



**Nombre de alumno:** Laura Anilu Garcia Morles

**Nombre del profesor:** María del Carmen López

**Nombre del trabajo:** RESUMEN

**Materia:** Fundamentos de enfermería

PASIÓN POR EDUCAR

**Grado:** 1°

**Grupo:** "A" Lic. En Enfermería

Comitán de Domínguez Chiapas a 17 de septiembre de 2020

# Diagnostico de Enfermería

**Diagnóstico de enfermería real** se refiere a una situación que existe en el momento actual. Un diagnóstico de enfermería **no es** sinónimo de uno médico.

Las funciones de enfermería tienen tres dimensiones:

- **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.
- **La 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.

## Beneficios específicos de una taxonomía diagnóstica

- **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:** El uso de los diagnósticos en la práctica asistencial favorece la organización y profesionalización de las actividades de enfermería.
- **Gestión:** Facilita el establecimiento de criterios de evaluación de la calidad de los servicios de enfermería brindados en un centro o institución.

## Tipos de diagnostico

- **Real:** representa un estado que ha sido clínicamente validado mediante características definitorias principales.
- **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.
- **Posible:** describen un problema sospechoso para el que se necesitan datos adicionales.
- **De bienestar:** Juicio clínico respecto a una persona, grupo o comunidad.



# Planificación 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

- **Establecer prioridades en los cuidados:** Selección. Todos los problemas y/o necesidades que pueden presentar una familia y una comunidad raras veces pueden ser abordados al mismo tiempo. Por tanto, se trata de ordenar jerárquicamente los problemas detectados.

- **Planteamiento de los objetos 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.



Igualmente formular objetivos, permite evaluar la evolución del usuario así como los cuidados proporcionados.

- **Elaboración de las actuaciones de enfermería:** Determinar los objetivos de enfermería (criterios de proceso). 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

Es la cuarta etapa del Plan de cuidados.

La ejecución implica, las siguientes actividades:

- Continuar con la recogida y valoración de datos.
- Realizar las actividades de enfermería
- Anotar los cuidados de enfermería
- Dar los informes verbales de enfermería
- Mantener el plan de cuidados actualizado.

En esta fase se realizarán todas las intervenciones enfermeras dirigidas a la resolución de problemas (diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes) y las necesidades asistenciales de cada persona tratada.

# Evaluación

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

Los dos criterios más importantes que valora la enfermera, en este sentido, son: la eficacia y la efectividad de las actuaciones.

## El Proceso de evaluación consta de dos partes

- Recogida de datos sobre el estado de salud, problema, diagnóstico que queremos evaluar.
- Comparación con los resultados esperados y un juicio sobre la evolución del paciente hacia la consecución de los resultados esperados.

La evaluación es un proceso que requiere la valoración de los distintos aspectos del estado de salud del paciente.



## Áreas que se evalúan los resultados esperados

- Aspecto general y funcionamiento del cuerpo.
- Señales y síntomas específicos.
- Conocimientos
- Capacidad psicomotora
- Estado emocional
- Situación espiritual (modelo holístico de la salud).

La evaluación se lleva a cabo sobre las etapas del plan, la intervención enfermera y sobre el producto final. A la hora de registrar la evaluación se deben evitar los términos ambiguos como (igual, poco apetito, etc.)

Una característica a tener en cuenta en la evaluación es, que está es continua, así podemos detectar como va evolucionando el cliente y realizar ajustes o introducir modificaciones para que la atención resulte más efectiva.