



# Fundamentos de enfermería II

## Trabajo 1



CATEDRÁTICO:  
LIC. ENFRÍA. EDGAR GEOVANNY LIÉVANO MONTOYA

ALUMNO:  
JESUS ALEXIS LOPEZ SANCHEZ

SAN CRISTÓBAL DE LAS CASAS, CHIAPAS  
A 02 DE FEBRERO DE 2021

## **Introducción**

La presente trabajo de investigación refiere al proceso de enfermería para la elaboración de la misma utilizando las taxonomías del NANDA, NIC, NOC. Sus características principales de esta investigación es dar a conocer las fuentes de las taxonomías de acuerdo a un diagnóstico.

Así también pautas de seguimientos que el personal de enfermería debe de conocer para una buena atención al paciente con la atención primaria, como también el modelo de la enfermera Marjory Gordon, los pasos a seguir para la valoración de un paciente mediante una entrevista siguiendo procesos biológicos, dando lugar una valoración de calidad y calidez.

## EL PROCESO ENFERMERO

Proceso de enfermería o proceso de atención de enfermería. Es un método sistemático de brindar cuidados humanistas centrados en el logro de objetivos, de forma eficiente (Alfaro, 1999) (A.C., 2013). El proceso de enfermería consta de cuatro fases: valoración, planificación, ejecución y evaluación.

### VALORACIÓN

Consiste en reunir información con el paciente, familiar y comunidad. Con el fin de identificar las respuestas humanas y fisiopatológicas así como los recursos (capacidades) con los que se cuentan. Se considera un paso muy importante porque todas las decisiones e intervenciones enfermeras se basan en la información obtenida de esta etapa. Fases de la valoración son:

1. **RECOLECCIÓN DE DATOS** Es la primera fase de la valoración. La recolección de datos es la obtención de la información referente a las condiciones, desde el punto de vista holístico, de la salud de la persona, familia o comunidad, con el apoyo de la observación, entrevista y exploración física.
2. **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 (Almansa, 1999).
3. **ORGANIZACIÓN DE LOS DATOS** Consiste en la agrupación de los datos en categorías de información de forma que tengan sentido, que se identifique las capacidades del paciente, y sus problemas de salud reales y potenciales. Considerar el marco teórico que está sustentado el proceso de enfermería; por ejemplo, el Modelo Conceptual de Virginia Henderson, Dorotea Orem, Marjory Gordon.
4. **REGISTRO DE LOS DATOS** Consiste en informar y registrar los datos que se obtuvieron durante la observación, entrevista y exploración física (Eva, 2009).

### DIAGNÓSTICO

Consiste en el análisis de la información obtenida para emitir un juicio crítico sobre el estado de salud del usuario, familia y comunidad (A.C., 2013). En otras palabras es un juicio clínico sobre las reacciones a los problemas de salud reales o potenciales a los procesos vitales de una persona (Eva, 2009). Utilizando las taxonomías de NANDA, NIC, NOC, para un buen diagnóstico. Dentro de ello hay fases como:

- **Análisis de datos:** Tiene como finalidad la identificación del problema e inicia e inicia la clasificación de la información.
- **Formulación del diagnóstico:** La formulación del diagnóstico dependerá del tipo de diagnóstico que se haya identificado a partir del análisis realizado.

- Registro de diagnóstico: dependerá de las recomendaciones que se hicieron en la etapa de valoración y el tipo de diagnóstico de enfermería.

## PLANIFICACIÓN

En la elaboración de estrategias, desarrollo de proyectos diseñadas para reforzar, evitar, reducir o corregir las respuestas de la persona. Predecir, prevenir y tratar problemas relacionados con la salud (A.C., 2013), como:

- Establecer prioridades: Esta dependerá del diagnóstico de enfermería.
- Elaborar objetivos: La enfermera debe utilizar juicio clínico y razonamiento para designar las prioridades a los diagnósticos.
- Determinar los cuidados de enfermería: son las acciones que se seleccionan después de haber establecido los objetivos o acciones.

## EJECUCIÓN

Está enfocada al inicio de aquellas intervenciones de enfermería que ayudan al paciente a conseguir los objetivos deseados (Eva, 2009). Sus fases son:

- Preparación: Prepararse para actuar implica asegurarse de que sabe que se va a hacer.
- Intervenciones: Es la implementación del plan de cuidados.
- Documentación: Posterior a los cuidados enfermeros se evalúa las respuestas, en el registro se debe considerar la valoración, intervención y respuestas.

## EVALUACIÓN

Determinar el logro de los objetivos, las interferencias y obstáculos para la realización del plan de cuidados que evitaron el logro de los propósitos.

## **La Valoración Concepto, Objetivos Y Fases**

En esta etapa vamos a recoger y examinar la información sobre el estado de salud del trabajador, buscando evidencias de funcionamiento anormal o factores de riesgo que pueden generar problemas de salud. (UDS, 2020).

Fases

Las fases se separan para profundizar en los aspectos teóricos y medios para su aplicación, pero en la práctica se dan de manera simultánea.

Dato. El dato es información que la persona, familia y /o comunidad vierte sobre su estado de salud, y se obtiene y analiza a través de:

- Recolección de datos
- Validación de datos
- Organización de datos
- Registro de los datos

### **La Observación, La Exploración Y La Entrevista**

El término “vigilancia de la salud de los trabajadores” engloba una serie de actividades, referidas tanto a individuos como a colectividades y orientadas a la prevención de los riesgos laborales, cuyos objetivos generales tienen que ver con la identificación de problemas de salud y la evaluación de intervenciones preventivas. En esta primera etapa de valoración, utilizaremos una serie de herramientas, que son:

- Entrevista: Una entrevista es una comunicación planificada o una conversación con un objetivo (Eva, 2009).
- Observación: se presta atención a la lesión que el trabajador: ya sea un corte, herida, contusión, a las características de las mismas: si está inflamada, infectada, si hay presencia de cuerpos extraños o de hematoma (UDS, 2020).
- Exploración, mediante la inspección, auscultación, palpación y percusión. Respecto a la entrevista con el trabajador, la efectuaremos en la anamnesis y cuestionarios existentes en cada examen de la salud, que dependerá del puesto de trabajo desarrollado y del protocolo aplicado, teniendo en cuenta los riesgos laborales a los que el trabajador está expuesto (UDS, 2020).

### **Organización De La Información: Guía De Valoración Según Los Patrones Funcionales De Salud De Marjory Gordón**

Va dirigido al individuo, la familia y la comunidad, es el principal elemento que define el papel de la enfermera de Atención Primaria. La implantación progresiva del Proceso de Enfermería como herramienta fundamental para la gestión de los cuidados.

Este proceso se ha basado en una serie de elementos básicos: por una parte, la informatización de los cuidados y la utilización de los patrones funcionales de

valoración de M. Gordon y las taxonomías NANDA, NOC y NIC, por otra parte, la formación y participación de los profesionales y el desarrollo de herramientas e instrumentos para la planificación y medida de los cuidados.

Ejemplo de valoración de acuerdo a los patrones funcionales de Marjory Gordon

Diagnósticos actualmente aceptados por la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA). Los diagnósticos marcados con (\*) no han sido aceptados, pero se consideran útiles en la práctica clínica.

1. Patrón de percepción- manejo de la salud	Conductas generadoras de la salud (especificar) Manejo inefectivo de la salud (especificar) Manejo inefectivo del régimen terapéutico (especificar área) Riesgo de manejo inefectivo del régimen terapéutico (especificar área) Manejo efectivo del régimen terapéutico (especificar área) Manejo inefectivo del régimen terapéutico familiar (especificar área) Manejo inefectivo del régimen terapéutico de la comunidad (especificar área) *Déficit en el manejo de la salud (especificar área) *Riesgo de déficit en el manejo de la salud (especificar área) Incumplimiento del tratamiento (especificar área) *Riesgo del incumplimiento del tratamiento (especificar área) Riesgo de infección (especificar tipo/área) Riesgo de lesión (traumatismo) Riesgo de caídas Riesgo de lesión perioperatoria Riesgo de intoxicación Riesgo de asfixia Protección inefectiva (especificar) Perturbación del campo de energía
2. Patrón nutricional-metabólico	Desequilibrio nutricional por exceso u obesidad exógena Riesgo de desequilibrio nutricional por exceso o riesgo de obesidad Desequilibrio nutricional por defecto o déficit nutricional Incapacidad del adulto para mantener su desarrollo Lactancia materna ineficaz Interrupción de la lactancia materna Lactancia materna eficaz Patrón de alimentación ineficaz del lactante Deterioro de la deglución (no compensado) Náuseas Riesgo de aspiración Deterioro de la mucosa oral (especificar) Deterioro de la dentición Déficit de volumen de líquidos Riesgo de déficit de volumen de líquidos Exceso de volumen de líquidos Riesgo de desequilibrio de volumen de líquidos Deterioro de la integridad cutánea



5. Patrón de reposo- sueño	Deterioro del patrón del sueño (especificar tipo) Deprivación de sueño *Retraso en conciliar el sueño *Inversión del patrón de sueño
6. Patrón cognitivo-perceptual	Dolor agudo (especificar localización) Dolor crónico (especificar localización) *Déficit en el automanejo del dolor (agudo, crónico ) *Pérdida sensorial no compensada (especificar tipo/grado) *Sobrecarga sensorial *Deprivación sensorial Desatención unilateral Déficit de conocimientos (especificar área) Trastorno de los procesos de pensamiento *Déficit de atención-concentración Confusión aguda Confusión crónica Síndrome de deterioro en la interpretación del entorno *Pérdida no compensada de la memoria Deterioro de la memoria *Riesgo de deterioro cognitivo Conflicto de decisiones (especificar)
7. Patrón de autopercepción- autoconcepto	Temor ( especificar foco ) Ansiedad *Ansiedad leve *Ansiedad moderada *Ansiedad severa *Ansiedad anticipada (leve, moderada, severa) Ansiedad ante la muerte *Depresión reactiva (especificar el foco) Riesgo de soledad Desesperanza Impotencia (severa, moderada, baja) Riesgo de impotencia Baja autoestima situacional Riesgo de baja autoestima situacional Baja autoestima crónica Trastorno de imagen corporal Trastorno de la identidad personal Riesgo de violencia autodirigida
8. Patrón de rol-relaciones	Duelo anticipado Duelo disfuncional Aflicción crónica Desempeño inefectivo de rol (especificar) *Conflicto independencia-dependencia no resuelto Aislamiento social (rechazo social) Deterioro de la interacción social *Retraso en el desarrollo de habilidades sociales (especificar) Síndrome de estrés del traslado Riesgo de síndrome de estrés del traslado Interrupción de los procesos familiares Procesos familiares disfuncionales: alcoholismo Deterioro parental (especificar) Riesgo de deterioro parental (especificar) Conflicto del rol parental *Vinculación débil entre los padres y el lactante/niño Riesgo de deterioro de la vinculación entre los padres y el lactante/niño *Separación entre los padres y el lactante /niño Cansancio en el desempeño en el rol del cuidador Riesgo de cansancio en el desempeño de rol del cuidador



	<p>Riesgo de deterioro de la integridad cutánea o riesgo de rotura de la piel</p> <p>*Úlcera por presión (especificar el estadio)</p> <p>Deterioro de la integridad tisular (especificar el tipo)</p> <p>Repuesta alérgica al látex</p> <p>Riesgo de respuesta alérgica al látex</p> <p>Termorregulación ineficaz</p> <p>Hipertermia</p> <p>Hipotermia</p> <p>Riego de desequilibrio de la temperatura corporal</p>
3. Patrón de eliminación	<p>Estreñimiento</p> <p>Estreñimiento subjetivo</p> <p>Patrón intermitente del estreñimiento</p> <p>Riesgo de estreñimiento</p> <p>Diarrea</p> <p>Incontinencia fecal</p> <p>Deterioro de la eliminación urinaria</p> <p>Incontinencia urinaria funcional</p> <p>Incontinencia urinaria refleja</p> <p>Incontinencia urinaria de esfuerzo</p> <p>Incontinencia urinaria de urgencia</p> <p>Riesgo de incontinencia urinaria de urgencia</p> <p>Incontinencia urinaria total</p> <p>Retención urinaria</p>
4. Patrón de actividad-ejercicio	<p>Intolerancia a la actividad (especificar nivel)</p> <p>Riesgo de intolerancia a la actividad</p> <p>Fatiga</p> <p>Déficit de actividades recreativas</p> <p>Deterioro de la movilidad física (especificar nivel)</p> <p>Deterioro de la movilidad en la cama (especificar nivel)</p> <p>Deterioro de la habilidad para la traslación (especificar nivel)</p> <p>Deterioro de la movilidad en silla de ruedas</p> <p>Deterioro de la deambulación (especificar nivel)</p> <p>Vagabundeo</p> <p>Riesgo de síndrome de desuso</p> <p>*Riesgo de contracturas articulares</p> <p>Déficit de autocuidado total (especificar nivel)</p> <p>Déficit de autocuidado: baño/higiene (especificar nivel)</p> <p>Déficit de autocuidado: vestido/acicalamiento (especificar nivel)</p> <p>Déficit de autocuidado: alimentación (especificar nivel)</p> <p>Déficit de autocuidado: uso de WC (especificar nivel)</p> <p>*Retraso en el desarrollo: habilidades para el autocuidado (especificar nivel)</p> <p>Retraso en la recuperación quirúrgica</p> <p>Retraso en el crecimiento y desarrollo</p> <p>Riesgo de retraso en el desarrollo</p> <p>Riesgo de crecimiento desproporcionado</p> <p>Deterioro en el mantenimiento del hogar</p> <p>Respuesta disfuncional al destete del ventilador</p> <p>Deterioro de la respiración espontánea</p> <p>Limpieza ineficaz de las vías aéreas</p> <p>Patrón respiratorio ineficaz</p> <p>Deterioro de intercambio gaseoso</p> <p>Disminución del gasto cardíaco</p> <p>Perfusión tisular inefectiva (especificar tipo)</p> <p>Disreflexia autónoma</p> <p>Riesgo de disreflexia autónoma</p> <p>Conducta desorganizada del lactante</p> <p>Riesgo de conducta desorganizada del lactante</p> <p>Disposición para mejorar la organización de la conducta del lactante</p> <p>Riesgo de disfunción neurovascular periférica</p> <p>Capacidad adaptativa intracraneal disminuida</p>

	<p>Deterioro de la comunicación verbal  *Retraso en el desarrollo de habilidades de comunicación (especificar tipo)  Riesgo de violencia dirigida a otros</p>
9. Patrón de sexualidad-reproducción	<p>Patrones sexuales inefectivos  Disfunción sexual  Síndrome traumático de la violación  Síndrome traumático de la violación: reacción compuesta  Síndrome traumático de la violación: reacción silente</p>
10. Patrón de afrontamiento-tolerancia al estrés	<p>Afrontamiento inefectivo  Afrontamiento de evitación  Afrontamiento defensivo  Afrontamiento familiar comprometido  Afrontamiento familiar incapacitante  Disposición para mejorar el afrontamiento familiar  Afrontamiento inefectivo de la comunidad  Afrontamiento de la comunidad en la disposición para mejorar  Negación ineficaz o negación  Deterioro de la adaptación  Síndrome postraumático  *Déficit del sistema de soporte  Riesgo de suicidio  Automutilación  Riesgo de automutilación</p>
11.- Patrón de valores-creencias	<p>Sufrimiento espiritual  Disposición para aumentar el bienestar espiritual  Riesgo de sufrimiento espiritual</p>

*Marjory Gordon. Manual de Diagnósticos Enfermeros (10ª. Edición: 2003)*

# Ejemplo de una entrevista con los once patrones funcionales de Marjory Gordon

## 1. Percepción del manejo de la salud

Edad: \_\_\_\_ Grupo y Rh: \_\_\_\_ Alergias: Sí \_\_\_\_ No \_\_\_\_ Cuáles: \_\_\_\_ Toxicomanías: Sí \_\_\_\_ No \_\_\_\_  
Cuáles: \_\_\_\_ Abuso de sustancias ilegales: Sí \_\_\_\_ No \_\_\_\_ Cuáles: \_\_\_\_  
Antecedentes de hospitalización: Sí \_\_\_\_ No \_\_\_\_ Causas: \_\_\_\_ Transfusiones: Sí \_\_\_\_ No \_\_\_\_  
Cuándo: \_\_\_\_ Esquema de vacunación: \_\_\_\_  
Enfermedades crónicas no transmisibles: Sí \_\_\_\_ No \_\_\_\_ Cuáles: \_\_\_\_  
Enfermedades crónicas Transmisibles: Sí \_\_\_\_ No \_\_\_\_ Cuáles: \_\_\_\_ Tratamientos  
actuales: \_\_\_\_ Condición del paciente: Crítico \_\_\_\_ Estable \_\_\_\_ Inestable \_\_\_\_ Prioridad  
triage: Verde \_\_\_\_ Amarillo \_\_\_\_ Rojo \_\_\_\_ Negro \_\_\_\_

## 2. Nutricional-metabólico

Peso: \_\_\_\_ Talla: \_\_\_\_ IMC: \_\_\_\_ Tú: \_\_\_\_ Hb: \_\_\_\_ HTO: \_\_\_\_ Plaquetas: \_\_\_\_ Leucos: \_\_\_\_  
Glicemia: \_\_\_\_ Tp: \_\_\_\_ TPT: \_\_\_\_ PCR: \_\_\_\_ Reflejo de deglución: Presente \_\_\_\_  
Ausente \_\_\_\_ Prótesis dental: Sí \_\_\_\_ No \_\_\_\_ Total \_\_\_\_ Parcial \_\_\_\_ Horas de ayuno: \_\_\_\_ Mucosa oral:  
Hidratada \_\_\_\_ Deshidratada \_\_\_\_ Turgencia elástica: Sí \_\_\_\_ No \_\_\_\_ Edema: Sí \_\_\_\_ No \_\_\_\_ Estado  
de los bordes: \_\_\_\_ Fondo de la herida: Limpio \_\_\_\_ Contaminado \_\_\_\_ Necrótico \_\_\_\_  
Presencia de exudado: Sí \_\_\_\_ No \_\_\_\_ Cantidad: \_\_\_\_ Olor: \_\_\_\_ Catéter corto: Sí \_\_\_\_ No \_\_\_\_  
Localización: \_\_\_\_ Calibre: \_\_\_\_ Líquidos parenterales: \_\_\_\_

## 3. Eliminación

Patrón de eliminación urinaria: Normal \_\_\_\_ Alterado \_\_\_\_ Alteración: \_\_\_\_ Sonda vesical:  
Sí \_\_\_\_ No \_\_\_\_ Calibre: \_\_\_\_ Días de instalación: \_\_\_\_ Patrón de evacuaciones: Normal \_\_\_\_  
Alterado \_\_\_\_  
Alteración: \_\_\_\_ Ayuda para eliminación: Sí \_\_\_\_ No \_\_\_\_ Describe:  
\_\_\_\_  
SNG a derivación: Sí \_\_\_\_ No \_\_\_\_ Días de instalación: \_\_\_\_ Calibre: \_\_\_\_  
Drenaje: \_\_\_\_ Diaforesis: Sí \_\_\_\_ No \_\_\_\_

## 4. Actividad y ejercicio

Vía aérea: Permeable \_\_\_\_ Comprometida \_\_\_\_ Ventilación: Ruidos respiratorios normales: Sí \_\_\_\_  
No \_\_\_\_ Ruidos respiratorios disminuidos \_\_\_\_ Disnea: \_\_\_\_ Cianosis: \_\_\_\_ Fatiga: Sí \_\_\_\_  
No \_\_\_\_ Fuerza muscular presente: Sí \_\_\_\_ No \_\_\_\_ Tono muscular: Atonía \_\_\_\_ Tono muscular  
FC: \_\_\_\_ FR: \_\_\_\_ TA: \_\_\_\_ SpO<sub>2</sub>: \_\_\_\_ Llenado  
capilar: \_\_\_\_ Deterioro neuromuscular: \_\_\_\_ Circulación (pulsos): Carotídea \_\_\_\_  
Radial \_\_\_\_ Braquial \_\_\_\_ Pedial \_\_\_\_ Paro cardiorrespiratorio: Sí \_\_\_\_ No \_\_\_\_ Calidad  
del pulso: Rápido \_\_\_\_ Lento \_\_\_\_ Rítmico \_\_\_\_ Arrítmico \_\_\_\_ Hemorragia: Sí \_\_\_\_ No \_\_\_\_  
Control de la hemorragia: Presión directa: Sí \_\_\_\_ No \_\_\_\_ Gravedad de la hemorragia:  
Sí \_\_\_\_ No \_\_\_\_ Controlada: Sí \_\_\_\_ No \_\_\_\_ Trauma: Presencia de fracturas: Sí \_\_\_\_ No \_\_\_\_ Abierta \_\_\_\_  
Cerrada \_\_\_\_ Localización: \_\_\_\_ Agente causal: Arma \_\_\_\_ Juguete \_\_\_\_ Automotor  
\_\_\_\_ Bicicleta \_\_\_\_ Fuego \_\_\_\_ Producto biológico \_\_\_\_ Maquinaria \_\_\_\_ Herramienta \_\_\_\_ Sustancia  
caliente \_\_\_\_ Sustancia tóxica \_\_\_\_ Electricidad \_\_\_\_ Explosión \_\_\_\_ Ser humano \_\_\_\_  
Animal \_\_\_\_ Otro \_\_\_\_ Accidente automovilístico: Sí \_\_\_\_ No \_\_\_\_ Colisión \_\_\_\_ Volcadura \_\_\_\_  
Contra objeto: Sí \_\_\_\_ No \_\_\_\_ En movimiento \_\_\_\_ Fijo \_\_\_\_ Impacto: Sí \_\_\_\_ No \_\_\_\_ Frontal \_\_\_\_  
Lateral \_\_\_\_ Posterior \_\_\_\_ Hundimiento: \_\_\_\_ cm Atropellamiento: \_\_\_\_ Causal  
\_\_\_\_ Inmovilización de extremidad: Sí \_\_\_\_ No \_\_\_\_ Empaquetamiento: Sí \_\_\_\_  
No \_\_\_\_

## 5. Sueño y descanso

Horas de sueño comúnmente: \_\_\_\_ Hora en que se duerme: \_\_\_\_ Hora en que se levanta: \_\_\_\_  
Se levanta descansado: Sí \_\_\_\_ No \_\_\_\_ Realiza siestas: No \_\_\_\_ Sí \_\_\_\_ Duración \_\_\_\_  
Apnea del sueño: Sí \_\_\_\_ No \_\_\_\_ Problemas para dormir: Sí \_\_\_\_ No \_\_\_\_ Descríbalos: \_\_\_\_  
Utiliza algún medicamento para dormir: Sí \_\_\_\_ No \_\_\_\_ Tiene pesadillas: Sí \_\_\_\_ No \_\_\_\_  
Frecuencia: \_\_\_\_

## 6. Cognitivo-perceptual

Dificultad de visión: No \_\_\_\_ Sí \_\_\_\_ Audición: No \_\_\_\_ Sí \_\_\_\_ Lenguaje o la memoria: No \_\_\_\_ Sí \_\_\_\_  
Utiliza auxiliares de visión o audición: No \_\_\_\_ Sí \_\_\_\_ Descríbalos: \_\_\_\_ Dolor: Sí \_\_\_\_ No \_\_\_\_  
Localización: \_\_\_\_ Tipo: \_\_\_\_ Nivel de conciencia: Consciente \_\_\_\_

Respuesta a estímulo verbal \_\_\_\_\_ Respuesta a estímulo doloroso \_\_\_ Inconsciente \_\_\_\_\_  
Sistema motor: movimientos anormales: Sí \_\_\_ No \_\_\_\_\_ Sensibilidad: superficial \_\_\_\_\_ Profunda \_\_\_\_\_  
Signo de Romberg: Positivo \_\_\_\_\_ Negativo \_\_\_\_\_

### 7. Autopercepción y autoconcepto

Cambios en el estado de salud: Sí \_\_\_ No \_\_\_ Cambios emocionales: Sí \_\_\_ No \_\_\_ Temor: Sí \_\_\_ No \_\_\_  
Autodescripción-evaluación: \_\_\_\_\_ Cambios en el cuerpo: Sí \_\_\_ No \_\_\_  
Cuáles: \_\_\_\_\_

### 8. Rol y relaciones

Estado civil: \_\_\_\_\_ Hijos: No \_\_\_ Sí \_\_\_ Cuántos: \_\_\_\_\_ Problemas familiares: Sí \_\_\_ No \_\_\_  
Sustento familiar: Sí \_\_\_ No \_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_ Relación laboral: \_\_\_\_\_

### 9. Sexualidad y reproducción

Sexo: \_\_\_ FUM: \_\_\_\_\_ G \_\_\_ A \_\_\_ O \_\_\_ P \_\_\_ C \_\_\_ Exploración física de genitales (anomalías detectadas): \_\_\_\_\_  
Problemas de próstata: No \_\_\_ Sí \_\_\_ Cuáles: \_\_\_\_\_

### 10. Afrontamiento y tolerancia al estrés

Cambios en su vida actual: Sí \_\_\_ No \_\_\_ Cuáles: \_\_\_\_\_ Estrés: Sí \_\_\_ No \_\_\_ Origen: \_\_\_\_\_  
Métodos de afrontamiento: \_\_\_\_\_

### 11. Valores y creencias

Religión: \_\_\_\_\_ Es importante: Sí \_\_\_ No \_\_\_ Impacto de la enfermedad sobre las prácticas o creencias espirituales: \_\_\_\_\_  
Prácticas religiosas deseadas sobre la estancia hospitalaria: \_\_\_\_\_

## **El Diagnóstico: Análisis E Interpretación De Los Datos**

El término diagnóstico de enfermería fue introducido en 1953 por Vera Fry, donde afirmaba que una vez las necesidades del paciente son identificadas se pasa al siguiente apartado: formular un diagnóstico de enfermería.

Escriben y definen el diagnóstico de enfermería como una función independiente. Paralelamente se desarrollaron trabajos de investigación multidisciplinarios, lo que representó un aumento del conocimiento con respecto al tema que fundamentaron e impulsaron la expansión de los diagnósticos 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).

## **Diagnósticos Enfermeros Tipos Y Formulación**

### **Definición**

Un juicio clínico reacciona a los problemas de salud reales y potenciales, a los procesos vitales de una persona, de una familia o de una colectividad. 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.

Para la construcción de un diagnóstico se recomienda utilizar el formato P.E.S. problema, etiología, signos y síntomas.

- **Problema:** Define el diagnóstico, está compuesto por la etiqueta diagnóstica y su definición.
- **Etiología:** Define los factores relacionados o agentes causales, se describe como agentes asociados, se puede expresar como r/c.
- **Sintomatología:** se refiere a los signos y síntomas que presenta el paciente, los cuales especifican la magnitud de respuesta producida.

Ejemplo: Formulación de un diagnóstico de enfermería NANDA.

Problema: Dolor agudo

Etiología: R/C= agentes lesivos físicos

M/P= Conducta expresiva, llanto.

## **Taxonomía II De La Nanda**

Estudia teoría de clasificaciones sistemáticas incluyendo sus bases, principios, procedimientos y reglas. Un sistema de clasificación de los grupos, clases o conjuntos. El diagnóstico de enfermería proporciona la base para elegir las intervenciones enfermeras para conseguir los resultados de los que el profesional enfermero es responsable.

El NIC (Nursing Interventions Classification). La investigación para desarrollar un vocabulario y una clasificación de intervenciones enfermería. Una intervención se define como "cualquier tratamiento, basado en el conocimiento y juicio clínico, que realiza un profesional de enfermería para favorecer los resultados esperados.

Cada intervención NIC consta de una etiqueta, una definición, un conjunto de actividades que indican las acciones y el pensamiento que llevan a la intervención, y una breve lista de referencias.

NOC (Nursing Outcomes Classification). En 1991 se creó un equipo de investigación, conducido por Marion Johnson y Merodean Maas, en el sirve para desarrollar una clasificación de los resultados de pacientes que se correlacionan con los cuidados enfermeros. El trabajo del equipo de investigación dio como resultado la Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC).

Los resultados del paciente sirven como criterio para juzgar el éxito de una intervención enfermera. Cada resultado NOC tiene una etiqueta, una definición, una lista de indicadores para evaluar el estado del paciente en relación al resultado, una escala de Likert de cinco puntos para medir el estado del paciente, y una breve lista de referencias utilizadas en el desarrollo del resultado.

# Conclusión

## Proceso de enfermería

Es un proceso en el cual el enfermero o enfermera brinda cuidados de enfermería basándose en un método científico que consta de cinco etapas, en el cual el personal realiza las tareas desde una entrevista, una exploración física, hasta utilizar taxonomías como el NANDA; NIC, NOC, para el diagnósticos, las intervenciones y la evaluaciones de dichas intervenciones, el enfermero o enfermera debe tener juicio clínico para poder evaluar y elegir un diagnóstico de acuerdo a sus necesidades.

## Valoración, conceptos, objetivos y fases

En este tema aborda la recolección de datos, el personal de salud debe estar capacitado para desde una entrevista, hasta un examen físico, lo cual nos ayudara para obtener datos precisos del paciente para conocer estatus social, económico y sobre todo el estado de salud del paciente.

## La Observación, La Exploración Y La Entrevista

La exploración física, nos sirve para determinar el estado de salud desde paciente desde la inspección que es la exploración primaria hasta la auscultación como en los campos pulmonares u la perístasis de los intestinos y por medio de la entrevista recolectamos datos suficientes para poder valorar al paciente. Durante la observación nosotros debemos darnos cuentas de daños en el cuerpo del paciente alguna alteración o lesiones.

## Organización De La Información: Guía De Valoración Según Los Patrones Funcionales De Salud De Marjory Gordón

La guía de valoración es una ayuda para el personal de enfermería, Marjory Gordón nos habla de sus once patrones funcionales vitales para una entrevista optima con el paciente donde nos detalla patrón por patrón, como el de eliminación, que ahí nos habla frecuencia de la eliminación, color entre otras, es de gran ayuda sus patrones para una buena atención y valoración al paciente.

## El Diagnóstico: Análisis E Interpretación De Los Datos.

Nos dice que el diagnóstico de enfermería es independiente, en pocas palabras muy diferente al diagnóstico médico, en 1982 se creó la taxonomía NANDA, donde se escoge el diagnóstico de acuerdo a las necesidades del paciente en cuento la patología que tenga u necesidad del paciente.

## Diagnósticos Enfermeros Tipos Y Formulación

El diagnostico enfermero se realiza de acuerdo a un formato de Gordon que es el P.E.S, donde nos indica la etiqueta diagnostica el factor relacionado del por qué es la reacción, y las características definitorias o la manifestación de la sintomatología, todo esto nos lleva a un diagnostico clínico de enfermería, de acuerdo a sus necesidades del paciente.

## Taxonomía II De La NANDA

El NANDA junto a las taxonomías NIC, NOC, se entrelazan para un diagnóstico de enfermería e intervenciones profesionales basados científicamente, el NANDA, da el diagnostico, el NIC da las intervenciones basadas en el diagnóstico del NANDA, y el NOC, son los resultados que se obtuvieron en las intervenciones del NIC, en conjunto de las taxonomías tienen un solo objetivo, llevar a cabo las actividades de enfermería óptimas y de calidad al paciente.



## Trabajos citados

A.C., F. m. (2013). *Antología para el curso-taller de proceso de enfermería*. Morelia, Michuacan.

Eva, G. R. (2009). *Fundamentos de enfermería*. Mexico , DF.: El manual moderno, S.A de C. V.

UDS. (2020). *Fundamentos de enfermería II*. San Cristóbal de las casas chiapas.