de Likert y bibliografía.

**Intervenciones de enfermería NIC:** todo tratamiento basado en el conocimiento y juicio clínico que realiza enfermería para favorecer el resultado esperado del paciente. Componentes de las intervenciones NIC: etiqueta, código, definición, actividades y bibliografía

## Ejecución y evaluación

Cuarta etapa, registro del plan de cuidados consiste en realizar las intervenciones mencionadas de enfermería también conlleva: a continuar con la recogida y valoración de datos, registro de los cuidados de enfermería realizados, transmitir el estado de salud de nuestros pacientes, actualización del plan de cuidados de enfermería.

Se deberán completar los registros de: valoración de enfermería, diagnóstico NOC e intervenciones NIC.

Hay dos tipos de planes de cuidado:

**Planes individualizados:** documentan valoración, diagnóstico, resultados NOC e intervenciones NIC.

**Planes estandarizados:** son protocolos generales perfeccionados que resultan útiles cuando son predecibles en relación con una respuesta humana alterada.

**Informatización del plan de cuidados:** los servicios nacionales de salud tienen informatizada en mayor medida la historia clínica del paciente.

### **Beneficios que provoca informatización de los planes de cuidado:**

- Mejora en la comunicación entre los profesionales del equipo repercutirá sobre la calidad de los cuidados ejecutados.
- Facilita la aplicación de un lenguaje estandarizado.
- Descripción del conocimiento y habilidades de la clínica enfermera
- Eficacia de gestión de cuidados
- Evidencia de las intervenciones de enfermería
- Registro rápido, claro y conciso
- Se evita duplicar información
- Eliminación del registro físico o papeleo.

## Bases semiológicas de la valoración del paciente

Quinta etapa, evaluación es la comparación planificada y sistematizada entre el estado de salud del paciente y los resultados esperados.

Fases de la evaluación:

- Puntuación de los indicadores: puntuación entre 1-5 mediante escala Likert
- Comparación de los resultados: la puntuación obtenida tras las intervenciones serán comparadas con la puntuación previa a la ejecución de los cuidados de enfermería.

Tipos de indicadores:

Datos anatomofisiológicos, síntomas, conocimiento, competencias o habilidades, sentimiento, valores y creencias.

Inferencia de conclusiones:

Se evalúa las fases del proceso de atención enfermería:

- El paciente ha alcanzado el resultado esperado
- El paciente está en proceso de lograr el resultado esperado.
- El paciente no ha alcanzado el resultado esperado y no parece que lo vaya a conseguir.

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

## Entrevista clínica

Es la técnica de recolección de datos e información, para valorar las necesidades y cuidar a las personas que atenderemos. Adquirir información específica para identificar los problemas de salud, facilitar la administración de cuidados de calidad.

### **Etapas de la entrevista clínica:**

**Fase inicial:** cuando el entrevistador interacciona cara a cara con el entrevistado con el objetivo de recoger información sobre el estado y problemas del paciente. Las actividades a realizar en esta etapa son: presentación del personal profesional, confirmar la identidad del entrevistado, preguntarle por sus preocupaciones del momento, informarle sobre la duración de la entrevista, recalcar la confidencialidad de la información, aclarar la finalidad de la entrevista.

**Fase intermedia:** fase donde se aborda la temática a la que nos queremos dirigir hay que tener en cuenta: recoger la información de lo general a lo específico, anotar los datos brevemente y de forma inteligible, atender a las reglas de habilidades de comunicación efectiva, tanto a nivel verbal como no verbal.

**Fase final:** cierre de la entrevista, las actividades a realizar son:

Comunicar la finalización próxima de la misma, agradecer la colaboración y atención prestada, preguntar si desea comunicar algo más, presentar un resumen de los contenidos tratados, despedirse de cualquier forma habitual. Se aconseja que se desarrolle de forma breve, respetuosa y cálida.

## Exploración física

Interviene 4 métodos de la exploración: la inspección, palpación y auscultación, complementados por la termometría, esfignometría y si es posible la exploración de sensibilidad y los reflejos.

**Inspección:** es la apreciación visual para verificar el aspecto, color, forma y movimiento del cuerpo y de su superficie externa también como cavidades o conductos como boca y fauces.

**Palpación:** apreciación por el oído de los fenómenos acústicos que generan ruido que se origina cuando se golpea la superficie externa del cuerpo, puede ser practicada golpeando la superficie con las manos o un martillo especial.

**Auscultación:** apreciación con el sentido de la audición de los fenómenos acústicos que se generan en el organismo ya sea por la actividad del corazón o por la entrada y salida de aire del sistema respiratorio, tránsito en el tubo digestivo.

Material y equipo para realizar examen físico:

Estetoscopio clínico: para auscultación para el aparato respiratorio, cardiovascular etc.

Esfigmomanómetro: medición presión arterial (TA)

Termómetro clínico: para la medición de la temperatura

Depresor: examen de la cavidad bucal

Paraban: para cuidar la privacidad del paciente

Sabana: para guardar el pudor y cuidar la privacidad del paciente.

## Signos vitales

Son valores que permiten determinar la efectividad de la circulación, respiración, funciones neurológicas basales, réplica de estímulos fisiológicos y patológicos.

Acciones fisiológicas como frecuencia respiratoria (FR), frecuencia cardíaca (FC), temperatura corporal (TC), presión arterial (TA) y oximetría (OXM) indica que un individuo está vivo y la calidad del funcionamiento.

Pulso arterial y frecuencia cardíaca:

El pulso arterial es la onda pulsátil de la sangre, de la contracción del ventrículo izquierdo del corazón, resulta en la expansión y contracción del calibre de las arterias, los latidos por minuto. Las características del palpar la el pulso es: frecuencia, ritmo, volumen o amplitud y elasticidad.

Técnica para tomar el pulso radial:

- 1-. El paciente debe estar con la extremidad apoyada o sostenida con la palma hacia arriba.
- 2-. Aplique suavemente las yemas de su dedo índice y medio en el punto en que la arteria pasa por el hueso
- 3.- Contar los latidos durante un minuto.
- 4-. Registre e interprete el hallazgo y tome las decisiones pertinentes.

Sitios para tomar el pulso: pulso carotideo (arteria carótida), pulso radial (arteria radial), pulso femoral (arteria femoral), pulso braquial.

Alteraciones de la frecuencia cardíaca y el pulso:

**Taquicardia sinusal:** FC elevada mayor de 100 latidos por minuto, no sobrepasa los 160.

**Bradycardia sinusal:** FC entre 40 y 60 latidos por minuto.

**Pulso amplio:** grandes presiones diferenciales, insuficiencia aórtica.

**Pulso duro:** común en el adulto mayor por arteriosclerosis

**Pulso débil:** tono bajo, estenosis aórtica, deshidratación, hemorragia severa.

**Pulso arrítmico:** arritmias cardíacas

**Pulso filiforme:** debilidad extrema y pulso casi imperceptible.

**Pulso alternante:** suele indicar mal pronóstico, miocardiopatía.

Técnica para tomar la frecuencia:

Colocar al paciente en decúbito supino, colocar el diafragma del estetoscopio en el 5to espacio intercostal, línea medioclavicular izquierda, contar los latidos por un minuto.

Valores normales de la frecuencia cardíaca:

Recién nacido: 120-140 latidos por minuto

Lactante 1-2 años: 100-120 latidos por minuto

Pre-escolar 2-6 años: 80-120 latidos por minuto

Escolar 6-13 años: 80-100 latidos por minuto

Adolescente 13-16 años: 70-80 latidos por minuto

Adulto: 16 años y más: 60-80 latidos por minuto

### **Temperatura Corporal:**

Es el grado de calor por el equilibrio generado (termogénesis) y el calor perdido (termólisis).

Factores que afectan la termogénesis: tasa metabólica basal, actividad muscular, adrenalina etc.

Factores que afectan la termólisis: conducción, radiación y evaporación.

La temperatura promedio en adultos sanos en cavidad bucal: 36.8°C, temperatura rectal: 0.3°C.

Termómetro: se utiliza para medir la temperatura corporal.

Termómetro convencional de mercurio axilar es extremo alargado y el rectal es corto y redondeado.

Termómetros digitales poseen una pantalla de lectura con un microchip actúa en un circuito electrónico.

Termómetro de oído digital electrónico: trabaja con una pila de litio y tiene pantalla de lectura.

Termómetro de contacto con la piel: estima la temperatura colocando en la frente con un tiempo de lectura de 5 segundos.

Técnica para tomar la temperatura:

- Asegurarse que la columna de mercurio marque menos de 35°C
- Limpie con una torunda alcoholada el termómetro
- Tiempo de colocación: bucal 3 minutos, axilar o ingle 3 minutos, rectal 1 minuto.
- Para todos los casos retire el termómetro y léalo
- Interprete y actúe ante evidencia de alteración.

Alteraciones de la temperatura:

Hipotermia: menor de 35°C

Febrícula: temperatura mayor a lo normal y hasta los 38°C

Fiebre: elevación de la temperatura corporal por encima de normal mayor a 38°C

Hipertermia: mayor a 41°C

Según la forma de la curva térmica (tipos de fiebre):

Continua: constante alta

Intermitente: elevaciones térmicas que retoman a los valores normales durante cada día de fiebre.

Remitente: no baja a valores normales durante cada día de fiebre

Reincidente: periodos febriles de pocos días intercalados con periodos.

Recién nacido: 38°C

Lactante mayor 1-2 años: 37.5 a 37.8°C

Pre-escolar 2-6 años: 37.5ª 37.8°C

Escolar 6-13 años: 37 a 37.5

Adolescente: 13-16 años: 37°C

Adulto: 36.2 a 37.2°C

### **Frecuencia Respiratoria:**

Es el ciclo de inspiración y de espiración, número de veces que una persona respira por minuto también se toma en cuenta la profundidad de las respiraciones, ritmo y la simetría de cada lado del tórax.

Técnica para valorar la frecuencia respiratoria:

Lo más cómodo posible y sin alterar al paciente, mirar y contar los movimientos torácicos (expansión torácica).

Contar durante un minuto, registrar el dato y actúe según el hallazgo.

Hallazgos anormales de la FR:

Bradipnea: lentitud en el ritmo respiratorio, menor de 12 respiraciones por minuto

Taquipnea: aumento del ritmo respiratorio persistente, mayor a 20 respiraciones por minuto.

Hiperpnea: respiración profunda y rápida de frecuencia mayor 20 respiraciones por minuto.

Disnea: dificultad para o esfuerzo para respirar.

Respiración de Kussmaul: respiración rápida mayor de 20 por minuto, profunda, suspirante y sin pausas.

Respiración de Cheyne-Stoke: hiperpnea combina con intervalos de apnea

Respiración Biot: extrema irregularidad en la FR.

Recién Nacido: 40-45 respiraciones por minuto

Lactante mayor 1-2 años: respiraciones por minuto

Pre-escolar 2-6 años: 20-30 respiraciones por minuto

Escolar 6-13 años: 12-20 respiraciones por minuto

Adolescente 13-16 años: 12-20 respiraciones por minuto

Adulto: 12-20 respiraciones por minuto

## **Presión Arterial:**

Fuerza ejercida de la sangre impulsada por el corazón hacia los vasos sanguíneos. Fuerza de la sangre contra la pared arterial y la resistencia opuesta por las paredes de las mismas es tensión arterial. La presión arterial se eleva durante la diástole y disminuye durante la diástole.

Esfigmomanómetros: manquito con una goma de sistema de medición se infla para hacer presión sobre una arteria susceptible de colapsar. Indicado para checar la presión arterial.

Ruidos de Korotkoff: ruidos sobre una arteria por debajo de un manquito que está siendo desinflado consiste en una especie de toque y un soplo en 5 fases:

Primera fase: inicio del ruido, presión arterial sistólica.

Segunda fase: toque es seguido de un soplo

Tercera fase: toque solamente y en ella es fuerte y de tono alto.

Cuarta fase: toque anterior cambia aun tono bajo y pierde densidad, presión arterial diastólica.

Quinta fase: desaparición del ruido.

Lactante: presión sistólica: 60-90 presión diastólica: 30-62

2 años: presión sistólica 78-112 presión diastólica: 48-78

8 años: presión sistólica: 85-114 presión diastólica :52-88

12 años: presión sistólica: 95-135 presión diastólica: 58-88

Adulto: presión sistólica 100-140 presión diastólica: 60-90.

## Recogida de muestra biológica

Nuestro organismo posee una serie de líquidos orgánicos como sangre, líquido amniótico, líquido sinovial etc. Y productos de desecho orina, heces, esputo etc. Fracciones de cantidades para su posterior estudio.

**Recogida muestra de orina:** es un filtrado del plasma y por eso se pueden detectar alteraciones propias de otros aparatos por ejemplo: la presencia de glucosa en la orina indica una alteración en el metabolismo de la misma. Se pueden hacer 2 tipos de estudios: análisis microbiológico y análisis elemental.

**Análisis elemental:** incluye el estudio de las características físicas y bioquímicas (densidad, PH, presencia de glucosa, proteínas, bilirrubina) y el estudio del sedimento es el depósito de materia sólida formada en el fondo de un vaso cuando la orina se deja cierto tiempo sin agitar.

### **Recogida de orina en niños y lactantes:**

Si están sondados, cualquier edad se recogerá de modo similar como se realiza en adultos.

Cuando se tiene que recoger orina por micción:

Niños menores de 2 años: similar a la realizada en adultos.

Niños menores de 2 años: se utiliza dispositivo especial, una bolsa desechable estéril con una superficie adhesiva que se pega a la piel en zona púbica y perineal.

**Recogida de muestra de heces:** contenido del intestino grueso, gracias a la absorción de agua, se va convirtiendo en una masa pastosa y sólida de este modo se forman las heces fecales.

La consistencia normal es pastosa-dura, cuando cambia podemos hablar de diarrea o de estreñimiento. El color habitual en las heces del adulto es marrón parduzco pero en lactante es amarillento, hay que tener en cuenta que alimentos, fármacos y enfermedades pueden alterar el color.

Cuando hay un sangrado de colon, sigma o recto, las heces aparecen con sangre roja brillante, como la sangre fresca en este caso es una hemorragia llamada rectorragia. También observar si las heces presentan mocos, pus o parásitos.

En las muestras de heces se pueden investigar: alteraciones de la digestión, presencia de sangre, microorganismos. Cultivo- coprocultivo es cultivar las heces para identificar microorganismos causales.

**Muestras de sangre:** el análisis de sangre se realiza a partir de la extracción de una muestra por punción. Extracción de sangre del ATS/DUE.

- La extracción de sangre se realiza con el paciente en ayunas.
- La mayoría de los hospitales es un ATS/DUE de laboratorio institucional se traslada al paciente y se realiza la extracción.
- Se pueden obtener de sangre arterial, venosa o capilar.

## **CONCLUSIÓN:**

Finalizo con los objetivos esperados como estudiante de enfermería, de gran aprendizaje de extensa variedad de conocimientos impartidos de la unidad I, como fundamentos de enfermería teniendo en cuenta el practicar y repasar los temas dados para un mayor aprendizaje, poder ejercer bien las actividades de lo teórico a lo práctico en el área hospitalaria con los pacientes, el poder ayudar al mejoramiento de su salud con las intervenciones bien implementadas, desde los signos vitales de los cuales se monitoriza para poder ver en que estado se encuentra dicho paciente, teniendo en cuenta los parámetros; calores normales y anormales estando pendiente de no llegar con tendencias de intervenciones no bien implementadas por el personal de salud que es enfermería.

Contribuyendo a mis conocimientos aprendidos y por otra parte el volver a repasar lo que ya tenía aprendido.

## **REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS:**

Información basada del libro digital Fundamentos de Enfermería I, plataforma digital UDS.

Unidad I: Procesos de enfermería

Páginas: 8-50.