

**UNIVERSIDAD DEL SURESTE**

**YENNIFER GUADALUPE LOPEZ MARTINEZ**

**“PROCESO DE ENFERMERIA” UNIDAD I**

**CUATRIMESTRE 1 GRUPO “A”**

**23 DE SEPTIEMBRE DEL 2021**

# ÍNDICE

---

ÍNDICE	
INTRODUCCIÓN	
OBJETIVO	4
PROCESO DE ENFERMERÍA	5
PRIMERA ETAPA “VALORACIÓN DE ENFERMERÍA	6
SEGUNDA ETAPA “DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	6
TERCERA ETAPA “PLANIFICACIÓN DE ENFERMERÍA	7
CUARTA ETAPA “EJECUCIÓN”	8
QUINTA ETAPA “EVALUACIÓN DE ENFERMERÍA	8
ENTREVISTA CLÍNICA	9
EXPLORACIÓN FÍSICA	10
SIGNOS VITALES	10
RECOGIDA DE MUESTRAS BIOLÓGICAS	12
CONCLUSIÓN	

## INTRODUCCIÓN

---

El presente ensayo plasma el proceso de atención de enfermería (PAE) que básicamente es la aplicación del método científico en la práctica asistencial del enfermero, con esto nos abre campo para dar los cuidados de una manera racional, lógica y con un régimen sistematizado. La importancia del (PAE) se basa en un proceso que comprende juicios y actos dirigidos en las acciones que puedan ser discutidas, analizadas y evaluadas. El proceso de enfermería comprende las mismas etapas que el método científico (Kozier 1995)

Sus orígenes en cuanto a los cuidados de enfermería eran de forma intuitiva, no sistematizada y sin planeamiento. Esquenazi (1997) menciona que antes del proceso de enfermería se utilizaba el método de soluciones y que este había sido propuesto por Dewey en 1910 como un instrumento ante las practicas. En 1955 Linda Hall creó el término del proceso de enfermería, Wiedenbach (1963) resalta tres componentes del proceso: identificar la ayuda necesaria, prestación de esa ayuda y verificar que la ayuda fuera proporcionada. (valoración, planeación y ejecución), Kelly en 1966 incorpora a la valoración los síntomas y signos del usuario; en 1967 Helen Yura y Mary Walsh escribieron el primer libro del proceso de enfermería donde mencionan que tenía cuatro componentes principales y técnicas de practica (valoración, planificación, realización y evaluación); Bloch (1974), Roy (1975), Aspinall (1976) y algunos autores más, incorporan el planteamiento científico a las actuaciones de enfermería y sugieren un modelo de siglas "cinco D" ( que sus siglas en ingles son: descubrir, profundizar, decidir, hacer y discriminar.) (valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación.)

## OBJETIVO

---

El objetivo de este ensayo es resaltar y comprender el proceso de enfermería para una buena ejecución ante el paciente. Este trabajo tendrá como finalidad brindar información y las practicas correctas del proceso de atención, al igual obtener las respuestas, conocer y aprender, al realizar dicho proceso de todo individuo sano o enfermo ante las cinco etapas (valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación.) pero de igual manera priorizar los cuidados ante los pacientes de acuerdo a las necesidades y así brindar cuidados de calidad.

- Proporcionar cuidados de enfermería respetando la dignidad y la unidad de la persona, para contribuir a la recuperación de su estado de salud, involucrando a la familia.
- Identificar problemas reales y/o potenciales en base a patrones funcionales.
- Establecer una relación de empatía y comunicación con el paciente.
- Identificar el medio físico, psicológico y social; en el que se desenvuelve el paciente.
- Permitir la adopción de nuevas conductas que le ayuden a la paciente a mantener su propio bienestar.

## PROCESOS DE ENFERMERIA

Este proceso como bien se ha dicho desde el inicio de este ensayo son etapas que llevan una cronología y la cual se aplica en cuanto nos ponemos en contacto con un paciente de manera asistencial. Linda Hall (1955) describió este proceso como un método trabajo profesional en la década de los cincuenta del siglo pasado; los conceptos principales de este método son: la aplicación del método científico, el marco referencial, enfoque sistemático de funciones independientes, el método de los estándares del cuidado de enfermería y los instrumentos de evaluación del cuidado enfermero. Como tal nos da entender que es un método organizado y sistematizado que emplea el profesional para atender y comprender las necesidades del paciente y/o familiar, dado alcanzar la prioridad que sería el bienestar ante la constante asistencia.

Kozier y Col. (1999) nos señalan que el proceso de enfermería cuenta con cinco grandes etapas o procedimientos que hasta en la actualidad este proceso consta de igual manera (valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación). El Proceso de Enfermería se define como “el sistema de la práctica de Enfermería, en el sentido de que proporciona el mecanismo por el que el profesional de Enfermería utiliza



sus opiniones, conocimientos y habilidades para diagnosticar y tratar la respuesta del cliente a los problemas reales o potenciales de la salud” (Iyer & D. Bernocchi, 1997) y es por ello que este proceso es muy importante para nuestra disciplina profesional al igual que muy complejo y respaldado ante el método científico; con ello se emplea a partir del contexto, los datos y experiencias que se valora ante una situación de salud, se plantea una problemática que se diagnóstica, se realiza una revisión del tema basado en la evidencia científica, se formula una meta que se asemeja a la hipótesis, se realiza una planeación, la ejecución de acciones y toma de decisiones, se analizan y evalúan los resultados y finalmente se registran.

El proceso de enfermería es caracterizado por ser sistematizado ya que es organizado ante el objetivo en una forma controlada desde el inicio, otra de las características es que puede ser dinámico dada a que los cuidados de la persona cambian (mejora, entre en un estado crítico, aumenta o disminuye), es interactivo ya que ante el proceso de enfermera-paciente se establecerá lazos de acción ante el objetivo, también este proceso será flexible ya que se puede adaptar a cualquier lugar o área en los que se traten con una o más personas en específico; el proceso se le atribuye requerimientos previos del profesional de enfermería como lo son los conocimientos, las habilidades y la crítica. (filosofías, teorías, modelos conceptuales, investigaciones científicas, la psicología y las ciencias sociales).

## PRIMERA ETAPA “VALORACIÓN DE ENFERMERÍA

La primera etapa de todo este proceso de enfermería es la valoración, que consiste en obtener los datos significativos del estado de salud de una persona a partir de técnicas como la observación que se utiliza desde el primer contacto con la persona y dependiendo del examen de valoración se aplicara (Valoración Global o inicial y Valoración Focalizada o continua). Ante sus sintomáticas la entrevista enfoca hacia las necesidades de cuidado de enfermería que permite el acercamiento con la persona, al igual que el intercambio de experiencias y, el examen físico cefalocaudal basado en los métodos de inspección, palpación, percusión y auscultación que proporciona información global del estado de salud de la persona. Después de esta recolección de hechos se da una interacción enfermera - sujeto de cuidado, en la que se obtienen datos subjetivos que hacen referencia a lo que manifiesta verbalmente la persona y datos objetivos que se relacionan con los aspectos que la enfermera valora en la persona (un ejemplo de ello es lo que se comentó en clases). Para iniciar la etapa de valoración son los patrones funcionales de Maryore Gordon creados en el año 1973, que surgen de “la evolución entre el cliente y el entorno”, y son once: cognoscitivo-perceptual, actividad y ejercicio, nutricional-metabólico, eliminación, manejo de la salud, reproductivo-sexual, tolerancia y manejo del estrés, relaciones de rol, autopercepción y autoconcepto, creencias y valores y descanso y sueño, que se valoran uno a uno, recolectando los datos en un formato específico, organizado por los patrones, donde se registra la valoración para realizar la historia de enfermería desde la cual se identifican los patrones alterados para trabajar sobre ellos. Virginia Henderson (1987) dice que las funciones y actividades son responsabilidad de la enfermera e identifica catorce necesidades básicas ante el individuo que tiene que cubrir para ver el nivel de su salud e independencia: Respirar normalmente, comer y beber adecuadamente, eliminación de los desechos del organismo, movimiento y mantenimiento de una postura adecuada, descansar y dormir, seleccionar vestimenta adecuada, vestirse y desvestirse, mantener la temperatura corporal, mantener la higiene corporal y la integridad de la piel, evitar los peligros del entorno, comunicación y relación con los demás, valores y creencias, autorrealización, entretenimiento, ocio y aprendizaje.

## SEGUNDA ETAPA “DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

El diagnóstico es la segunda etapa de P.A.E en esta fase se identifican las necesidades del paciente, en la identificación de los problemas de salud que es basada en los patrones funcionales alterados, apoyados en un sistema de clasificación de diagnósticos propios de enfermería, que incluye tanto diagnósticos

reales como potenciales y positivos o protectores. (Iyer & D. Bernocchi, 1997), en otras palabras, es el analizar los datos previamente recogidos en el paso anterior. Los diagnósticos de enfermería se crearon desde los años 60, cuando una teórica de Enfermería, Faye Abdellan introdujo un sistema de clasificación para la identificación de 21 problemas clínicos del cliente, luego en 1973 se aprueban los primeros diagnósticos de Enfermería por la American Nurses Association (ANA), los cuales fueron evolucionando mediante la investigación y en los 80 la ANA adopta los diagnósticos de Enfermería de la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA). Witter (2000) señala que es necesario identificar si el problema del usuario es real o potencial. Long y Col. (2001) añaden dicen que los diagnósticos están caracterizados como un conjunto de síntomas y signos que sirven para el criterio en formula de un diagnóstico, la cual tiene cuatro etapas: proceso de datos, la clasificación, la interpretación y la validación. Las principales características de un diagnóstico son importantes tales como la exposición del problema del paciente y no de la necesidad de la enfermería, las respuestas humanas que son los actos de adaptación que se producen en una persona ante una situación clínica específica. Algunos ejemplos de diagnósticos en urgencias incluidos en la NANDA: dolor agudo, deterioro de la integridad cutánea, mantenimiento inefectivo de la salud, deterioro de la movilidad física, etc. En esta fase, identificamos los problemas y los formulamos, tanto los diagnósticos de enfermería como los problemas interdependientes. En relación a los diferentes tipos de diagnósticos están: D. Real: consta de tres partes, formato PES: problema (P)+etiología (E)+ signos/síntomas (S), D. Alto riesgo: es un juicio clínico que consta de dos fases, formato PE: Problema etiología, Posible: describen un problema sospechado para el que se necesitan datos adicionales, consta del formato PE, de bienestar: que describen un nivel específico de bienestar hacia un nivel más elevado que pretende alcanzar el paciente.

### TERCERA ETAPA “PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS”

En esta etapa se determina las prioridades, se establece metas y los objetivos del paciente, se determina la intervención o actividad para prevenir, reducir, controlar, corregir o eliminar los problemas identificados con base a los diagnósticos de enfermería. Es aquí donde se elaboran las metas u objetivos definiendo los resultados esperados, estableciendo prioridades de cuidado y se organizan y registran en un plan, que puede ser según el ámbito de cuidado, individualizado o colectivo. Plantear unos objetivos según la taxonomía NOC, elaborar las intervenciones y actividades de enfermería 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, unos criterios de resultados, las actividades enfermeras y un informe de evolución.

#### CUARTA ETAPA “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. Se desarrolla tres criterios: preparación, ejecución propiamente dicha y documentación o registro, donde interviene según la planificación, el paciente, la auxiliar, la enfermera, el equipo de salud, los familiares y las redes de apoyo, con la dirección del profesional de Enfermería. Ante los cuidados existen dos tipos (Planes Individualizados y Planes Estandarizados)

#### QUINTA ETAPA “EVALUACIÓN DE ENFERMERÍA”

Última fase del proceso y se entiende como la parte del proceso donde se compara el estado de enfermedad o salud del paciente, esto vendría siendo los resultados obtenidos del paciente con los objetivos del plan definidos previamente por la enfermera (objetivos logrados). Cabe anotar, que esta evaluación se realiza continuamente en cada una de las etapas del proceso citadas anteriormente, verificando la relevancia y cálida. Los dos criterios más importantes de la enfermería son: la eficacia y efectividad. Una característica de esta etapa es continúa, pueden resolverse los diagnósticos establecidos o bien surgir otros nuevos, se tendrán que ir introduciendo modificaciones en el plan de cuidados para que la atención resulte más efectiva.

## ENTREVISTA CLÍNICA

Una entrevista clínica es en donde sucede una interacción enfermera-paciente con la finalidad de compartir información de uno o más problemas de salud, con esta técnica podremos valorar las necesidades y el objetivo de este dialogo será entablar una confianza para favorecer el proceso de enfermería y con ello llegaríamos a un diagnóstico y tratamiento de una manera segura para el paciente. Pero para este punto no solo es necesario saber todos los pasos de una entrevista (conocimientos teóricos y técnicos), esto implica saber habilidades, facilidad del habla, saber cómo comunicarse de una manera humana y tolerante (interacción humana, cordialidad, respeto, empatía y asertividad). Por lo tanto, la comunicación es muy importante para poder dar inicio al proceso de atención de enfermería, en la entrevista la enfermera accede a los síntomas de la enfermedad y a la perspectiva del paciente, por ello debe ser flexible pero concreto, ya que no siempre se cuenta con tiempo o también está la demanda de los demás pacientes que buscan ser atendidos; las entrevistas se pueden presentar con un dialogo o simplemente con la observación de la enfermera y se realizara durante todo el proceso de cuidados con la finalidad de conocer al paciente y la familia con la que se interactuará.

Como toda entrevista, la clínica tiene etapas que se deben llevar a cabo para que podamos llevar una buena relación enfermera-paciente como lo son: la preparación del proceso, la fase inicial, el cuerpo o fase intermedia, cierre, posdata y análisis de la información recogida. La preparación del proceso se hace para poder tener en cuenta que las preguntas sean de manera corta y directa y así poder tener un dialogo en la entrevista que sea clara y entendible a la capacidad del paciente sin tener malos entendidos, lo que veo más importante en este punto es que como enfermeros tengamos en cuenta que las personas que vamos atender no saben de términos técnicos y por lo tanto nos debemos de referir a ellos con palabras sencillas y habituales, y así obtener un buen entendimiento de ambas partes y la entrevista sea más rápida. La fase inicial ocurre cuando nos ponemos en contacto con el paciente con el objetivo de recaudar la información sobre la salud del paciente, tendremos que presentarnos ante el/ella, darnos a conocer (identidad), hacer las primeras preguntas (saber sus preocupaciones), mantener una confidencialidad y lograr captar las señales verbales que el paciente nos da a interpretar. En la fase intermedia consiste en llevar a cabo la entrevista en donde recogeremos la información, se anotarán los datos en forma breve y legible, tener en cuenta la flexibilidad en todo tiempo. En el cierre de la entrevista se le notica al paciente que hemos terminado la entrevista, darle las gracias por la colaboración y presentarle de manera prevé las tareas que se realizaran, al igual es importante preguntar si tiene alguna duda o si desea agregar algo más.

## EXPLORACIÓN FÍSICA

La exploración física es cuando el enfermero estudia el cuerpo para determinar si hay algún problema físico y por lo cual se usan las técnicas de exploración: inspección (observar el cuerpo) es un examen visual en la que usa la observación con las que se pueden ver las características normales, signos físicos significativos, y hallazgos anómalos y el sexo, esta técnica es detallada y sistematizadas, en ello se puede obtener características específicas relacionadas a tamaño, forma, posición, localización, color, aspecto, movimiento y simetría; palpación (sentir el cuerpo con los dedos o las manos) nos permite confirmar los datos obtenidos antes en la inspección, en la palpación se utiliza determinar la textura, la temperatura, las vibraciones, la forma, la conciencia, la presencia de la distensión en abdomen o vejiga y la presencia de dolor; percusión (producir sonidos, generalmente dando golpes suaves en áreas específicas del cuerpo) se usa la exploración que nos permite obtener datos mediante el tacto y el sentido auditivo y consiste en dar pequeños golpes en la zona que se explora y así poder obtener sonidos acústicos o vibraciones perceptibles, poder diferenciar los sonidos de los órganos y localizar el dolor ; auscultación (escuchar los sonidos) en esta técnica se utiliza únicamente el sentido auditivo para escuchar los sonidos que son producidos por los órganos en el interior del cuerpo y puede ser directa o indirecta. Para poder realizar la exploración física debemos contar con el material y el equipo necesario como lo son: el estetoscopio clínico, esfigmomanómetro, termómetro clínico, depresor, torundas, paraban y sabanas. Tenemos que tener cuidados y precauciones al momento de realizar una exploración física como el buen manejo de los instrumentos, la higiene, la destreza (las manos temblorosas), entre otros. Un aspecto importante es preparar psicológicamente al paciente sobre la examinación para evitar la incomodidad, malos entendidos y también dar la opción de que un acompañante este presente si él o ella lo desea, durante todo este proceso hay que estar atento por si se presentan inconvenientes o respuestas emocionales (ansiedad, miedo o preocupación). Para la exploración pediátrica se prioriza la prevención de las enfermedades y el desarrollo (crecimiento y desarrollo, examen sensorial, exploración dental y valoración de la conducta).

## SIGNOS VITALES

El control de signos vitales (SV) son fundamental en la valoración que se le realiza a un paciente como son: pulso arterial y frecuencia cardiaca (FC), la temperatura corporal (TC), frecuencia respiratoria (FR) y presión arterial (TA), ya que con ellos podemos identificar alteraciones en el paciente, cada uno de ellos cambia

dependiendo de la persona y de los diferentes momentos del día; cualquier alteración de dichos valores indica un mal funcionamiento orgánico.

El pulso arterial se genera cuando el corazón causa presión durante el ciclo cardiaco y los latidos del corazón por minuto, corresponde a la frecuencia cardiaca, para poder palpar el pulso en un paciente debemos tomar en cuenta la frecuencia, el ritmo, el volumen y la elasticidad; para poder tener una buena técnica tenemos que indicarle al paciente que ponga su extremidad apoyada y con la palma de la mano hacia arriba (radial), ponemos con delicadeza los dedos (índice y medio) y procedemos al conteo de los latidos (15,20 o 30 s x 4,3 o 2), y por último punto se hace el registro de los resultados. Podemos tomar el pulso en diferentes sitios del cuerpo (arteria carótida, arteria femoral, arteria radial (previamente explicada), arteria temporal, arteria humeral, arteria pedía, arteria poplítea, ápex cardiaco y la arteria tibial), debemos mantener la higiene, al paciente relajado y sin aceleración, y sin que haya ingerido medicamentos previos.

La temperatura corporal (TC) es el calor que conservamos entre el calor perdido y el calor generado, nuestra temperatura normal es entre 36,5° y 37,2° C; La temperatura se puede medir en la axila y en la ingle, en cuyo caso oscila entre 36.5 y 37°C, en la boca y en el recto los valores son ligeramente más altos en 0,3 a 0,5 ° C. Las mediciones bucales y rectales son las más exactas. Existe diferentes tipos de termómetro como lo es el de mercurio, el termómetro de contacto y el digital, el de mercurio tiene dos tipos el axilar y el rectal, los digitales son más complejos y dan el resultado más rápido y por ultima el termómetro de contacto que es una cinta que se coloca en la piel y da un resultado en un menor tiempo. Tenemos que tener en cuenta que antes aplicar un termómetro debe de estar esterilizado, en caso del termómetro de mercurio ver que este por debajo de los 35°C, el paciente debe de estar sentado o acostado y ver el tiempo en que lo toma, en caso de tomar la temperatura en la cavidad bucal hay que asegurarse que el paciente no haya ingerido bebidas y alimentos calientes previamente.

La frecuencia respiratoria (FR) es la cantidad de ciclos respiratorios (inspiración/espriación) que se producen en un minuto, lo normal es de 12/14 a 20/22. La técnica empleada en este punto es observar y contar los movimientos torácicos de manera discreta para que el paciente puede alterar el resultado por diversos motivos e inducir a un error. Pueden contarse (15 o 30s x 2) y posteriormente registrarlos, otra técnica empleada seria utilizando un material médico (estetoscopio) se coloca sobre la pared torácica y de igual manera se cuentan las respiraciones, por lo cual se para a registrar igualmente.

En la presión arterial (TA) se utiliza la esfigmomanometría utilizando los tensiómetros para la toma de la TA que podrían ser los de mercurio, los aneroides y los digitales. Para poder tomar la presión arterial los pacientes deben de estar

sentados y quietos, con los pies en el suelo, descansados y la extremidad sobre un área de apoyo con la palma de la mano hacia arriba, debería usarse una correcta toma del tamaño adecuado de brazaletes, la tensión arterial (sistólica) es la primera en oírse y después la tensión arterial diastólica es el punto tras el que desaparece el sonido, desinflar totalmente el manguillo y luego proceder a anotar del registro.

## RECOGIDA DE MUESTRAS BIOLÓGICAS

La toma de muestras clínicas debe ser realizada en el proceso de atención cuando el médico nos indique que es necesario (muestras de orina, muestras de heces y muestras de sangre), es importante resaltar que toda muestra debe ser debidamente identificada, acompañada por el formulario respectivo correctamente lleno, con el objetivo de garantizar un buen resultado. La recogida de orina debe ser recolectada cuando la orina haya estado en la vejiga del paciente no mayor a dos o tres horas, debemos usar el equipo especial y adecuado (recipientes con tapas), tener una muestra limpia es esencial para el análisis de la orina y evitemos que los gérmenes estén en la muestra, debemos dejar al paciente para que pueda hacer la recolección de la muestra y posteriormente llevarlo al análisis correspondiente. Las muestras de heces de igual manera que la orina se le indica al paciente que ponga una pequeña porción de materia fecal dentro del recipiente y luego proceda a tapar el frasco, debemos enviarla a laboratorio. Para la toma de muestra de sangre es totalmente diferente, en primer lugar, debemos contar con todos los materiales necesarios para dicho procedimiento (tubos de colección, agujas, jeringas, ligaduras, torundas, vendas adhesivas: las muestras debemos tomarlas correctamente, como también elección del sitio de punción y el volumen a coleccionar, sin olvidar la comodidad del paciente, debemos evitar los hematomas, fístulas, quemaduras, escoriaciones de la piel o cicatrices. Debemos evitar tomar muestra del brazo del mismo lado donde se ha realizado una mastectomía reciente.

## CONCLUSIÓN

Concluyendo el trabajo es de vital importancia este proceso de enfermería para nuestra vida laboral, para poder tener una buena comunicación enfermera-paciente, esto será lo principal y fundamental para poder ayudar y dar un buen diagnóstico y posterior un buen resultado de nuestros pacientes.

## REFERENCIAS

Iyer, B, & D. Bernocchi. (1997). Proceso de enfermería y diagnósticos de enfermería. 3ra edición. Mc Graw -Hill.

LUIS RODRIGO, T. "NANDA: diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificaciones" Ed. Elsevier, Madrid 2008.

[https://www.pisa.com.mx/publicidad/portal/enfermeria/manual/2\\_2.htm](https://www.pisa.com.mx/publicidad/portal/enfermeria/manual/2_2.htm)

Hernández Monsalve M, Entrevista clínica y buena práctica en Atención Primaria SEMERGEN 2002

Rey-Joly C. El examen clínico. Ed. Toray. Barcelona. 1-272, 2004.

SEMIOLOGIA DE LOS SIGNOS VITALES: UNA VIRADA NOVEDOSA A UN PROBLEMA VIGENTE. Villegas González, Juliana y Cols. Universidad de Manizales. Facultad de Ciencias de la Salud. 2012.