



**Nombre de alumnos: Laura Isabel de la cruz montes**

**Nombre del profesor: Javier Gómez Galera**

**Nombre del trabajo: MAPA CONCEPTUAL**

**Materia: Fundamento de enfermería I**

**Grado: 1er cuatrimestre**

**Grupo: B**

Comitán de Domínguez, Chiapas a \_\_ de septiembre de 2021.

## **Bibliografías**

*Antología institucional Fundamento de enfermería, pag. 7- 28 unidas I*

[https://drive.google.com/file/d/1D5Di5zWKQUsBYXUDrUudNdATMeBdUk\\_1/view?usp=drivesdk](https://drive.google.com/file/d/1D5Di5zWKQUsBYXUDrUudNdATMeBdUk_1/view?usp=drivesdk)

# PROCESO DE ENFERMERÍA

Se refiere a

La aplicación del método científico, en la práctica asistencial enfermeras, lo que nos permite prestar cuidados de una forma racional, lógica y sistemática.

Etapas

## Valoración de enfermería

Proceso organizado y sistemático de recogida de datos y recopilación de datos sobre el estado de salud del paciente

### Tipos de datos

\*Subjetivos: no se pueden medir y son propios del paciente.

\*Objetivos: se pueden medir por cualquier escala o instrumento.

\*Históricos: -antecedentes, hechos ocurridos anteriormente y requieren hospitalizaciones previas.

\*Actuales: datos sobre el problema de salud actual.

Se utilizan

### Métodos

#### Entrevista clínica:

Existe dos tipos, formal e informal.

\*E. Formal, comunicación con un propósito específico, en la cual, la enfermera realiza la historia del paciente.

E. Informal, conversación que surge de a enfermeras al paciente durante el curso de los cuidados

#### Exploración física.

Se centra en determinar en profundidad la respuesta de la persona al proceso de la enfermedad.

La ó el enfermero utilizan cuatro técnicas específicas:

\*Inspección, examen visual cuidadoso y global del paciente, para determinar estados o respuestas normales o anormales.

\*Palpación, se utiliza para la palpación de los órganos en abdomen, los movimientos corporales y la expresión facial, que son datos que ayudan en la valoración.

\*Percusión, implica dar golpes con uno o varios dedos sobre la superficie corporal, con el fin de obtener sonidos, los tipos de sonido que podemos diferenciar son los sordos, aparecen cuando se percuten huesos o músculos.

\*Auscultación: consiste en escuchar los sonidos producidos por los órganos del cuerpo.

## Diagnóstico de enfermería

Enunciado del problema real o en potencia del paciente que requiera de la intervención de enfermería con el objeto de resolverlo o disminuirlo.

La funciones de enfermería cuenta con tres dimensiones, según el nivel de decisión que corresponde a la enfermera.

Son

**Dimensión dependiente** de las prácticas de la enfermera incluyen aquellos problemas que sin responsabilidad directa del médico que es quien designa la intervención.

**Dimensión interdependiente** de la enfermera, son aquellos problemas o situación cuyo tratamiento colaboran las enfermeras y otros profesionales de salud.

**Dimensión independiente** de la enfermera, es aquella acción que es reconocida legalmente como responsabilidad de enfermería, y no requiere supervisión de otros profesionales

Los pasos de la fase son:

\***Identificación de problemas**, análisis de los datos significativos, bien sea por los datos o la deducción de ello, un planteamiento de alternativas como hipótesis.

\***Formulación de problemas**, diagnóstico de enfermería y problemas interdependiente.

### Tipo de diagnóstico

**Real:** representa un estado que ha sido clínicamente validado mediante características definitorias principales identificables.

**Alto riesgo:** es un juicio clínico de que un individuo, familia o comunidad son más vulnerables a desarrollar el problema, que otros en situación igual o similar.

**Posible:** son enunciados que describen un problema sospechoso para el que se necesitan datos adicionales, consta de dos componentes: **PE** (p=problema + E=etiología/factores contribuyente)

**De bienestar:** juicio clínico respecto a una persona, en transición desde un nivel específico de bienestar hasta un nivel elevado.

## Planificación de cuidados

Se trata de establecer y llevar a cabo unos cuidados de enfermería, que conduzcan al cliente a prevenir, reducir o eliminar los problemas detectados.

### Etapas en el plan de cuidados

**Establecer prioridades en los cuidados:** todos los problemas o necesidades que pueden presentar una familia una comunidad, a veces pueden ser abordados al mismo tiempo, por falta de disponibilidad de la enfermera.

**Planteamiento de los objetivos del cliente con resultados esperados:** determinar los criterios de resultado. Describir los resultados esperados tanto por partes del individuo o de la familia como parte de los profesionales.

### Elaboración de las actuaciones de enfermería

Determinar los objetivos de enfermería, las acciones especificadas en el plan de cuidados correspondientes a las tareas concretas que la enfermera o familia realizan para hacer realidad los objetivos.

Las actividades propuestas se registran en el impreso correspondientes y debe especificar, qué, cuando, cómo y dónde hay que hacerlo y quién ha de hacerlo.

Para un diagnóstico de enfermería real, las actuaciones van dirigida a reducir o eliminar los factores concurrentes o el diagnóstico, promover un mayor nivel de bienestar, monitorizar la situación.

Para un diagnóstico de enfermería de alto riesgo, las intervenciones tratan de reducir o eliminar los factores de riesgo, prevenir la presentación del problema.

Para un diagnóstico de enfermería posible, las intervenciones tratan de recopilar datos adicionales para descartar o confirmar el diagnóstico.