



**Nombre de alumnos:** ANDRI GUADALUPE PEREZ  
AGUILAR

**Nombre del profesor:** JAVIER GOMEZ GALERA

**Nombre del trabajo:** CUADRO SIPNOTICO

**Materia:** FUNDAMENTOS DE ENFERMERIA

**Grado:** 1°

**Turno:**

SEMIESCOLARIZADA

**Grupo:** "A"

# PROCESO DE ENFERMERIA

## EJECUCION

Es en esta etapa cuando realmente se pone en práctica el plan de cuidados elaborado. a fase de ejecución comienza después de haberse desarrollado el plan de cuidados y está enfocado en el inicio de aquellas intervenciones de enfermería.

### 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 Existen diferentes formas de hacer anotaciones, como son las dirigidas hacia los problemas
- ✓ Dar los informes verbales de enfermería.
- ✓ Mantener el plan de cuidados actualizado

### PROCESOS DE EJECUCION

- REVALORACION DEL PACIENTE { Antes de ejecutar una intervención, la enfermera debe revalorar el paciente.
- EJECUCION DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERIA { Explicar al paciente las intervenciones que se va a realizar, y que deben esperar los resultados.
- SUPERVISION DE LA ASISTENCIA DELEGADA { El rol determina los permisos disponibles y, por lo tanto, determina cómo utiliza un administrador la supervisión
- REVALORACION DEL PACIENTE { apoyo a las enfermeras en el logro de una buena sistematización de la Asistencia de Enfermería.

## EVALUACION

se define como la comparación planificada y sistematizada entre el estado de salud del paciente y los resultados esperados. Evaluar, es emitir un juicio sobre un objeto, acción, trabajo, situación o persona, comparándolo con uno o varios criterios.

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.

### 1.- ASPECTO GENERAL Y FUNCIONAMIENTO DEL CUERPO

- o \* Observación directa, examen físico.
- o \* Examen de la historia clínica.

### 2.- SEÑALES Y SÍNTOMAS ESPECÍFICOS

- o \* Observación directa
- o \* Entrevista con el paciente.
- o \* Examen de la historia

### 3.- CONOCIMIENTOS

- o \* Entrevista con el paciente.
- o \* Cuestionarios (test).

### 4.- CAPACIDAD PSICOMOTORA (HABILIDADES)

- o \* Observación directa durante la realización de la actividad.

### 5.- ESTADO EMOCIONAL

- o \* Observación directa, mediante lenguaje corporal y expresión verbal de emociones.
- o \* Información dada por el resto de la persona.

### 6.- SITUACIÓN ESPIRITUAL (MODELO HOLÍSTICO DE LA SALUD)

- o \* Entrevista con el paciente.
- o \* información dada por el resto del personal.

### TRES POSIBLES CONCLUSIONES (RESULTADOS ESPERADOS), A LAS QUE PODREMOS LLEGAR

- El paciente ha alcanzado el resultado esperado.
- El paciente está en proceso de lograr el resultado esperado, nos puede conducir a plantearse otras actividades.
- El paciente no ha alcanzado el resultado esperado y no parece que lo vaya a conseguir.

### DE FORMA RESUMIDA Y SIGUIENDO A M, CABALLERO (1989) LA EVALUACIÓN SE COMPONE DE

- Medir los cambios del paciente/cliente.
- En relación con los objetivos marcados.
- Como resultado de la intervención enfermera.
- Con el fin de establecer correcciones.

# EXPLORACION FISICA

son los primeros pasos hacia la prestación de cuidados de enfermería seguros y competentes. 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.

- ENTORNO** { Una exploración física respetuosa y considerada requiere intimidad. En el entorno de cuidados agudos, las enfermeras realizan valoraciones en la habitación de un paciente. Las salas de exploración se utilizan en clínicas o en centros de consultas.
- EQUIPAMIENTO** { La enfermera debe realizar la higiene de manos a fondo antes de manipular el equipamiento y empezar una exploración. Debe disponer el equipamiento necesario de modo que esté fácilmente accesible y sea fácil de utilizar. La enfermera debe preparar el equipamiento como sea apropiado (p. ej., calentar el diafragma del estetoscopio entre las manos antes de ponerlo sobre la piel) y asegurarse de que funciona correctamente antes de usarlo.
- PREPARACIÓN FÍSICA DEL PACIENTE** { Para mostrar respeto por un paciente, la enfermera debe asegurarse de que las necesidades físicas de confort están satisfechas. Antes de comenzar, debe preguntar si el paciente necesita utilizar el baño. Una vejiga y un intestino vacíos facilitan la exploración del abdomen, de los órganos genitales y del recto. La recogida de orina o de muestras fecales se realiza en este momento si es necesario.
- COLOCACION** { 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. La tabla 30-2 enumera las posiciones preferibles para cada parte de la exploración e incluye figuras que ilustran las posiciones. La capacidad de los pacientes de asumir las posturas depende de su fuerza física, movilidad, facilidad para respirar, edad y grado de bienestar. Después de explicar las posiciones, la enfermera debe ayudar al paciente a adoptarlas.
- PREPARACIÓN PSICOLÓGICA DE UN PACIENTE** { Muchos pacientes encuentran una exploración estresante o agotadora, o tienen ansiedad por los posibles resultados. Una explicación cuidadosa del objetivo y de los pasos de cada valoración 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** { La enfermera llevará a cabo una exploración física mediante la valoración de cada sistema corporal. Debe reflexionar y asegurarse de que una exploración es pertinente e incluye las valoraciones correctas. Los pacientes con síntomas o necesidades focalizadas requieren solamente unas partes de la exploración; así, cuando un paciente viene a una clínica con síntomas de un grave resfriado, no debe ser necesaria una valoración neurológica. Un paciente que ingresa en el servicio de urgencias con síntomas abdominales agudos requiere la valoración de los sistemas corporales que presentan más riesgo de estar alterados.
- TÉCNICAS DE VALORACIÓN FÍSICA** { Las cuatro técnicas usadas en una exploración física son inspección, palpación, percusión y auscultación.
  - INSPECCIÓN** { Para inspeccionar, la enfermera debe mirar, escuchar y oler cuidadosamente para distinguir los resultados normales de los anormales. Para hacer eso, debe ser consciente de cualquier déficit personal visual, auditivo u olfativo.
  - PALPACION** { La palpación implica usar el sentido del tacto para recopilar la información. Mediante el tacto la enfermera realiza juicios sobre los hallazgos esperados e inesperados en la piel o los tejidos, los músculos y los huesos subyacentes.
  - PERCUSION** { La percusión implica golpear ligeramente la piel con las yemas de los dedos para hacer vibrar los tejidos y órganos subyacentes.
  - AUSCULTACIÓN** { La auscultación implica escuchar los sonidos que el cuerpo hace para detectar variaciones de lo normal.
- USO Y CUIDADO DEL ESTETOSCOPIO** { Asegurarse de que la oliva auricular siga el contorno de los conductos auditivos. Probar cuál es mejor comparando la amplificación de los sonidos con las olivas auriculares en ambas direcciones. Colocar las olivas auriculares en los oídos con los extremos girados hacia la cara. Soplar ligeramente en el diafragma.
- EXAMEN GENERAL** { Cuando un paciente entra por primera vez en la sala de exploración, hay que observar su forma de andar y el aspecto general y prestar atención a su conducta y forma de vestir. Un examen o una valoración general de las manifestaciones del paciente y de la conducta proporcionan información sobre las características de una enfermedad, la capacidad del paciente para funcionar independientemente, la imagen corporal, el estado emocional, los cambios recientes en el peso y el estado del desarrollo.

# SIGNOS VITALES

## CONSTANTE VITALES

Después de terminar el examen general, hay que medir las constantes vitales del paciente (v. cap. 29). La medida de las constantes vitales es más precisa si se termina antes de empezar los cambios o movimientos posturales.

## TEMPERATURA CORPORAL

### FISIOLOGIA

La temperatura corporal es la diferencia entre la cantidad de calor producida por los procesos corporales y la cantidad de pérdida de calor al entorno externo.

### PRODUCCION DE CALOR

La termorregulación depende de la función normal de los procesos de producción de calor.

## DOS CLASES DE TEMPERATURA

### TEMPERATURA CENTRAL

estructuras profundas del cuerpo, como el hígado, en comparación con los tejidos periféricos.

### TEMPERATURA SUPERFICIAL

Cambia con la temperatura ambiental. Conformada por la temperatura generada por las partes anatómicas superficiales del cuerpo, como piel, tejido celular subcutáneo, los músculos, extremidades.

## PULSO

El 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.

## VALORACION DEL PULSO

La enfermera puede valorar cualquier arteria para la frecuencia del pulso, pero normalmente utiliza la arteria radial porque es más fácil de palpar.

## LOCALIZACION DEL PULSO

### TEMPORAL

Donde la arteria temporal pasa sobre el hueso temporal de la cabeza.

### CAROTIDEO

El pulso carotídeo se puede sentir en el cuello cerca del ángulo de la mandíbula. Puede palparse delante del músculo esternocleidomastoideo.

### APICAL

En el vértice del corazón. En un adulto este punto se encuentra situado en el lado izquierdo del tórax, unos 8 cm a la izquierda del esternón y en el quinto espacio intercostal (área entre las costillas).

### BRAQUIAL

El pulso braquial se puede sentir en la cavidad triangular en la parte frontal de la articulación del codo conocida como fosa ante cubital. Puede palparse medial al tendón del bíceps.

### FEMORAL

El pulso femoral se puede sentir en el triángulo femoral, entre la vena y el nervio femorales.

### TIBIAL

Posterior, sobre la superficie medial del tobillo, donde la arteria tibial posterior pasa por detrás del maléolo medial.

### RADIAL

En el punto en que la arteria radial corre a lo largo del radio, en el lado del pulgar de la parte interna de la muñeca.

## RESPIRACION

La respiración es el mecanismo que el cuerpo utiliza para intercambiar los gases entre la atmósfera y la sangre y la sangre y las células.

## VALORACION DE VENTILACION

La respiración es la constante vital más fácil de valorar, pero a menudo se mide de forma desordenada.

## FRECUENCIA RESPIRATORIA

La enfermera debe observar una inspiración y una espiración completa cuando cuenta la ventilación o frecuencia de respiración.

## PROFUNDIDAD DE LA VENTILACION

La enfermera valora la profundidad de la respiración observando el grado de recorrido o movimiento en la pared torácica. Debe describir los movimientos ventilatorios como profundos, normales o poco profundos.

## TIPOS DE RESPIRACION

### RESPIRACION COSTAL

En la respiración costal intervienen los músculos intercostales externos y otros músculos accesorios, como los esternocleidomastoideos.

### RESPIRACION DIAFRAGMATICA

Se da cuando llenamos la zona media de los pulmones, (normalmente ocurre una vez que se ha llenado la zona baja con la respiración abdominal).

## PRESION ARTERIAL

La presión arterial (PA) es la fuerza ejercida sobre las paredes de una arteria por el bombeo de la sangre a presión desde el corazón. La sangre fluye a lo largo del sistema circulatorio debido a los cambios de presión.

## VALORACION DE LA PRESION ARTERIAL

La presión se mide con un manguito de presión. Un esfigmomanómetro y un estetoscopio.

## TIPOS DE PRESION ARTERIAL

### PRESION SISTOLICA

Cada vez que su corazón late, bombea sangre hacia las arterias. Su presión arterial es más alta cuando su corazón late, bombeando la sangre.

### PRESION DIAGNOSTICA

es la presión que resta cuando los ventrículos están en reposo.

## DETERMINANTE DE LA PRESION ARTERIAL

### GASTO CARDÍACO

Cuando el volumen aumenta en un espacio cerrado, como los vasos sanguíneos, la presión en ese espacio se eleva.

### RESISTENCIA PERIFÉRICA

La sangre circula a través de la red de arterias, arteriolas, capilares, vénulas y venas.

### VOLUMEN DE SANGRE

La mayoría de los adultos tienen un volumen de sangre circulatorio de 5.000 ml. Normalmente el volumen de sangre permanece constante.

### VISCOSIDAD

La densidad o viscosidad de la sangre afecta a la facilidad con que la sangre fluye a través de los vasos pequeños.

## FACTORES QUE INFLUYEN EN LA PRESION ARTERIAL

### EDAD

Los niveles normales de PA varían a lo largo de la vida (tabla 29-7).

### ESTRÉS

La ansiedad, el miedo, el dolor y el estrés emocional provocan una estimulación simpática, lo que aumenta la FC, el gasto cardíaco y la resistencia vascular

### ETNICIDAD

La incidencia de la hipertensión (PA alta) es mayor en los afroamericanos que en los europeos americanos

### SEXO

No existe diferencia clínica significativa de la PA entre chicos y chicas. Después de la pubertad los varones tienden a tener lecturas de PA más altas.

# BIBLIOGRAFIA

fundamentos de enfermería 8 a edición de Potter Perry.

- libro: fundamentos de enfermería 3ra. edición.

berman, a, kozier, b, & erb, g. (2013). kozier y erd fundamento de enfermería: conceptos procesos y prácticas. Madrid: pearson educación.