



Universidad Del Sureste

FUNDAMENTOS DE ENFERMERIA II

2° Cuatrimestre

Docente: Lic. Edgar Geovanny Liévano Montoya

Alumna: Paola Janeth Gomez Lopez

San Cristóbal De Las Casas, Chiapas

Contenido

Introducción	3
1. El Proceso Enfermero	4
2. Valoración, Conceptos, Objetivos Y Fases.	7
3. La Observación, La Exploración Física Y La Entrevista.	8
4. Información: Guía De Valoración Según Los Patrones Funcionales De Salud De Marjory Gordon.	10
5. Dx Análisis E Interpretación De Los Datos.	12
6. Diagnósticos enfermeros: tipos y formulación.	13
7. Taxonomía II de la NANDA.....	16
8. Conclusión.....	18

Introducción

En el presente trabajo se describe ampliamente las diferentes actividades y tareas de acuerdo al proceso enfermero, en el cual se encuentran con una explicación detallada de los conceptos que requiere este método, en donde relatamos la formación de las taxonomías, ya sea la NANDA, NIC y NOC, las cuales son las interrelaciones entre las etiquetas diagnósticas NANDA, los Criterios de Resultados NOC y las Intervenciones NIC, no son más que la relación entre el problema, real o potencial que hemos detectado en el paciente y los aspectos de ese problema que se intentan o esperan solucionar mediante una o varias intervenciones enfermeras de las que también se desplegarán una o más actividades necesarias para la resolución del problema.

1. El Proceso Enfermero

El proceso del enfermero es un método sistemático y organizado de administrar cuidados de enfermería individualizados, que se centra en la identificación y tratamiento de las respuestas únicas de la persona o grupos a las alteraciones de salud reales o potenciales.

El proceso de enfermería es el método para brindar los cuidados necesarios, seguirlo permite un verdadero ejercicio profesional. Debe aplicarse en forma mental y en todos los ámbitos de enfermería, por consiguiente, es recomendable un estudio profundo del mismo.

El proceso logra delimitar el campo específico de enfermería que es el diagnóstico y tratamiento de las respuestas humanas, así como el campo de la colaboración con otros profesionales de la salud. Al aplicar el proceso, las enfermeras y enfermeros emplean el pensamiento crítico, logran satisfacción profesional, brindan una atención integral e individualizada y comprometen a los usuarios en el cuidado de la salud.

El proceso del enfermero (a) consta de cinco etapas:

- Valoración
- Diagnóstico
- Planeación
- Ejecución
- Evaluación

Etapa de Valoración

Es la parte más importante en la realización de los Planes de Cuidado, ya que, en una buena valoración inicial, se detectarán los Problemas de Salud que se traducirán posteriormente en los Diagnósticos Enfermeros.

Es un proceso basado en un plan para recoger y organizar toda la información. La valoración proporciona datos útiles en la formulación de juicios éticos referidos a los problemas que se van detectando.

En la práctica, la valoración se suele realizar tanto por Necesidades de Virginia Henderson como por Patrones de Salud de Marjory Gordon.

Etapa de Diagnóstico

El sistema más utilizado actualmente para realizar los diagnósticos de enfermería es el de las categorías diagnósticas de la NANDA (North American Nursing Diagnosis Association), para aquellos problemas de salud que se encuentran dentro del campo específico de enfermería. Es importante diferenciar un diagnóstico de enfermería de un problema interdependiente, ambos son problemas de salud, pero los diagnósticos de enfermería únicamente hacen referencia a situaciones en que la enfermera (o) puede actuar en forma independiente. Para la NANDA, el diagnóstico de enfermería es un "juicio clínico sobre las respuestas del individuo, familia o comunidad a los problemas reales o potenciales de salud o procesos de vida. Los diagnósticos de enfermería aportan las bases para la elección de las actuaciones de enfermería, para conseguir los resultados por lo que es responsable". Se trata entonces de la identificación de un problema de salud, susceptible de prevenirse, mejorarse o resolverse con el cuidado de enfermería.

Etapa de Planeación

Es la tercera etapa del proceso que da inicio después de formular los diagnósticos de enfermería y problemas interdependientes. Durante esta etapa se elaboran planes de cuidados que integran: El problema de salud (diagnóstico de enfermería o problema interdependiente), objetivos, acciones de enfermería independientes e interdependientes y evolución. "Es requisito, durante la etapa de planeación, definir la prioridad para decidir qué problemas de salud se deben atender primero por poner en peligro la vida del usuario, y posteriormente establecer objetivos centrados en su familia y comunidad para dar solución

al problema, así como acciones de enfermería que traten la etiología del problema de salud” (Rodríguez 1998).

Etapa de Ejecución

Es la fase de las acciones en el proceso de enfermería. Durante esta etapa se identifica la respuesta del paciente y de la familia a las atenciones de enfermería. Se debe conceder prioridad a la ayuda que se presta al paciente para que adquiera independencia y confianza en atender sus propias necesidades. Las recomendaciones al salir del hospital son parte importante de las intervenciones de enfermería. Desde la etapa de valoración se debe obtener la información relativa a la forma de ayudar al paciente para que sea lo más autosuficiente posible, dentro de los límites ambientales, físicos y emocionales del momento que vive. Algunos individuos requieren de mayor información que otros y la respuesta a los diferentes métodos educativos es distinta. Es facultad de la enfermera (o) identificar las necesidades de cada persona y proporcionar la información adecuada para llenar estos vacíos de conocimientos significativos.

Etapa de Evaluación del Cuidado

Esta etapa del proceso de enfermería, debe estar presente durante la ejecución del cuidado, por lo tanto, es un proceso continuo que se define como la comparación planificada y sistematizada entre el estado de salud del paciente y los resultados esperados. Al medir el progreso del paciente hacia el logro de los objetivos, la enfermera (o) valora la efectividad de las actuaciones de enfermería.

El proceso de evaluación tiene dos etapas:

- La recolección de los datos sobre el estado de salud del paciente
- La comparación de los datos recogidos con los resultados esperados y el juicio sobre la evaluación del paciente hacia la consecución de los resultados esperados

2. Valoración, Conceptos, Objetivos Y Fases.

Etapa de Valoración del Paciente

Consiste en recolectar la información sobre el enfermo y su estado de salud, así como de la familia y comunidad. La valoración debe aportar datos correspondientes a respuestas humanas y fisiopatológicas, por lo que requiere del empleo de un modelo o teoría de enfermería. Los pasos para realizar la valoración son:

- Recolección
- Validación
- Organización
- comunicación de los datos.

Es un proceso continuo que debe llevarse a cabo durante todas las actividades que la enfermera hace para y con el paciente.

3. La Observación, La Exploración Física Y La Entrevista.

Observación: es el método básico usado por todos los modelos de psicología que tiene como objetivo previo la recogida de datos. Esto supone una conducta deliberada, es decir, una planificación de la observación con unos objetivos concretos que nos permitan recoger datos, hacer supuestos, etc.: no existe manipulación, solo se trata de describir para analizar n comportamiento.

Características de la Observación:

- La observación implica el uso de nuestros sentidos
- Las características de un objeto a analizar pueden ser agrupadas en variables.
- Comprender algo es un proceso complejo del pensamiento, el cual nos lleva a la observación
- La observación requiere de un gran análisis reflexivo

La Exploración Física: es el procedimiento aplicado por un médico en consulta para determinar si el paciente padece algún problema de salud.

Durante la exploración física, el médico tratante aplica cinco técnicas elementales a fin de corroborar los síntomas y formular un diagnóstico. Estas técnicas son:

- La inspección: que permite al médico verificar si existe algún daño físico visible, como el aspecto de los globos oculares, aspecto de la piel, lesiones, desviaciones o deformaciones, etc.
- La palpación: que permite constatar por medio del tacto el estado corporal. El médico busca protuberancias, áreas de tensión, rigidez y otros elementos.
- La auscultación: que consiste en escuchar los sonidos corporales, tales como los latidos del corazón y las características de la respiración.
- La percusión: proceso en el cual el médico golpeará con sus manos algunas partes del cuerpo en busca de sonidos inusuales. Por ejemplo, percutir el área abdominal en busca de obstrucciones intestinales.

La Entrevista: consiste en una relación humana entre dos o más personas, en la cual uno de sus integrantes debe tratar de saber lo que está pasando en la misma y actuar en función de ese conocimiento. La regla básica consiste en obtener datos completos del comportamiento del consultante, aplicando la escucha clínica.

Las entrevistas psicológicas son un instrumento fundamental del enfoque clínico y por tanto una técnica de investigación científica.

Hay dos grandes clasificaciones fundamentalmente, a saber:

- Cerradas: Preguntas ya previstas (orden y forma de planteo), No puede ser alterada por el entrevistador, Promueve una mejor comparación sistemática de datos, Son fáciles de cuantificar.
- Abiertas: Libertad por parte del entrevistador, Flexibilidad que permite que el entrevistado configure el campo según su estructura psíquica, Posibilita una investigación más amplia y profunda de la personalidad, Generan datos cualitativos.

Entrevista clínica: es la conversación entre dos personas con un fin específico y determinadas reglas. Es un juego dinámico de personalidades que constantemente obran y reaccionan a recíprocas preguntas y respuestas, gestos e, incluso, modos de vestir. Tiene como principales objetivos conocer las pautas y formas de vivir del sujeto, destacar características valiosas y patológicas del sujeto, siempre tiene una utilidad para el entrevistado, lo que contribuye a la sinceridad, tomar en cuenta el beneficio que se va logrando o no.

En esta etapa determinamos el Grado de dependencia/independencia en la satisfacción de cada una de las 14 necesidades, propuestas por Henderson.

4. Información: Guía De Valoración Según Los Patrones Funcionales De Salud De Marjory Gordon.

Marjory Gordon define los patrones como una configuración de comportamientos más o menos comunes a todas las personas, que contribuyen a su salud, calidad de vida y al logro de su potencial humano; que se dan de una manera secuencial a lo largo del tiempo y proporcionan un marco para la valoración con independencia de la edad, el nivel de cuidados o la patología.

De la valoración de los patrones funcionales se obtiene una importante cantidad de datos relevantes de la persona (físicos, psíquicos, sociales, del entorno), de una manera ordenada, lo que facilita a su vez el análisis de los mismos. La valoración se realiza mediante la recogida de datos subjetivos, objetivos, la revisión de la historia clínica o informes de otros profesionales. Se deben evitar las connotaciones morales (bueno- malo), hacer presunciones, interpretar subjetivamente o cometer errores a la hora de emitir un resultado de patrón.

Los 11 patrones son una división artificial y estructurada del funcionamiento humano integrado, no deben ser entendidos de forma aislada; la interrelación que se da entre ellos es lógica, las personas somos un TODO sin compartimentar, todo influye en todo (el entorno, la cultura, el nivel social, los valores, las creencias...). Algunos patrones comparten información y ciertos datos pueden estar presentes en más de un patrón, no siendo necesario registrarlos de forma repetida.

La valoración por Patrones Funcionales de Marjory Gordon aporta una serie de ventajas al proceso: los patrones pueden ser utilizados independientemente del modelo enfermero del que se parta; se adaptan muy bien al ámbito de la atención primaria de salud, permitiendo estructurar y ordenar la valoración, tanto a nivel individual como familiar o comunitario, a lo largo del ciclo vital de la persona, en situaciones de salud o enfermedad; y facilitan claramente la siguiente fase de diagnóstico enfermero al estar en el origen de la clasificación por dominios de la NANDA

Patrones Funcionales De Marjorie Gordon:

Patrón 1: Percepción - manejo de la salud

Patrón 2: Nutricional – Metabólico

Patrón 3: Eliminación

Patrón 4: Actividad – Ejercicio

Patrón 5: sueño – Descanso

Patrón 6: Cognitivo – Perceptual

Patrón 7: Auto percepción - Auto concepto

Patrón 8: Rol – Relaciones

Patrón 9: Sexualidad – Reproducción

Patrón 10: Adaptación – Tolerancia

Patrón 11: Valores- Creencias.

5. Dx Análisis E Interpretación De Los Datos.

El término diagnóstico de enfermería, afirmaba que una vez las necesidades del paciente son identificadas se pasa al siguiente apartado: formular un diagnóstico de enfermería

En 1973 Kistine Gebbie y Mary Ann Lavin, convocan a la Primera Conferencia Nacional para la Clasificación de los Diagnósticos de Enfermería, a partir de esta conferencia surge el Grupo Nacional para la Clasificación de los Diagnósticos de Enfermería.

En 1982 se crea la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) que proporciona la estructura organizativa y estable para el desarrollo de los diagnósticos de enfermería. Convoca cada dos años al gremio a través de una Conferencia Internacional para la revisión de la clasificación de los diagnósticos de enfermería (Kozier, 1993).

6. Diagnósticos enfermeros: tipos y formulación.

Para la construcción de un diagnóstico de enfermería, la NANDA recomienda utilizar el formato P.E.S., elaborado por Marjory Gordon en 1982. Estas siglas especifican el orden que debe seguir la formulación de un diagnóstico de enfermería: problema, etiología y signos y síntomas.

Problema. Es la parte que guía y define el resto del diagnóstico. Estará compuesto por la etiqueta diagnóstica y su definición. La definición describe de forma clara y precisa la etiqueta, diferenciando a un diagnóstico del resto.

Etiología. Se definirán los diferentes factores relacionados o agentes causales, que pueden haber provocado la respuesta en el paciente. Se pueden describir como antecedentes, asociados con, y habitualmente como “relacionado con”. La etiología o el “relacionado con” se suele expresar con la abreviación “r/c”.

Aunque se estudiará en el siguiente punto, solo los diagnósticos reales o presentes en el paciente tendrán un “relacionado con”, es decir, una causa.

En el caso de los diagnósticos de riesgo, no hablaremos de factores relacionados, sino de factores de riesgo, haciendo referencia a un agente que aumenta la probabilidad de que aparezca un problema de salud.

La etiología será el primer objetivo de las intervenciones enfermeras, por este motivo, cuanto más precisa sea la elección de la etiología, más efectivas serán las intervenciones enfermeras.

Sintomatología. Se refiere a los signos y síntomas que se observan o refiere el paciente, los cuales especifican la magnitud de la respuesta producida. Las intervenciones enfermeras en caso de no poder estar orientadas hacia la eliminación de la etiología que causa el problema de salud, se centrarán en la disminución o eliminación de los síntomas.

Primero se determinará el Problema o etiqueta diagnóstica. Posteriormente se relacionará esta etiqueta con su factor relacionado o causa, es decir con su Etiología. Y, por último, se especificarán los Signos y Síntomas que padece el paciente.

Para unir el Problema o etiqueta diagnóstica, con la etiología o factores relacionados/factores de riesgo, se utiliza el término "relacionado con" o su abreviación "r/c".

Para completar el diagnóstico, en el caso de los diagnósticos reales es necesario unir la etiología con la sintomatología, es decir, con los signos y los síntomas. Esta relación se produce utilizando los términos manifestado por, o su abreviación "m/p".

Un ejemplo de una correcta formulación de un diagnóstico de enfermería NANDA-I, utilizando el formato P.E.S. sería:

Dolor agudo (Problema),

Relacionado con (r/c) agente lesivo físico (Etiología),

Manifestado por (m/p) informe verbal de dolor (Síntoma).

NIC:

Las Intervenciones de Enfermería pueden ser directas o indirectas.

Intervención directa: Tratamiento que se realiza directamente con el paciente y/o familia a través de las acciones enfermeras. Estas acciones enfermeras pueden ser fisiológicas, psicosociales o de apoyo.

Intervención indirecta: Tratamiento realizado sin el paciente, pero en su beneficio.

Un ejemplo de intervenciones NIC es el siguiente:

MONITORIZACIÓN DE LOS SIGNOS VITALES (6680)

- Controlar periódicamente presión sanguínea, pulso, temperatura y estado respiratorio si procede.
- Observar y registrar si hay signos y síntomas de hipotermia e hipertermia.
- Controlar periódicamente la oximetría del pulso.
- Observar periódicamente el color, la temperatura y la humedad de la piel.
- Identificar causas posibles de los cambios en los signos vitales.

NOC:

Uno de los objetivos de los NOC (CRE) es el de identificar y clasificar los resultados de los pacientes que dependen directamente de las acciones enfermeras y que sean clínicamente de utilidad.

Por ejemplo, para el diagnóstico Dolor Agudo, el resultado en Enfermería (NOC) sería: Intensidad del dolor (Magnitud del dolor observado o informado).

7. Taxonomía II de la NANDA

NANDA:

El diagnóstico de enfermería es la base sobre la que se sustentan las intervenciones enfermeras. La importancia de esta fase para la resolución del problema de salud es reflejada en la formulación del diagnóstico. El diagnóstico no solo incluirá el problema, sino también los dos marcadores que definirán los objetivos de las intervenciones enfermeras, es decir, las causas del problema y su sintomatología.

NIC:

La Clasificación de Intervenciones Enfermeras recoge las intervenciones de enfermería en consonancia con el diagnóstico enfermero, adecuadas al resultado que esperamos obtener en el paciente, y que incluyen las acciones que se deben realizar para alcanzar dicho fin.

NOC:

La Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC), incorpora una terminología y unos criterios estandarizados para describir y obtener resultados como consecuencia de la realización de intervenciones enfermeras. Estos resultados representan los objetivos que se plantearon antes de efectuar estas intervenciones. También hace uso de un lenguaje estandarizado de cara a universalizar el conocimiento enfermero. Facilita la comprensión de resultados y la inclusión de indicadores específicos para evaluar y puntuar los resultados obtenidos con el paciente.

El beneficio de la NANDA, NIC y NOC como un lenguaje enfermero reconocido, indica que el sistema de clasificación es aceptado como soporte para la práctica enfermera al proporcionar una terminología clínicamente útil.

EJECUCIÓN

- Ayudar a la persona para mantener la salud, recuperarse de la enfermedad o morir en forma tranquila.
- Las intervenciones son personalizadas, dependiendo de los principios fisiológicos, la edad, la formación cultural, el equilibrio emocional, la capacidad física y mental de la persona.

EVALUACIÓN

- Ayuda a determinar los criterios que indican los niveles de independencia mantenidos y/o alcanzados a partir de la ejecución.
- Permite a la persona conseguir su independencia máxima en la satisfacción de las 14 necesidades lo más rápidamente posible.
- La enfermera y la persona deben establecer si el plan ha sido efectivo y si hay algún cambio en el mismo.

8. Conclusión

El proceso enfermero nos permitió conocer que son múltiples los factores que intervienen al brindar cuidado, en donde se requiere que durante la práctica de enfermería se integre conocimientos, habilidades, actitudes, así como el pensamiento crítico, porque esto permitirá que en su futuro profesional de enfermería logren identificar claramente el objeto de acción, así como las competencias y obligaciones a desarrollar en la atención del paciente.