



NOMBRE DEL ALUMNO: Rosalba Mazariegos López

NOMBRE DEL TEMA: Mapa Conceptual

NOMBRE DE LA MATERIA: Fundamentos De Enfermería 1

NOMBRE DEL PROFESOR: Rubén Eduardo Domínguez García

NOMBRE DE LA LICENCIATURA: Lic. En Enfermería

CUATRIMESTRE: 1er Cuatrimestre

## ÍNDICE:

- 1.1 PROCESO DE ENFERMERÍA
- 1.2 PRIMERA ETAPA “VALORACIÓN DE ENFERMERÍA
- 1.3 SEGUNDA ETAPA “DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA
- 1.4 TERCERA ETAPA “PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS
- 1.5 CUARTA Y QUINTA ETAPAS. EJECUCIÓN Y VALORACIÓN
- 1.6 BASE SEMIOLÓGICAS DE LA VALORACIÓN DEL PACIENTE
- 1.7 ENTREVISTA CLÍNICA
- 1.8 EXPLORACIÓN FÍSICA
- 1.9 SIGNOS VITALES
  
- 1.10 RECOGIDAS DE MUESTRAS BIOLÓGICAS

# PROCESO DE ENFERMERÍA

Es La Aplicación Del Método Científico En La Práctica Asistencial Enfermera Lo Que Nos Permite Prestar Cuidados De Una Forma Racional Lógica Y Sistemática.

Consiste En Un Proceso De Tres Etapas:  
Valoración  
Diagnóstico  
Planificación  
Ejecución  
Evaluación

Los Objetivos Del PAE El Principal Se Centra En Constituir Una Estructura Que Pueda Cubrir De Forma Individualizada Las Necesidades Del Paciente, Familiar y Comunidad.

## ETAPAS DEL PROCESO

**Valoración:** Es El Proceso Organizado Y Sistemática De Recogida Y Recopilación De Datos Sobre El Estado Del Paciente. Se Puede Hacer Basándonos En Distintos Criterios, Siguiendo Un Orden "Cabeza A Pies" por "sistemas Y Aparatos" O Por Funcionales De Salud

**Diagnóstico:** Etapa De Proceso, Es El Enunciado Del Problema O Real O Potencial, Del Paciente Que Requiere De La Intervención Enfermera Para Disminuirlo O Resolverlo. Ejemplos De Diagnóstico En Urgencias Incluidos En La NANDA: Dolor Agudo, Deterioro De La Integridad Cutánea, Mantenimiento Efectivo De La Salud, Deterioro De La Movilidad Física ETC.

**Planificación:** Es La Organización De Plan De Cuidado Se Deben Establecer Unas Prioridades Plantear Unos Objetivos Según La Taxonomía NIC, Y Proceder A Su Documentación Y Registro Los Registros Documentales De Todo Plan De Cuidados Son: Diagnósticos De Enfermería Y Problemas Interdependientes.

**Ejecución:** Es Llevar A La Práctica El Plan De Cuidados. Se Realizarán Todas Las Intervenciones Enfermeras Dirigidas A La Resolución De Problemas Y Las Necesidades Asistenciales De Cada Persona Tratada

**Evaluación:** Última Fase Del Proceso. Los Dos Criterios Más Importante Que Valoran La Enfermería Son La Eficacia y L Efectividad. Una Característica De Esta Etapa Es Continua, Pueden Resolverse Los Diagnósticos Establecidos O Bien Sugerir Otros Nuevos, Se Tendrán Que Ir Introduciendo Modificaciones En El Plan De Cuidados Para Que La Atención Resulte Mas Efectiva.

## 1.2 Primera Etapa Valoración De Enfermería

El Proceso Enfermero Es Un Proceso De Pensamiento Critico Que Las Enfermeras Profesionales Utilizan Para Aplicar La Mejor Evidencia Disponible Para Proporcionar Cuidados Y Promover Las Funciones Y Respuestas Humanas A La Salud Y A La Enfermedad.

La Valoración Es La Recogida Intencionada Y Sistemática De Información Sobre Un Paciente Para Determinar Su Estado De Salud Y Funcional Actual Y Pasado Y Sus Patrones De Afrontamiento Actuales Y Pasado.

El Pensamiento Critico Es Una Parte Vital De La Valoración Permite Ver El Panorama General Cuando Se Formulan Conclusiones O Se Toman Decisiones Sobre El Estado De Salud De Un Paciente.

La entrevista es un proceso que tiene cuatro finalidades, éstas son:

1. Obtener información específica y necesaria para el diagnóstico enfermero y la planificación de los cuidados.

2 Facilitar la relación enfermera/paciente.

3. Permitir al paciente informarse y participar en la identificación de sus problemas Y en el planteamiento de sus objetivos Y también.

4. Ayudar a la enfermera a determinar que otras áreas requieren un análisis específico a lo largo de la valoración.

La entrevista consta de tres partes: Iniciación, cuerpo y cierre

1 Iniciación: Se Comienza Por Una Fase De Aproximación Y Se Encuentra En La Creación De Un Ambiente Favorable, Donde Se Desarrolla Una Relación Interpersonal Positiva

2. Cuerpo: La finalidad de la conversación en esta parte se centra en la obtención de la información necesaria. Comienza a partir del motivo de la consulta o queja principal del paciente y se amplía a otras áreas como historial médico, información sobre la familia y datos sobre cuestiones culturales o religiosas. Existen formatos estructurados o semiestructurados para la recogida sistematizada y lógica de la información pertinente sobre el paciente.

3. Cierre: Es la fase final de la entrevista No se deben introducir temas nuevos. Es importante resumir los datos más significativos. También constituye la base para establecer las primeras pautas de planificación

### 1.3 SEGUNDA ETAPA: DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA

Según Se Utilice El PAE De 4 Faces O El De 5 Es El Paso Final Del Proceso De Valoración O De Fase. Es Un Enunciado Del Problema Real O En Potencial Del Paciente Que Requiera De La Intervención De Enfermería Con El Objeto De Resolverlo O Disminuirlo.

En Ella Se Va A Exponer El Proceso Mediante El Cual Estaremos En Condiciones De Establecer Un Problema Clínico Y De Formularlo Para Su Posterior Tratamiento Bien Sea Diagnostico Enfermero O Problema Interdependiente

Diagnóstico De Enfermería Real Se Refiere A Una Situación Que Existe En El Momento Actual . Problema Potencial Se Refiere A Una Situación Que Puede Ocasionar Dificultad En El Futuro.

En Este Momento Los Diagnósticos Enfermeros. Los Diagnósticos Enfermero Pueden Contribuir A La Consolidación De La Disciplina En Enfermería Mediante Líneas De Investigación Dirigidas A.

\*Determinar La Compatibilidad De Una Taxonomía Con Cada Uno De Los Modelos Conceptuales.

\*Validar En Distintos Ámbitos Culturales Las Características Definitorias Y Los Factores Relacionados De Los Diagnósticos De Enfermería Aceptados.

\*Comparar La Eficacia De Las Diversas Intervenciones Propuestas Ante Un Mismo Diagnostico.

\* Realizar El Análisis Epidemiológico De Los Diagnósticos Que Presenta Una Población Determinada.

\* Identificar Nuevas Áreas De Competencia En Enfermería, O Completar Las Ya Inidentificadas, Mediante El Desarrollo Y Validación De Nuevos Diagnósticos.

Docencia: La Inclusión De Los Diagnósticos De Enfermería En El Curriculum Básico Debe Iniciarse Y Continuar De Forma Coherente Y Prolongarse De Forma Progresiva A Lo Largo De Todo El Curriculum. Permite Organizar De Manera Lógica, Coherente Y Ordenada Los Conocimientos De Enfermería Que Deberían Poseer Los Alumnos

Disponer De Un Lenguaje Compartido Con Otros Profesionales, Con Los Enfermeros Docentes Y Con Los Propios Alumnos, Lo Cual Facilita Enormemente La Trasmisión De Ideas Y Conceptos Relacionados Con Los Cuidados.

Asistencial: El Uso De Los Diagnósticos En La Practica Asistencial Favorece La Organización Y Profesionalización De Las Actividades De Enfermería Al Permitir.

Identificar: Las Respuestas De Las Personas Ante Distinta Situaciones De Salud.

Centrar Los Cuidados Brindados En Las Respuestas Humanas Inidentificadas Atraves De Una Valoración Propia

Aumentar La Efectividad De Los Cuidados Al Prescribir Actuaciones De Enfermería Especifica Orientadas A La Resolución O Control De Los Problemas Identificados.

Organizar, Definir Y Desarrollar La Dimensión Propia Del Ejercicio Profesional.

## 1.4 TERCERA ETAPA PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS

En Esta Fase Se Tratar De Establecer Y Llevar Acabo Unos Cuidados De Enfermería, Que Conduzcan Al Cliente A Prevenir, Reducir O Eliminar Los Problemas Destacados

Planteamiento De Los Objetivos Del Cliente Con Resultados Esperados. Tanto Por Partes De Los Individuos Y/O De La Familia Como Por Parte De Los Profesionales

Son Necesarios Por Que Proporcionan La Guía Común Para El Equipo De Enfermería De Tal Manera Que Todas Las Acciones Van Dirigidas A La Meta Propuesta. Igualmente Formular Objetivos Permite Evaluar La Evolución Del Usuario, Así Como Los Cuidados Proporcionados

Elaboración De Las Actuaciones De Enfermería, Esto Es Determinar Los Objetivos De Enfermería (Criterios De Proceso). Determinación De Actividades, Las Acciones Especificadas En El Plan De Cuidados Corresponden A Las Tareas Concretas Que La Enfermera Y/O Familia Realizan Para Hacer La Realidad Los Objetivos.

Las Actividades Propuesta Se Registran En El Impreso Correspondiente Y Deben Especificar: Que Hay Que Hacer, Cuando Hay Que Hacerlo, Como Hay Que Hacerlo, Donde Hay Que Hacerlo Y Quien Ah De Hacerlo

Para un Diagnóstico de Enfermería posible las intervenciones tratan de recopilar datos adicionales para descartar o confirmar el Diagnóstico. Para los problemas interdisciplinarios tratan de monitorizar los cambios de situación, controlar los cambios de situación con intervenciones prescritas por la enfermera o el médico y evaluar la respuesta.

## 1.5 CUARTA Y QUINTA ETAPAS EJECUCIÓN Y EVALUACIÓN.

La Fase De Ejecución Es La Cuarta Etapa Del Plan De Cuidados, En Esta Etapa Cuando Realmente Se Pone En Práctica El Plan De Cuidados Elaborados. La Ejecución, Amplia Lo Siguiende 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 Los Cuidados Actualizados.

El Enfermero Tiene Toda La Responsabilidad En La Ejecución Del Plan, Pero Incluye Al Paciente Y La Familia, Así Como Otros Miembros Del Equipo, En Esta Fase Se Realizarán Todas Las Intervenciones Enfermeras Dirigidas A La Resolución De Problemas (Diagnósticos Enfermero Y Problemas Interdependientes) Y Las Necesidades Asistenciales De Cada Persona Tratada.

## 1.6 BASES SINOLÓGICAS DE LA VALORACIÓN DEL PACIENTE

La Evaluación Es Un Proceso Que Requiere De La Valoración De Los Distintos Aspectos De El Estado De Salud De El Paciente Las Distintas Áreas Sobre Las Que Evalúan Los Resultados Esperados

Las Valoraciones De La Fase De Evaluación De Los Cuidados Enfermeros, Deben Ser Interpretadas, Con El Fin De Poder Establecer Conclusiones (Resultados Esperados), Alas Que Podemos Llegar:

El Paciente A Alcanzado El Resultado Esperado

El Paciente Está En Proceso De Lograr El Resultado Esperado, Nos Puede Conducir A Plantearse Oras Actividades.

El Paciente No Ah Alcanzado El Resultado Esperado Y No Parece Que Lo Valla A Conseguir. En Este Caso Podemos Realizar Una Nueva Revisión Del Problema, De Los Resultados Esperados, De Las Actividades Llevadas A cabo.

De Forma Resumida La Evaluación Se Compone De:

- Medir Los Cambios De El Paciente/ Cliente
- En Relación a Los Objetivos Marcados
- Como Resultado De La Intervención Enfermera
- Con El Fin De Establecer Correcciones.

La Evaluación Se Lleva Acabo Sobre Las Etapas Del Plan, La Intervención Enfermera Y Sobre El Producto Final. A La Hora De Registrar La Evaluación Se Debe Evitar Los Términos Ambiguos Como "Igual", "Poco Apetito", Etc., Es De Mayor Utilidad Indicar Lo Que Dijo, Hizo Y Sintió El Paciente.



## 1.7 ENTREVISTA CLÍNICA



Las enfermeras utilizan entrevistas centradas en el paciente, la historia clínica de enfermería, la exploración física y los resultados de, Durante una entrevista de valoración debemos animar a los pacientes a contar sus historias sobre sus enfermedades o problemas de salud

Al recoger una historia completa de enfermería, dejaremos que la historia del paciente nos guíe para explorar a fondo los componentes relacionados con sus problemas.

La interpretación y la validación acertadas de los datos de la valoración aseguran haber recogido una base de datos completa.

utilizar un formato estructurado de base de datos y la utilización de un método focalizado en el problema.

Una vez que un paciente proporciona datos subjetivos, debemos explorar más los hallazgos recogiendo datos objetivos.

Durante la valoración debemos anticipar y utilizar críticamente un conjunto ramificado y apropiado de preguntas u observaciones, para recoger los datos y agrupar las señales de la información de la valoración para identificar los patrones y problemas emergentes.

Una Entrevista 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

## 1.8 EXPLORACIÓN FÍSICA

La Valoración De La Salud Y La Exploración Física son Los Primeros Pasos Hacia La Prestación De Cuidados De Enfermería Seguros Y Competentes.

Realizando Valoraciones De Salud Y Exploraciones Físicas, La Enfermera Identificara Patrones De Salud Actual De Cada Paciente A Los Tratamientos Y Las Terapias.

Una Valoración Completa Implica La Elaboración De La Historia De Salud La Enfermera Recopila Datos Subjetivos Sobre El Estado De Un Paciente. Obtiene Datos Objetivos Mientras Observa La Conducta Y Las Manifestaciones Generales De Un Paciente

Entorno: Es 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 Centros De Consultas.

La Inspección Se Produce Al Interaccionar Con Un Paciente, Vigilando Si Hay Si Hay Expresiones No Verbales Del Estado Mental Y Emocional.

- Cerciorarse De Que Esta Disponible La Iluminación Adecuada, Directa O Tangencial.
- Colocar Y Exponer Las Partes Del Cuerpo Según Sea Necesario De Manera Que Todas Las Superficie Puedan Ser Vistas Pero Se Pueda Mantener La Intimidad.
- Cuando Sea Posible, Comprobar Para Saber Si Hay Simetría De Lado A Lado Comprobado Cada Área Con Su Contraerá En El Lado Opuesto.
- Validar Los Resultados Con El Paciente.

Palpitación 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 Los Tejidos, Los Músculos Y Los Huesos Subyacentes.

Ejemplo: La Enfermera Realiza Palpa La Piel Para Conocer La Temperatura, Humedad, Textura, Turgencia, Sensibilidad Y Grosor Y El Abdomen Para Conocer La Sensibilidad Detención O Masas

La Superficie Palmar De Las Manos O Yemas De Los Dedos Son Mas Sensibles Que La Punta De Los Dedos Y Se Deben Utilizar Para Valorar La Posición, La Textura, El Tamaño, La Consistencia, Las Masas El Liquido Y La Crepitación (fig.30-1,A).

Durante La Palpitación Ligera, Una Presión Suave Contra La Piel Y Los Tejidos Subyacentes Puede Detectar Zonas De Irregularidad Y Sensibilidad. B, Durante La Palpitación Profunda, La Enfermera Deprime Los Tejidos Para Valorar Los Estados De Los Órganos Subvacente.

## 1.9 SIGNOS VITALES

Las Constantes Vitales Son Una Parte De La Base De Datos De La Valoración. La Enfermera Las Incluye En Una Valoración Física Completa (v. cap. 30) O Las Obtiene Individualmente Para Valorar El Estado De Un Paciente

Las Necesidades Del Paciente Determinan Cuando, Donde, Como Y Por Quien Son Medadas Las Constantes Vitales. También Debe Conocer Los Valores Esperados Interpretar Los Valores Del Paciente, Comunicar Correctamente Los Hallazgos Y Comenzar Las Intervenciones Según Se Necesiten.

Tienes Que Utilizar Las Siguietas Pautas Para Incorporar Las Mediciones De Las Constantes Vitales En La Practica Enfermera:

- Hay Que Asegurarse De Que El Equipamiento Es Funcional Y Apropiado Para El Tamaño Y Edad Del Paciente. El Equipamiento Utilizado Para Medir Las Constantes Vitales
- Debe Conocer A Los Intervalos Normales De Las Constantes Vitales De Un Paciente
- La Enfermera Tiene Que Determinar La Historia Clínica Del Paciente, Las Terapias Y Las Medicaciones Prescritas
- Basándose En El Estado Del Paciente, La Enfermera Debe Colaborar Con Otros Profesionales Sanitarios Para Decidir.

Debe Utilizar Las Mediciones De Las Constantes Vitales Para Determinar Las Indicaciones Para La Administración De La Medicación.

EJEMPLO:

Dar ciertos Fármacos Cardiacos Solo Dentro Del Rango Del Pulso O De Los Valores De La PA, O Administrar Antipiréticos Cuando La Temperatura Esta Elevada Fuera Del Rango Aceptable Para El Paciente.

Debe Analizar Los Resultados De La Medición De Las Constantes Vitales Las Constantes Vitales No Se Interpretan Aisladas

Se Debe Comunicar Los Cambios Significativo De Las Constantes Vitales Al Medico Del Paciente O La Enfermera Encargada

Cuando Las Constantes Vitales Parecen Anómalas Hay Que Hacer Que Otra Enfermera Profesional Sanitario Repita La Medición Para Verificarla

## 1.10 RECOGIDA DE MUESTRAS DE BILÓGICAS

Relacionado Con La Demora En La Recogida De Muestras Debido A Una Insuficiente Coordinación Entre El Personal Involucrado.

Estos Resultados Permitieron Perfeccionar El Proceso De Toma De Muestra Para Copa Cónica Mediante La Introducción De Cambios Organizativos Que Propiciaron Ventajas Asistenciales Y Económicas.

El Sentido Holístico De La Especialidad Apoyado En El Proceso De Atención De Enfermería (PAE) Y En Los Métodos De Investigación Científica, Apunta Hacia La Comprensión Detallada De Todos Los Procesos En Que Se Interviene Y Garantizan La Dirección Consiente De Las Acciones.

-La Practica De La Medicina, En La Actualidad, se Apoya Fuertemente En La Realización De Exámenes De Laboratorio Que Confirman O No, La Hipo tesis Clínicas, Y Muchas Veces, El Recurso De Tratamiento Y La Evolución Del Paciente Dependien De Los Resultados De Estas Pruebas.

- En este proceso, el médico tiene la responsabilidad de conocer las pruebas disponibles e indicarlas según sea conveniente y el técnico de laboratorio, apoyado en sus conocimientos, la de emplear rigurosamente los recursos técnicos y materiales que garanticen un resultado rápido y fiable, mientras, el personal de enfermería, al ser responsable de la toma de muestras, también ha de conocer las características y requisitos de cada prueba, de modo que se garantice que estas lleguen oportunamente y con calidad al laboratorio

El Personal De Enfermería Debe Tener Capacidad Para Reconocer O Interpretar Signos 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 Conocer El Proceso De La Farmacología Especificada. Debe Conocer El Manejo Del Equipo Debe Conocer Los Procedimientos Radiológicos.