

*Nombre del Alumno: Daniela Simeí Morales Jiménez*

*Nombre del tema: (cuadro sinóptico) Unidad I I (PROCESO DE ENFERMERÍA.)*

*Parcial: I*

*Nombre de la Materia: Fundamentos de Enfermería I*

*Nombre del profesor: EEU: Rubén Eduardo Domínguez*

*Nombre de la Licenciatura: Lic. En Enfermería*

*Cuatrimestre: I*

*Frontera, Comalapa, Chiapas*

*A 2 de septiembre del 2022*

“El proceso de enfermería es un método racional y sistemático de planificación y proporción de asistencia de enfermería.

El propósito principal es construir una estructura teórica que pueda cubrir las necesidades del individuo, la familia y la comunidad. Es decir, garantizar la calidad en los cuidados y la calidad de vida

## VENTAJAS

- ❖ La satisfacción por el trabajo y potencia el desarrollo profesional.
- ❖ La satisfacción profesional.
- ❖ Favorece la continuidad de los cuidados, lo que da lugar a un ambiente seguro y terapéutico.
- ❖ Proporciona cuidados individualizados
- ❖ El proceso de enfermería demuestra el alcance de la práctica de enfermería, basándose en su formación y marco de actuación y rol profesional.
- ❖ Potencia el desarrollo profesional, el proceso de enfermería favorece el desarrollo de las capacidades cognitiva, técnica e interpersonal.
- ❖ La utilización de un método sistemático para la prestación de cuidados de enfermería mejora también la calidad de los cuidados.

## CUALIDADES ESENCIALES

- ✓ Sistemático
- ✓ Dinámico
- ✓ Interactivo
- ✓ Flexible
- ✓ Sustentarse teóricamente

## ETAPAS

Las etapas son la propuesta del método de cuidado, ya que se requiere de medios y procedimientos para actuar. Las etapas son cíclicas, dinámicas e inseparables pero estructuradas en secuencia lógica para ser una guía que orientará al profesional de enfermería la forma en que actuará considerando la situación de salud muy particular de cada persona, familia y comunidad

En la actualidad, las etapas del proceso de enfermería son cinco

- Valoración, pero de forma paralela se
- Diagnostica
- Planifica
- Ejecuta
- Evalúa

## 2.1 PROCESO DE ENFERMERÍA

Consiste en reunir toda la información necesaria para obtener una imagen, lo más clara y completa posible de las necesidades de la persona, sus problemas y sus capacidades. Permite a la enfermera conocer a la persona que va a cuidar y determinar cuales es su situación actual.

### RECOLECCIÓN DE DATOS

Es esencial porque se inicia el primer contacto con la persona, familia o comunidad, es un proceso dinámico y continuo.

- Clasificación de los datos
- Fuentes para la obtención de los datos.
- Medios y técnicas para la recolección de los datos

- Observación
- Entrevista
- Exploración física

### VALIDACIÓN DE LOS DATOS

Validar es verificar y confirmar los datos para determinar si responden a los hechos. Consiste, también en analizar la información con el fin de identificar posibles vacíos o incongruencias

- Revisar los propios datos (escala de medición)
- Solicitar que otra persona recolecte el mismo dato.
- Identificar que no existen factores transitorios.
- Revisar los datos críticos.
- Comprobar congruencia entre los datos

### ORGANIZACIÓN DE LOS DATOS

Consiste en la agrupación de los datos en categorías de información de forma que tengan sentido, puedan verse las relaciones entre ellos e identificar las capacidades del paciente, y sus problemas de salud reales y potenciales.

### REGISTRO DE LOS DATOS

Consiste en informar y registrar los datos que se obtuvieron durante la observación, entrevista y exploración física.

- ❖ Cumplir normas.
- ❖ Evitar juicios de valor.
- ❖ Escribir de forma textual lo que el usuario expresa mediante entrecomillado (" ").
- ❖ Acompañar las interferencias con la evidencia respectiva.
- ❖ Evitar tachaduras o aplicación de corrector y especificar como error/correcto.
- ❖ Informar situaciones relevantes e importantes.
- ❖ Realizar anotaciones claras, completas y concisas.

## FASES

## 2.2 PRIMERA ETAPA. VALORACIÓN DE ENFERMERÍA.

Los diagnósticos enfermeros sirven de base para pasar a la etapa de planeación. El juicio clínico es el acto del intelecto de emitir una apreciación, una opinión, de llegar a una conclusión a partir de un conjunto de signos y síntomas en referencia al estado de salud de una persona.

Las ventajas del diagnóstico de enfermería son:

- Identificar los problemas de las personas.
- Facilitar la coordinación del trabajo en equipo.
- Dar mayor prevención
- Desarrollar el saber enfermero.

### TAXONOMÍA NANDA-NOC-NIC

Es la ciencia que identifica y clasifica. También estudia teoría de clasificaciones sistemáticas incluyendo sus bases, principios, procedimientos y reglas. Un sistema de clasificación de los grupos, clases o conjuntos

#### NOC

Los resultados representan el nivel más concreto de la clasificación y expresan los cambios modificados o sostenidos que se quieren alcanzar en las personas, familia o comunidad, como consecuencia de los cuidados de enfermería.

#### NIC

Todo aquello que los profesionales de enfermería realizan para ayudar al paciente a avanzar hacia un resultado deseado

- 1.-Las intervenciones de enfermería
- 2.-Las actividades de enfermería

- Interdependientes
- Independientes

## 2.3 SEGUNDA ETAPA. DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA.

### FASES

Análisis de datos

Formulación del diagnóstico de enfermería

- Diagnóstico de enfermería de promoción de la salud.
- Diagnóstico de enfermería de riesgo.
- Diagnóstico de enfermería real.
- Síndrome

Validación del diagnóstico de enfermería

Registro del diagnóstico de enfermería

- Estructura denominada formato PES
- Problema (P)
- Etiología o causa del problemas (E)
- sintomatología y los signos (S)

Es considerada la tercera etapa del proceso de enfermería y es la elaboración de estrategias diseñadas para reforzar, evitar, reducir o corregir las respuestas de la persona.

1. Establecer prioridades

Las prioridades en las intervenciones de enfermería dependen del diagnóstico de enfermería, es donde se concluye la identificación del problema,

La clasificación de las prioridades son:

- Altas
- Intermedias
- Bajas

2. Elaborar objetivos

El propósito de registrar los objetivos y los resultados esperados se centra en proporcionar una guía para las intervenciones enfermeras individualizadas y en formular estándares para determinar la eficacia de las intervenciones

Los objetivos identifican los beneficios que espera ver en la persona (progenitor o el cuidador) después de brindar cuidados enfermeros

- Dominio cognitivos
- Dominio Psicomotores
- Dominio Afectivos

3. Determinar los cuidados de enfermería

Este se seleccionan después de haber establecido los objetivos y los resultados esperados. Los cuidados son las acciones pensadas para ayudar al individuo a progresar del estado presente de salud al que se describe en el objetivo y se mide en los resultados esperados.

Las intervenciones las clasifican en:

- Independientes
- Colaboración.

4. Documentar el plan de cuidados

Posterior a la identificación de las intervenciones se procede a conformar el plan de cuidados, el cual integra tanto el diagnóstico, objetivos, resultados esperados, actividades o estrategias y evaluación específica de enfermería.

También es el registro que la enfermera realiza de los componentes de un plan de cuidados en un formato especial,

1. Al ser escrito documenta las necesidades de cuidados del individuo, comunica a las otras enfermeras y profesionales
2. Está organizado de manera que cualquier enfermera puede identificar rápidamente las acciones enfermeras que se deben llevar a cabo.
3. Identifica y coordina los recursos utilizados para proporcionar cuidados enfermeros.
4. Favorece la continuidad de cuidados por medio de listas de acciones necesarias para alcanzar los objetivos del cuidado.
5. Establece la intervención de la persona y la familia.
6. Proporciona criterios para la puesta en práctica del plan y un entorno de evaluación de la respuesta del individuo, familia y comunidad a las acciones enfermeras.

FASES

2.4 TERCERA ETAPA. PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS.

Etapa en la que se pone en práctica el plan de cuidados elaborado  
Esta preparación asegura un cuidado enfermero seguro, eficiente y eficaz

### 1. PREPARACIÓN

Prepararse para actuar implica asegurarse de que sabe qué va hacer, por qué va a hacerlo, cómo lo hará y cómo reducirá los riesgos de lesiones.

Implica realizar las intervenciones enfermeras con pleno conocimiento de las razones y principios implicados, observando con cuidado las respuestas

- Conocimientos y habilidades
- Tener en mente las complicaciones
- Reunir el material y equipo,
- Crear un ambiente confortable y seguro

### 2. INTERVENCIÓN

Es la implementación del plan de cuidados, y también describe una categoría de conductas enfermeras en las que se ha iniciado y completado las acciones necesarias para conseguir los objetivos y los resultados esperados del cuidado enfermero. La implementación convierte el plan de cuidados en una acción

- Las acciones de enfermería deben ser siempre holísticas.
- Las acciones de enfermería a menudo requieren componentes de educación, apoyo y bienestar
- La participación activa del individuo en la ejecución de las acciones de enfermería debe fomentarse según lo permita su salud.

### 3. DOCUMENTACIÓN

Es el registro que realiza la enfermera en las notas de enfermería, documento legal permanente del paciente y como requisito indispensable en todas las instituciones de salud.

- Ayudar a identificar patrones de respuesta y cambios en la situación.
- Proporcionar una base para la evaluación, investigación y mejora de la calidad de los cuidados.
- Proporciona validación para el pago de los servicios.
- Comunicar los cuidados a otros profesionales de la salud que tienen necesidad de saber qué es lo que ha hecho y cómo está evolucionado el usuario

FASES

2.5 CUARTA  
ETAPA.  
EJECUCIÓN

La evaluación es compleja, se inicia en el momento que el profesional de enfermería interacciona con la persona, la familia o la comunidad. La evaluación mide la respuesta de la persona a las acciones enfermeras con los resultados esperados establecidos durante la planificación.

## 2.6 QUINTA ETAPA. EVALUACIÓN.

### FASES

#### Establecimiento de criterios de resultados

Los resultados esperados son afirmaciones de las respuestas graduales y progresivas o de la conducta de una persona que necesita seguir y conseguir  
Se deben conseguir los resultados en un espacio corto de tiempo (en función del entorno en que se preste la atención)

Una vez concluido el intervalo especificado de la implementación de las intervenciones o completadas todas las intervenciones en el plan de cuidados, la enfermera evalúa la capacidad de la persona para demostrar su conducta o respuesta establecida en los resultados.

#### Evaluación del logro de objetivos

La enfermera evalúa los objetivos tras comparar los datos de la evaluación con los resultados esperados.

Los datos nuevos o las respuestas de la persona se comparan con los criterios de resultados para determinar si se han producido los cambios previstos.

#### Medidas y fuentes de evaluación

El propósito de la valoración es identificar si existe algún problema, la intención de la evaluación trata de determinar si los problemas conocidos han mejorado, empeorado o experimentado algún tipo de cambio.  
La valoración consiste en la recolección de datos.

La evaluación se produce cuando compara los datos con los objetivos y realiza un juicio sobre el progreso de la persona

Cuando se ordenan los datos y se determina qué otros hechos se necesitan para evaluar el progreso de la persona, se utiliza el razonamiento crítico y la habilidad analítica: identificación de las variables que afectan el logro de los objetivos y modificación/finalización del plan de cuidados.

La entrevista clínica es una técnica de recogida de información que utilizamos constantemente en nuestra profesión. Se podría decir para valorar necesidades y cuidar a las personas a las que atendemos

Finalidad de la entrevista:

- Garantizar con la recogida de información continua la valoración de los cuidados individuales y su documentación.
- Motivar al paciente a participar de manera activa en todo el proceso de cuidado.
- Iniciar la relación enfermera-persona, creando un clima de confianza y respeto

### FASE INICIAL

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

- Presentación del profesional y/o alumno/a que va a realizar la entrevista clínica
- Confirmar la identidad del entrevistado/a.
- Preguntarle por sus preocupaciones en este momento.
- Informarle sobre la duración de la entrevista.
- Remarcar la confidencialidad de la información revelada.
- Aclarar la finalidad de la entrevista
- Interpretación de las señales verbales del paciente.

### FASE INTERMEDIA

se abordan las diferentes áreas temáticas a las cuales nos queremos dirigir

- Recoger primero la información de lo general a lo específico
- Anotar los datos recogidos brevemente y de forma inteligible
- Atender a las reglas básicas de las habilidades de comunicación efectiva, tanto a nivel verbal como no verbal.
- Ser flexible en cuanto al orden en la presentación de las preguntas.

### FASE FINAL

Cierre a la fase final de la entrevista.

- ✓ Comunicar la finalización próxima de la misma.
- ✓ Agradecer la colaboración y atención prestada
- ✓ Despedirse, atendiendo a los rituales sociales habituales de cualquier despedida.

## ETAPAS DE LA ENTREVISTA CLÍNICA

## 2.7 ENTREVISTA CLÍNICA.

**2.8**  
**EXPLORACIÓN**  
**FÍSICA.**

Es el estudio sistemático del paciente para encontrar evidencias físicas de capacidad o incapacidad funcional. Antes de iniciar la valoración, es importante preparar el entorno en cuanto a iluminación, temperatura, limpieza, así como contar con el material y equipo necesario para su realización.

**INSPECCIÓN**

Método de exploración física que se efectúa por medio de la vista, para realizarla de manera directa la enfermera hace uso de los sentidos, en específico la vista y de manera indirecta utiliza instrumentos como otoscopio, rinoscopio, entre otros

Según la región a explorar:

- Local
- General

Según la forma en que se realiza:

- Directa
- Indirecta

Por el estado de reposo o movimiento

- Estática:
- Dinámica

**PALPACIÓN**

Es el proceso de examinar el cuerpo, se utiliza el sentido del tacto. Corrobora los datos obtenidos durante el interrogatorio e inspección

Según la forma en que se realiza:

- Directa o inmediata
- Indirecta

Según el grado de presión

- Superficial
- Profunda
- Unidigital o bidigital

Según el tipo de exploración:

- Tacto
- Manual

**PERCUSIÓN**

Es el método de exploración física que consiste en golpear con suavidad la mano o instrumentos cualquier segmento del cuerpo. Consiste en golpear la superficie del cuerpo con el dedo o los dedos para provocar sonidos

La percusión se divide en:

- Directa o inmediata
- Digito-digital
- Indirecta:

**AUSCULTACIÓN**

Se puede realizar de manera directa utilizando el sentido del oído, y para realizar la técnica indirecta se utilizan instrumentos como el estetoscopio

Le permitirá identificar

- Frecuencia
- Intensidad
- Calidad
- Duración de los sonidos auscultados.

Con la técnica se recolecta información como:

- Ruidos pulmonares
- Cardiacos e
- Intestinales

Son los fenómenos o manifestaciones objetivas que se pueden percibir y medir en un organismo vivo en una forma constante, como la temperatura, respiración, pulso y presión arterial o presión sanguínea

## 2.9 SIGNOS VITALES

Valoración de la temperatura corporal

La valoración de la temperatura corporal es el procedimiento que se realiza para medir el grado de calor del organismo humano en las cavidades oral o rectal, en región axilar o inguinal y membrana del tímpano

Comprende tres etapas:

- Comienzo o invasión
- Acme o estadio
- Defervescencia o declinación

La temperatura en los organismos vivos varía según las especies

Valoración del pulso

El pulso es una onda sanguínea generada por la contracción del ventrículo izquierdo del corazón

- Con cada contracción ventricular, entran en la aorta en promedio 60 a 70 mL de sangre (volumen sistólico).
- Con cada eyección de volumen sistólico, las paredes de la aorta se distienden, creando una onda del pulso que se desplaza con rapidez hacia el extremo distal de las arterias.

Sitio de localización de pulso:

- Temporal
- Facial
- Carotideo
- Axilar
- Braquial
- Radial
- Femoral
- Ulnar
- Poplíteo
- Tibial
- Pedio

Valoración de la respiración

Respiración es una función metabólica de los organismos en condiciones de aerobiosis. Cada célula del organismo necesita oxígeno y nutrientes para mantener la vida y su función normal.

La respiración implica 3 procesos;

- Ventilación
- Difusión y
- Perfusión.

La supervivencia humana depende de la capacidad del oxígeno (O<sub>2</sub>) para alcanzar las células del organismo y eliminar el bióxido de carbono (CO<sub>2</sub>) de las células.

Valoración de la presión arterial o presión sanguínea

La presión arterial depende de la fuerza de la actividad cardiaca, elasticidad de las paredes arteriales, resistencia capilar, tensión venosa de retorno y del volumen y viscosidad sanguínea.

Para medir la presión arterial se puede recurrir a los métodos

- Palpatorio
- Auscultatorio
- Oscilométrica

Para su medición se requiere un:

- Esfigmomanómetro (baumanómetro)
- Estetoscopio

**2.10  
RECOGIDA  
DE  
MUESTRAS  
BIOLÓGICAS**

Se denomina producto, muestra o espécimen de laboratorio, a todo líquido vital, secreción o sección de un tejido orgánico que se toma con el propósito de analizarlo

Obtención de sangre

Serie de maniobras para obtener sangre a través de una venopunción.

El análisis de sangre es uno de los procedimientos diagnósticos más habituales en la práctica sanitaria para la valoración biomédica del estado de la persona, ya que nos da información sobre la concentración y las características de los constituyentes normales y sobre la presencia de los que se encuentran en el curso de diversas alteraciones orgánicas.

Obtención de orina

Serie de maniobras para obtener una muestra de orina para analizar sus características y realizar pruebas químicas.

La orina es un líquido complejo formado por un 95% de agua y un 5% de sólidos y constituye el producto final del metabolismo realizado por millones de células del sistema renal y urinario.

El análisis de orina es un procedimiento muy informativo e indispensable en cualquier evaluación inicial de salud o enfermedad, tiene un bajo coste y la muestra se obtiene de manera relativamente fácil. La muestra de orina es una biopsia líquida, que se obtiene de forma indolora.

Obtención de materia fecal

Es un examen de laboratorio para encontrar organismos en las heces (materia fecal) que puedan causar enfermedad y síntomas gastrointestinales

Se puede recoger la muestra:

- En una bolsa de plástico, para después colocar la muestra en un recipiente limpio suministrado por su proveedor de atención médica.
- Directo a un equipo para recolección de la muestra que trae una gasa especial que se usa para recogerla. Colóquela en un recipiente limpio suministrado por su proveedor.

Obtención de exudado faríngeo

Es la obtención de una muestra de exudado faríngeo para realizar el cultivo

El exudado faríngeo sirve como método diagnóstico y logra identificar la bacteria *Streptococcus* del grupo A, además de otros microorganismos como *Neisseria gonorrhoeae* y hongos.

Obtención de esputo

Es el procedimiento que se realiza para la obtención de esputo

El esputo suele ser una combinación de saliva y moco que se forma en los pulmones de una persona. Para recolectar una muestra de esputo, los médicos generalmente hacen que el paciente tosa profundamente y escupe en una taza

Obtención de exudado vaginal

Procedimiento que se efectúa para obtener exudado vaginal

Las secreciones vaginales están compuestas por moco proveniente del cuello uterino, su cantidad y aspecto puede variar dependiendo de la edad, la fase del ciclo menstrual y la actividad sexual, los anticonceptivos o el embarazo

Para obtener una muestra del flujo vaginal que sea adecuada para su estudio, hay que asegurarse de que esta se obtiene del lugar donde se acumulan las secreciones, este lugar es el fondo posterior de la vagina, y para acceder a él.

## BIBLIOGRAFIA

[ENFERMERÍA BLOG / Obtención de sangre \(enfermeriablog.com\)](#)

<https://www.agomeat.com/971/la-obtencion-de-la-muestra-de-orina>

[Coprocultivo: MedlinePlus enciclopedia médica](#)

[Exudado faríngeo: qué es, para qué sirve y cómo se realiza - Tua Saúde \(tuasaude.com\)](#)

[Exudado Vaginal - Exudado Vaginal ¿Qué es? El Cultivo de exudado cervicovaginal es un análisis de - StuDocu](#)

