



**ALUMNA: Lourdes López Velázquez**

**TEMA: PROCESOS DE ENFERMERIA**

**PARCIAL: 1**

**MATERIA: PROCESOS DE ENFERMERIA**

**CATEDRATICO: MARIA DEL CARMEN LOPEZ SILBA**

**LICENCIATURA: Enfermería**

**CUATRIMESTRE: 1**

# PROCESO DE ENFERMERÍA

El proceso de atención de enfermería ocurrió cuando Hall (1955), Jhonson (1959), Orlando (1961) y Wiedenbach (1963), consideraron un proceso de tres etapas (valoración, planeación y ejecución); Yura y Walsh (1967), establecieron cuatro (valoración, planificación, realización y evaluación); y Bloch (1974), Roy (1975), Aspinall (1976) y algunos autores más, establecieron las cinco actuales al añadir la etapa diagnóstica.

° El proceso de atención de enfermería (PAE) es un conjunto de pasos sucesivos que nos permite prestar cuidados de una forma racional, lógica y sistemática, lo que resulta de vital importancia ya que llevan al enfermero a hacer un diagnóstico, en la actualidad se compone de 5 pasos muy importantes los cuales son:

## VALORACION

Se define como el proceso organizado, planificado, sistemático, y continuo de recogida de datos objetivos y subjetivos sobre el estado de salud del paciente, familia, o comunidad.

Valoración inicial. Este tipo cubre todas las perspectivas de Valoración enfermera. Es la primera valoración que se realiza a un paciente.

Valoración Focalizada o continua. Se centra en situaciones clínicas o problemas de salud concretos.

## “DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA

El diagnóstico enfermero es un juicio clínico sobre la respuesta de un individuo, familia o comunidad a sus problemas de salud reales o potenciales, el diagnóstico enfermero proporciona la base para la selección de intervenciones, para el logro de objetivos para los que la enfermera

## PLANIFICACION DE CUIDADOS

En esta fase se trata de establecer y llevar a cabo unos cuidados de enfermería, que conduzcan al paciente a prevenir, reducir o eliminar los problemas detectados.

Δ Establecer prioridades en los cuidados. Es la selección de todos los problemas y/o necesidades que pueden presentar el paciente que raras veces pueden ser abordados al mismo tiempo, por falta de disponibilidad de la enfermera, de la familia, posibilidades reales de intervención, falta de recursos económicos, materiales y humanos... Por tanto, se trata de ordenar jerárquicamente los problemas detectados.

Δ Planteamiento de los objetivos del cliente con resultados esperados. Esto es, determinar los criterios de resultado. Describir los resultados esperados, tanto por parte de los individuos y/o de la familia como por parte de los profesionales.

☒ Determinación de prioridades: Para determinar los resultados NOC que esperamos conseguir, y las intervenciones NIC que realizaremos para solucionar el problema de salud, es necesario fijar unas prioridades con el fin de tratar primero los problemas más importantes.

☒ Resultados NOC: La NOC es la clasificación estandarizada de resultados de enfermería, que tiene como principal objetivo evaluar la eficacia de las intervenciones enfermeras. Los Resultados NOC tendrán los siguientes componentes:

1. Etiqueta.
2. Definición.
3. Listado de indicadores.
4. Escala de Likert.

☒ Resultados NIC: Se entiende como las intervenciones de enfermería NIC. Los Intervenciones NIC tienen los siguientes componentes:

- Etiqueta. • Código. • Definición. • Actividades

## **EJECUCION Y EVALUACION**

La etapa de ejecución no solo consiste en la aplicar los cuidados de enfermería correspondientes a las intervenciones, sino que además conlleva las siguientes actividades:

- Continuar con la recogida y valoración de datos.
- Registro de los cuidados de enfermería realizados.
- Transmitir el estado de salud de nuestros pacientes al resto de los profesionales sanitarios que intervienen directamente en su atención, mediante la realización informes verbales.

La evaluación se define como la comparación planificada y sistematizada entre el estado de salud del paciente y los resultados esperados.

La evaluación se realizará de forma periódica y cíclica, afectando a las decisiones tomadas sobre el resto de las fases del proceso de atención de enfermería.

Puede haber tres posibles conclusiones (resultados esperados), a las que podremos llegar al finalizar:

- 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. En este caso podemos realizar una nueva revisión del problema, de los resultados esperados, de las actividades llevadas a cabo.

## ENTREVISTA CLÍNICA

La entrevista clínica es una técnica que tiene la finalidad de recaudar datos objetivos (son todos aquellos datos medibles del paciente como sus signos vitales) y datos subjetivos (son todos aquellos que se obtienen a través de una serie de preguntas, incluyendo: datos históricos, datos actuales, etc.) La entrevista se divide por etapas, como lo son las siguientes:

Es aquella que se produce cuando el entrevistador/a interacciona "cara a cara" con el/la entrevistado/a, con el objetivo de recoger información sobre el estado y problema/s del paciente/cliente.

Se abordan las diferentes áreas temáticas a las cuales nos queremos dirigir, para esto hay que tomar en cuenta:

Recoger primero la información de lo general a lo específico.

- Anotar los datos recogidos brevemente y de forma inteligible.

Apuntando cifras, fechas, algunos datos de interés, pero sin pretender transcribir toda la información verbal revelada por el paciente/cliente en este momento.

- Comunicación efectiva

Se le denomina a la fase en el personal de salud se despide del paciente con los respectivos datos detallados previamente para ello se tiene que Comunicar la finalización próxima de la misma, agradecer la colaboración y atención prestada.

## EXPLORACION FISICA

En la exploración física se lleva a cabo de la cabeza a los pies (céfalo-caudal), observando cada posible anomalía o apariencia en el paciente, para facilitararlo se ponen en práctica cuatro métodos mencionados a continuación:

Estetoscopio clínico: para la auscultación tanto del Aparato Respiratorio como Cardiovascular.

∞ Esfigmomanómetro: para la medición de la Tensión Arterial (T.A.).

∞ Termómetro clínico: para la medición de la temperatura corporal.

∞ Depresor: para el examen de la cavidad bucal.

∞ Ø Torundas: para diferentes usos durante el examen: secar la región axilar, limpiar el termómetro antes de realizar la lectura, etc.

∞ Sábanas: Para guardar el pudor del paciente.

## SIGNOS VITALES

Los signos vitales (SV) son valores que permiten estimar la efectividad de la circulación, de la respiración y de las funciones neurológicas basales y su réplica a diferentes estímulos fisiológicos y patológicos. Su característica principal es que son totalmente medibles en el cuerpo humano a través de dispositivos que nos arrojan parámetros, dentro de estos se encuentran 5 signos muy importantes

tales como, la frecuencia (FC), la frecuencia respiratoria (FR), la temperatura corporal (TC), la presión arterial (TA) y la oximetría (OXM).

## RECOGIDA DE MUESTRAS BIOLÓGICAS

El análisis elemental de orina incluye el estudio de las características físicas y bioquímicas (densidad, pH, presencia de glucosa, proteínas, bilirrubina...etc.) y también el estudio del sedimento.

Niños mayores de 2 años.- La recogida es similar a la realizada en los adultos.

- Niños menores de 2 años.- Se utilizan dispositivos especiales. Se trata de unas bolsas desechables estériles con una superficie adhesiva que se pega a la piel de la zona púbica y perineal

El contenido del intestino grueso a medida que va avanzando por él, y gracias a la absorción de agua, se va convirtiendo en una masa pastosa y sólida, en la coloración El color habitual en las heces del adulto es marrón parduzco pero en el lactante es amarillento.

A partir de las muestras de heces se pueden investigar muchas cosas: alteraciones de la digestión, presencia de sangre, de parásitos y de microorganismos, La recogida de muestras de heces es función del TCAE. Por supuesto, en el caso de que se trate de un paciente ambulatorio habrá que explicarle muy claramente cómo hacerlo tomando en cuenta que las muestras deben estar sin rastros de orina, detergente, etc.

El análisis de la sangre se realiza a partir de la extracción de una muestra obtenida por punción, para hacer una extracción segura:

☐ Normalmente la extracción de sangre se realiza con el paciente en ayunas. Mientras se efectúa, el paciente debe estar sentado o recostado.



- ☐ Las extracciones pueden realizarse en salas destinadas para ello, en el laboratorio o en la propia unidad de hospitalización.
- ☐ Las muestras pueden obtenerse de sangre arterial, venosa o capilar

## CONCLUSION

Para el proceso de atención de enfermería (PAE) se necesita tomar en cuenta herramientas como

- ☐ Métodos de valoración
- ☐ Clasificaciones taxonómicas
- ☐ Y las diversas técnicas para lograr buena comunicación efectiva

El PAE se constituye de cinco etapas las cuales son: Valoración, Planeación, Diagnostico, Ejecución y Evaluación, con la finalidad de reconocer el estado de salud del paciente y de la misma manera nos permite poder planear los cuidados respectivos de él, es importante recaudar datos iniciales del paciente para poder llevar a cabo un proceso de atención, es decir, obtener datos focalizados (valoración de alguna patología o un problema en específico), datos generales (que es la valoración completa de los patrones funcionales), etc. Con esto se obtiene la valoración del paciente, después

se lleva a cabo la exploración física tomando en cuenta que esta debe ser céfalo-caudal haciendo uso de técnicas para poder auscultar, percutir, palpar o inspeccionar alguna zona del cuerpo, en seguida viene la planeación conocidos como PLACES que es un instrumento para documentar la situación del paciente, en esto se incluyen los planes de cuidados ya sean individualizados o estandarizados, y así es como se obtienen las diversas intervenciones incluyendo actividades independientes, interdependientes o dependientes, al final se realiza la evaluación para ver si el paciente está mejorando o no con el Tx. Y todo en conjunto es justamente para mejorar el estado de salud del paciente sin olvidar seguir recaudando datos y registrar todo.