



**Mi Universidad**

**Nombre del alumno:**

**Liliana Tomas Morales**

**Nombre del profesor:**

**Ruben Eduardo Domingez Garcia**

**Nombre del trabajo:**

**Super nota**

**Materia:**

**Fundamentos de enfermeria 1**

**Grado: 1**

# FUNDAMENTOS DE ENFERMERIA 1

## PROCESO DE ENFERMERIA

(PAE) Es la aplicacion de metodo cientifico en la practica asistencial enfermera.  
Entre 1974 y 1976 el PAE quedo como actualmente lo conosemos -valoracion, diagnostico, planificacion, ejecucion, evaluacion.

En cuanto al los objetivos del PAE, el principal se centra, en constituir una estructura que pueda cubrir, de forma individualizada, las neseidades del paciente, familia y comunidad.



## FASES DEL PROCESO ENFERMERO

El proceso de enfermeria es una variacion de razonamiento cientifico. Practicar las cinco fases del proceso de enfermeria nos permite ser organizados y realizar nuestra practica de una manera sistematica (organizada).

**VALORAR:** recopilar informacion sobre el estado del paciente.  
**DIAGNOSTICAR:** identificar los problemas del paciente.  
**PLANIFICAR:** establecer los objetivos de los cuidados y los resultados deeados e identificar la situaciones enfermeras apropiadas.  
**IMPLEMENTAR:** realizar las acciones de enfermeria identificadas en la planificacion.  
**EVALUAR:** determinar si se alcanzan los objetivos y los resultados esperados.



## ENFOQUE DE PENSAMIENTO CRITICO SOBRE LA VALORACION

La valoracion es la acogida intencionada y sistematica de informacion sobre un paciente para determinar su estado de salud.

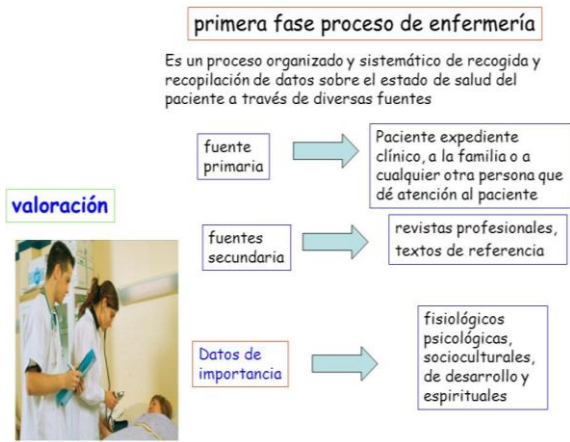
La valoración de enfermería incluye dos etapas:

1. Recogida de información de una fuente primaria (el paciente) y de las fuentes secundarias.

2. la interpretación y validación de los datos para garantizar una completa base de datos.

Recogida de datos: Se realiza la valoración para recopilar la información necesaria para hacer un juicio preciso sobre el estado actual de un paciente.

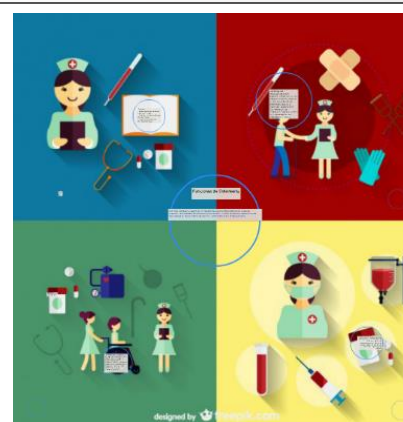
- El paciente, a través de la entrevista, las observaciones y la exploración física.
- Los informes de los miembros de la familia.



Las enfermeras y enfermeros deben poseer unos requisitos previos para realizar una adecuada valoración del cliente:

- convicciones del profesional: conforman la actitud y las motivaciones del profesional, lo que piensa, siente y cree sobre la enfermería.
- Los conocimientos profesionales: deben tener una base de conocimientos sólida, que permita hacer una valoración del estado de salud.
- Habilidades: en la valoración se adquieren con la utilización de métodos y procedimientos que hacen posible la toma de datos.

- Habilidades: en la valoración se adquieren con la utilización de métodos y procedimientos que hacen posible la toma de datos.
- Comunicarse de forma eficaz. Implica el conocer la teoría de la comunicación y del aprendizaje.
- Observar sistemáticamente. Implica la utilización de formularios o guías que identifican los tipos específicos de datos que necesitan recogerse.
- Diferenciar entre signos e inferencias y confirmar las impresiones. Un signo es un hecho que uno percibe a través de uso de los sentidos y una inferencia es el juicio o interpretación de esos signos.



Es primordial seguir un orden en la valoración, de forma que, en la práctica, la enfermera adquiera un hábito que se traduzca en no olvidar ningún dato, obteniendo la máxima información en el tiempo disponible de la consulta de Enfermería.



- Criterios de valoración siguiendo un orden de "cabeza a pies": sigue el orden de valoración de los diferentes órganos del cuerpo humano, dejando para el final la espalda, de forma sistemática.
- Criterios de valoración por "sistemas y aparatos": se valora el aspecto general y las constantes vitales, comenzando por las zonas más afectadas.

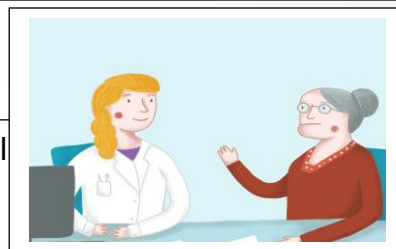


## METODOS PARA OBTENER DATOS

### 1. entrevista clínica:

Existen dos tipos de entrevista, ésta puede ser formal o informal:

- La entrevista formal: consiste en una comunicación con un propósito específico, en la cual la enfermera realiza la historia del paciente.
- El aspecto informal: la entrevista es la conversación entre enfermera y paciente durante el curso de los cuidados.



### La entrevista consta de tres partes:

- Iniciación: Se comienza por una fase de aproximación y se centra en la creación de un ambiente favorable.
- Cuerpo: La finalidad de la conversación en esta parte se centra en la obtención de la información necesaria.
- III. Cierre: Es la fase final de la entrevista No se deben introducir temas nuevos, Es importante resumir los datos más significativos.

**La exploración física:** es el examen sistemático del paciente para encontrar evidencia física de capacidad o incapacidad funcional

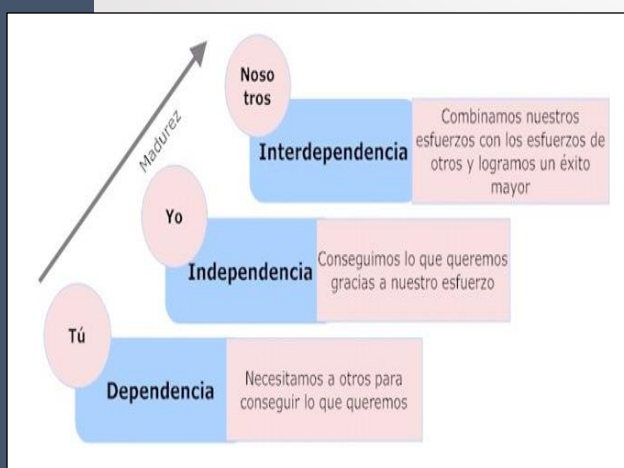


**La enfermera utiliza cuatro técnicas específicas:**

- Inspección: es el método de exploración física que se efectúa por medio de la vista.
- Palpación: es el proceso de examinar el cuerpo utilizando el sentido del tacto, esta técnica se utiliza para la palpación de órganos en abdomen
- Percusión: consiste en golpear suavemente con la mano o instrumentos, cualquier segmento del cuerpo.
- Auscultación: se efectúa por medio del oído, se utiliza el estetoscopio y determinamos características sonoras de pulmón, corazón e intestino.

**1.3. SEGUNDA ETAPA: DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA**

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.



Un diagnóstico de enfermería no es sinónimo de uno médico.

Si las funciones de Enfermería tienen tres dimensiones, dependiente, interdependiente e independiente, según el nivel de decisión que corresponde a la enfermera.

-La dimensión dependiente de la práctica de la enfermera incluye aquellos problemas que son responsabilidad directa del médico que es quien designa las intervenciones que deben realizar las enfermeras.

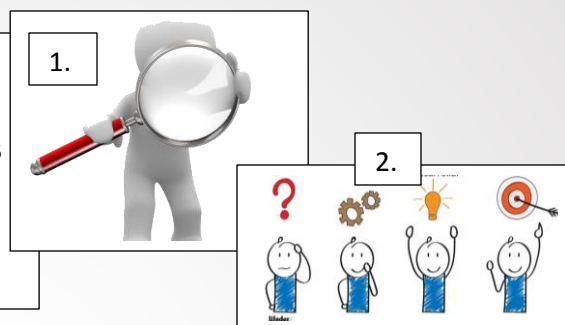
- La dimensión interdependiente de la enfermera, se refiere a aquellos problemas o situaciones cuya prescripción y tratamiento colaboran las enfermeras y otros profesionales de la Salud.

- Dimensión independiente de la enfermera, es toda aquella acción que es reconocida legalmente como responsabilidad de Enfermería, y que no requiere la supervisión o dirección de otros profesionales.

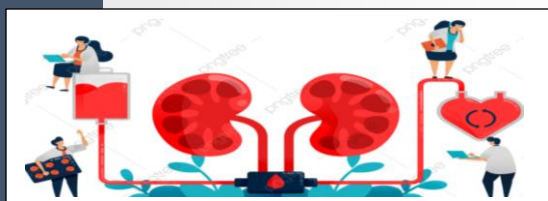
### Los pasos de esta fase son:

**1. Identificación de problemas:** o Análisis de los datos significativos, bien sean datos o la deducción de ellos, es un planteamiento de alternativas como hipótesis.

**2. Formulación de problemas:** Diagnóstico de enfermería y problemas interdependientes.



### La Asociación Española de Enfermería Docente (AEED) en 1993, elaboró un documento en el que especificaba estos beneficios:



**Investigación:** Para poder investigar sobre los problemas de Salud que los profesionales de enfermería estamos capacitados para tratar.



**Docencia:** la inclusión de los Diagnósticos de Enfermería en el curriculum básico debe iniciarse y continuarse de forma coherente.



**Asistencial:** en la práctica asistencial favorece la organización y profesionalización de las actividades de enfermería, identificando las respuestas de las personas ante distintas situaciones de Salud.



**Gestión:** Ayuda a determinar los tiempos medios requeridos, Y por tanto, las cargas de trabajo de cada unidad o centro, al facilitar la organización y sistematización de las actividades de cuidados.

## TIPOS DE DIAGNÓSTICOS:

**Real:** representa un estado que ha sido clínicamente validado mediante características definitorias principales identificables, Consta de tres partes, formato PES: problema (P) + etiología, factores causales o contribuyentes (E) + signos/síntomas (S).

**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. Consta de dos componentes, formato PE: problema (P) + etiología/factores contribuyentes (E).

**Posible:** son enunciados que describen un problema sospechado para el que se necesitan datos adicionales. Consta de dos componentes, formato PE: problema (P) + etiología/factores contribuyentes (E).

**De bienestar:** juicio clínico respecto a una persona, grupo o comunidad en transición desde un nivel específico de bienestar hacia un nivel más elevado.



## 1.4.- TERCERA ETAPA PLANIFICACION DE CUIDADOS

En esta fase 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

1. **Establecer prioridades en los cuidados:** se trata de ordenar jerárquicamente los problemas detectados, o necesidades que pueden presentar una familia, comunidad o al mismo tiempo, por falta de disponibilidad de la enfermera y falta de recursos económicos.
2. **Planteamiento de los objetivos del cliente con resultados esperados:** Describir los resultados esperados, tanto por parte de los individuos y/o de la familia como por parte de los profesionales.

## 1.4.- EJECUCIÓN:

cuarta etapa del plan de cuidados, es en esta etapa cuando realmente se pone en práctica el plan de cuidados elaborado.

- 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

## 1.5.- EVALUACIÓN:

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

## 1.6.- BASES SEMIOLÓGICAS DE LA VALORACIÓN DEL PACIENTE SEMIOLOGÍA APLICADA A LA ENFERMERÍA:

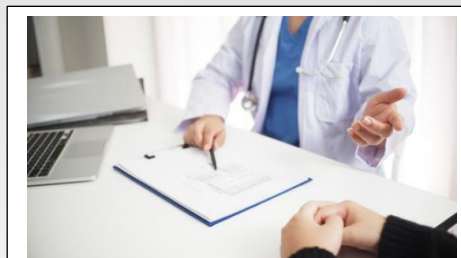
Es el estudio de los signos y síntomas de una enfermedad.





## 1.7.- ENTREVIATA CLINICA

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.



## 1.8.- EXPLORACION FISICA:

La valoración de la salud y la exploración física son los primeros pasos hacia la prestación de cuidados de enfermería. La enfermera está en una posición única para determinar el estado de salud actual de cada paciente, La enfermera debe poder reconocer e interpretar cada manifestación conductual y física del paciente.

## 1.9.- SIGNOS VITALES

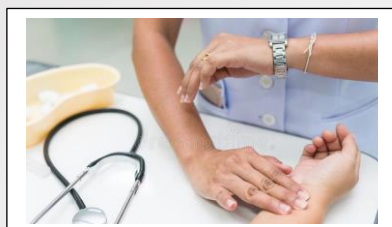
La medida de las constantes vitales es más precisa si se termina antes de empezar los cambios o movimientos posturales.



## Talla y peso

La talla y el peso reflejan el estado de salud general de una persona. Las tablas estandarizadas ayudan a revelar el peso normal esperado de un adulto para una talla dada

**Temperatura corporal:** 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.



**Pulso:** El pulso son los saltos palpables del flujo sanguíneo observados, En varios puntos del cuerpo

**Respiración:** 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.



**Presión 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.

### 1.10.- RECOGIDAS DE MUESTRAS BIOLÓGICAS

En la actualidad la práctica médica se apoya cada vez más en los resultados de las pruebas de laboratorio para precisar los diagnósticos, tratamiento y evolución de los pacientes, por lo que es determinante la calidad en la toma de las muestras.



