



Nombre de alumno: BRYAN ELI GARCIA ZAMORANO

Nombre del profesor: RUBEN EDUARDO DOMINGUEZ GARCIA

Nombre del trabajo: SUPER NOTA

Materia: FUNDAMENTO DE ENFERMERIA

Grado: 1

Frontera Comalapa Chiapas a 7 de septiembre de 2022



FUNDAMENTO DE ENFERMERIA

PROCESO DE ENFERMERÍA

EL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA (PAE) , ES LA APLICACIÓN DEL MÉTODO CIENTÍFICO EN LA PRÁCTICA ASISTENCIAL ENFERMERA, LO QUE NOS PERMITE PRESTAR CUIDADOS DE UNA FORMA RACIONAL, LÓGICA Y SISTEMÁTICA, LO QUE RESULTA DE VITAL IMPORTANCIA CUANDO SE TRABAJA EN EL ÁMBITO DE ENFERMERÍA.

- VALORACIÓN • DIAGNÓSTICO • PLANIFICACIÓN • EJECUCIÓN • EVALUACIÓN



PRIMERA ETAPA DE VALORACIÓN DE ENFERMERÍA



- ANALIZAR LA RELACIÓN ENTRE EL PENSAMIENTO CRÍTICO Y LA VALORACIÓN DE ENFERMERÍA.
- EXPLICAR EL PROCESO DE RECOGIDA DE DATOS.
- DISTINGUIR ENTRE LOS DATOS SUBJETIVOS Y OBJETIVOS.
- DESCRIBIR LOS MÉTODOS DE RECOGIDA DE DATOS.
- ANALIZAR EL PROCESO DE REALIZACIÓN DE UNA ENTREVISTA CENTRADA EN EL PACIENTE

SEGUNDA ETAPA: DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

ES UN ENUNCIADO DEL PROBLEMA REAL O EN POTENCIA 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 DIAGNÓSTICO ENFERMERO O PROBLEMA INTERDEPENDIENTE.

LOS PASOS DE ESTA FASE SON:

- IDENTIFICACIÓN DE PROBLEMAS
- FORMULACIÓN DE PROBLEMAS.
- INVESTIGACIÓN
- DOGENCIA
- ASISTENCIAL
- GESTIÓN



CADA CATEGORÍA DIAGNÓSTICA TIENE 4 COMPONENTES:

- 1.- ETIQUETA DESCRIPTIVA O TÍTULO: OFRECE UNA DESCRIPCIÓN CONCISA DEL PROBLEMA (REAL O POTENCIAL) . ES UNA FRASE O TÉRMINO QUE REPRESENTA UN PATRÓN.
- 2.- DEFINICIÓN: EXPRESA UN SIGNIFICADO CLARO Y PRECISO DE LA CATEGORÍA Y LA DIFERENCIA DE TODAS LAS DEMÁS.
- 3.- CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS: CADA DIAGNÓSTICO TIENE UN TÍTULO Y UNA DEFINICIÓN ESPECÍFICA, ÉSTA ES LA QUE NOS DA EL SIGNIFICADO PROPIAMENTE DEL DIAGNÓSTICO, EL TÍTULO ES SOLO SUGERENTE.
- 4.- LAS CARACTERÍSTICAS QUE DEFINEN EL DIAGNÓSTICO REAL SON LOS SIGNOS Y SÍNTOMAS PRINCIPALES SIEMPRE PRESENTES EN

EL 80-100% DE LOS CASOS



TIPOS DE DIAGNÓSTICO:

- REAL
- ALTO RIESGO
- POSIBLE
- DE BIEN ESTAR

TERCERA ETAPA: PLANIFICACIÓN DE CUIDADO

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

ESTABLECER PRIORIDADES EN LOS CUIDADOS:

TODOS LOS PROBLEMAS Y/O NECESIDADES QUE PUEDEN PRESENTAR UNA FAMILIA Y UNA COMUNIDAD 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

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

• ELABORACIÓN DE LAS ACTUACIONES DE ENFERMERÍA:

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 REALIDAD LOS OBJETIVOS.



EJECUCIÓN

- 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 CUIDADOS ACTUALIZADO.



EVALUACIÓN

. EVALUAR, ES EMITIR UN JUICIO SOBRE UN OBJETO, ACCIÓN, TRABAJO, SITUACIÓN O PERSONA, COMPARÁNDOLO CON UNO O VARIOS CRITERIOS.

1.- ASPECTO GENERAL Y FUNCIONAMIENTO DEL CUERPO:

- * OBSERVACIÓN DIRECTA, EXAMEN FÍSICO.
- * EXAMEN DE LA HISTORIA CLÍNICA

2.- SEÑALES Y SÍNTOMAS ESPECÍFICO

- * OBSERVACIÓN DIRECTA
- * ENTREVISTA CON EL PACIENTE.
- * EXAMEN DE LA HISTORIA

3.- CONOCIMIENTOS:

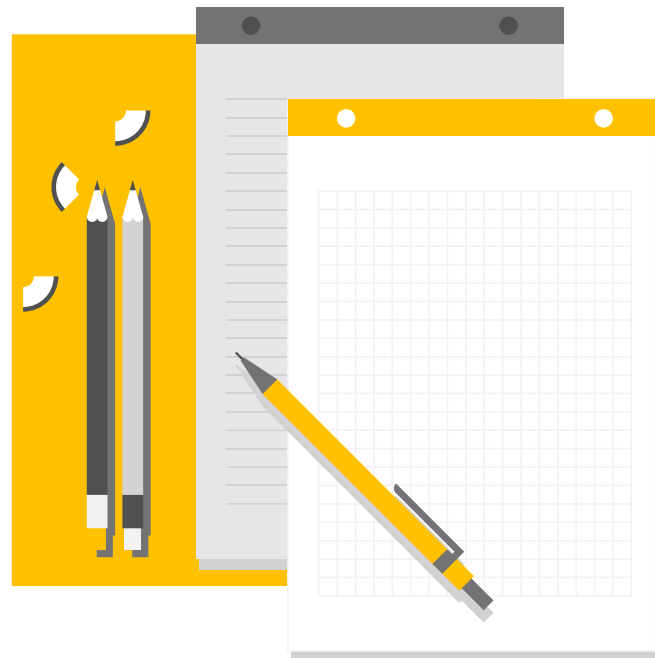
- * ENTREVISTA CON EL PACIENTE
- * CUESTIONARIOS (TEST)

4.- CAPACIDAD PSICOMOTORA (HABILIDADES)

- * OBSERVACIÓN DIRECTA DURANTE LA REALIZACIÓN DE LA ACTIVIDAD 31

5.- ESTADO EMOCIONAL:

- * OBSERVACIÓN DIRECTA, MEDIANTE LENGUAJE CORPORAL Y EXPRESIÓN VERBAL DE EMOCIONES.
- * INFORMACIÓN DADA POR EL RESTO DEL PERSONAL
- * SITUACIÓN ESPIRITUAL (MODELO HOLÍSTICO DE LA SALUD) :
- * ENTREVISTA CON EL PACIENTE.
- * INFORMACIÓN DADA POR EL RESTO DEL PERSONAL



BASES SEMIOLÓGICAS DE LA VALORACIÓN DEL PACIENTE

OBJETIVO® A PARTIR DE LOS DATOS RECABADOS POR EL INTERROGATORIO EL EXAMEN FÍSICO Y LOS ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS SE LLEGA AL DIAGNÓSTICO ENFERMERO.

PROBLEMA: ES TODO AQUELLO QUE REQUIERE ATENCIÓN POR PARTE DE LA ENFERMERA. ES UNA QUEJA, OBSERVACIÓN O CIRCUNSTANCIA PERCIBIDA, POR EL PERSONAL DE ENFERMERÍA O EL PACIENTE QUE AFECTA LA CAPACIDAD FUNCIONAL DEL INDIVIDUO. UN PROBLEMA PUEDE SER UN DIAGNÓSTICO, PERO TAMBIÉN UN SÍNTOMA, UNA SITUACIÓN LABORAL ETC.

SÍNTOMA: ES LO MANIFESTADO POR EL PACIENTE, LO QUE ÉL SIENTE. ES UN DATO SUBJETIVO. EJ. PRURITO, DOLOR, DISNEA.

SIGNO. ES LO QUE PUEDE SER OBSERVADO, PALPADO O AUSCULTADO POR LA ENFERMERA. SE PUEDE MEDIR.® ES UN DATO OBJETIVO

SÍNDROME® ES EL CONJUNTO DE SÍNTOMAS Y SIGNOS RELACIONADOS ENTRE SÍ, QUE TIENEN UNA FISIOPATOLOGÍA COMÚN Y QUE OBEDECEN A DISTINTAS ETIOLOGÍAS. EJ. EL SÍNDROME FEBRIL.

HISTORIA CLÍNICA: ES EL REGISTRO COMPLETO DE LA INFORMACIÓN OBTENIDA A TRAVÉS DEL INTERROGATORIO DEL PACIENTE, EL EXAMEN FÍSICO, DE LOS ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS QUE SE EFECTÚEN. CUMPLE UNA FUNCIÓN ASISTENCIAL, DE INVESTIGACIÓN, ES UNA PARTE LEGAL Y DE AUDITORÍA. ES EL ARMA BÁSICA DE TRABAJO DE LA ENFERMERA.

CARACTERÍSTICAS DE LA HISTORIA CLÍNICA

- DEBE SER CIERTA, COHERENTE, ENTENDIBLE.
- DEBE SEGUIR UN ORDEN— NO PUEDE FALTARLE DATOS, AUNQUE SEAN NEGATIVOS (EJ: FUMA)
- A TRAVÉS DE ELLA OBTENEMOS INFORMACIÓN PARA INICIAR EL RAZONAMIENTO ENFERMERO. ESTE RAZONAMIENTO DEBE DIRIGIRSE A LOS PROBLEMAS QUE PLANTEA EL USUARIO.

INTERROGATORIO ES EL PRIMER PASO DE LA HISTORIA CLÍNICA. HAY QUE DEJAR QUE EL PACIENTE EXPONGA SU PROBLEMA INTERRUMPIÉNDOLO PARA EVITAR DISOCIACIONES O PÉRDIDA DEL HILO DEL PENSAMIENTO. LUEGO SE COMIENZA CON UN INTERROGATORIO DIRIGIDO.

DATOS PERSONALES

1. MOTIVO DE CONSULTA
2. ENFERMEDAD ACTUAL
3. HÁBITOS
4. ANTECEDENTES PERSONALES
5. ANTECEDENTES FAMILIARES.
6. EXAMEN FÍSICO.
7. EXÁMENES COMPLEMENTARIOS



DATOS PERSONALES

- 1.- NOMBRES
- 2.- APELLIDOS
- 3.- EDAD
- 4.- SEXO
- 5.- ESTADO CIVIL
- 6.- DOMICILIO
- 7.- PROCEDENCIA
- 8.- OCUPACIÓN
- 9.- ESTUDIOS
- 10.- RELIGIÓN.

2. MOTIVO DE CONSULTA ES LA RAZÓN (SIGNO O SÍNTOMA) QUE LLEVA AL PACIENTE A LA CONSULTA. LO QUE SIENTE CON MAYOR INTENSIDAD LO QUE MÁS LE PREOCUPA.

3. ENFERMEDAD ACTUAL ES LA NARRACIÓN DEL EPISODIO QUE MOTIVO A LLEGAR A LA CONSULTA; EN FORMA ORDENADA, CRONOLÓGICA Y GRAMATICALMENTE CORRECTA, SE IRÁN ESCRIBIENDO LOS SIGNOS Y SÍNTOMAS. LOCALIZACIÓN = ¿DÓNDE? | IRRADIACIÓN (DOLOR) = HACIA DÓNDE VA? | CARÁCTER O CALIDAD = ¿CÓMO ES? | INTENSIDAD O SEVERIDAD = ¿CUÁNDO DUELE? | FACTORES QUE LO AGRAVAN O LO MEJORAN = ¿CON QUE DISMINUYE? | CARÁCTER TEMPORAL = SI ES CONTINUO, INTERMITENTE O TRANSITORIO | SÍNTOMAS ASOCIADOS = ¿QUÉ OTROS SÍNTOMAS PRESENTAN? | TIEMPO DE EVOLUCIÓN = ¿DESDE CUÁNDO?

4. HABITOS 4.1.- DIURESIS 4.2.- DIETA 4.3.- ACTIVIDAD FÍSICA 4.4.- TABAQUISMO 4.5.- ALCOHOL 4.6.- DROGAS 4.7.- HÁBITOS SEXUALES. 35

5. ANTECEDENTES PERSONALES 5.1.- ALERGIA 5.2.- ASMA 5.3.- HTA 5.4.- DIABETES 5.5.- CARDIOPATÍAS 5.6.- MEDICAMENTOS 5.7.- CIRUGÍAS PREVIAS 5.8.- ENFERMEDADES DE LA INFANCIA 5.9.- OTRO

6. ANTECEDENTES FAMILIARES SE INTERROGA SOBRE ENFERMEDADES QUE TENGAN VINCULACIÓN HEREDITARIA O GENÉTICA, PREGUNTAR SOBRE PADRES, ABUELOS, HERMANOS, HIJOS QUE MURIERON CON ESTAS ENFERMEDADES U OTRAS. 6.1.- ALERGIAS



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.



EXPLORACIÓN FÍSICA

INSPECCIÓN PARA INSPECCIONAR, LA ENFERMERA DEBE MIRAR, ESCUCHAR Y OLER CUIDADOSAMENTE PARA DISTINGUIR LOS RESULTADOS NORMALES DE LOS ANORMALES. PARA HACER ESO, DEBE SER CONSCIENTE DE CUALQUIER DÉFICIT PERSONAL VISUAL, AUDITIVO U OLFATIVO

PALPACIÓN LA PALPACIÓN IMPLICA USAR EL SENTIDO DEL TACTO PARA RECOPIAR LA INFORMACIÓN. MEDIANTE EL TACTO LA ENFERMERA REALIZA JUICIOS SOBRE LOS HALLAZGOS ESPERADOS E INESPERADOS EN LA PIEL O LOS TEJIDOS, LOS MÚSCULOS Y LOS HUESOS SUBYACENTES

PERCUSIÓN LA PERCUSIÓN IMPLICA GOLPEAR LIGERAMENTE LA PIEL CON LAS YEMAS DE LOS DEDOS PARA HACER VIBRAR LOS TEJIDOS Y ÓRGANOS SUBYACENTES.

LA AUSCULTACIÓN IMPLICA ESCUCHAR LOS SONIDOS QUE EL CUERPO HACE PARA DETECTAR VARIACIONES DE LO NORMAL.



SIGNOS VITALES

LA MEDIDA DE LAS CONSTANTES VITALES ES MÁS PRECISA SI SE TERMINA ANTES DE EMPEZAR LOS CAMBIOS O MOVIMIENTOS POSTURALES. SI EXISTE UNA POSIBILIDAD DE QUE LAS CONSTANTES VITALES ESTÉN SESGADAS CUANDO SE MIDEN POR PRIMERA VEZ, HAY QUE VOLVERLAS A TOMAR MÁS TARDE DURANTE EL RESTO DE LA EXPLORACIÓN. EL DOLOR, CONSIDERADO LA QUINTA CONSTANTE VITAL, TAMBIÉN DEBE SER VALORADO.

TEMPERATURA CORPORAL

PULSO

FRECUENCIA RESPIRATORIA

PRESIÓN ARTERIAL

TALLA Y PESO



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. RELACIONADO CON LA DEMORA EN LA RECOGIDA DE MUESTRAS DEBIDO A UNA INSUFICIENTE COORDINACIÓN ENTRE EL PERSONAL INVOLUCRADO.

