



**Mi Universidad**

**FUNDAMENTOS DE ENFERMERIA II**

**TRABAJO 1**

**ALUMNA: ANAHI GUADALUPE GÓMEZ BONIFAZ**

**PROFESOR: EDGAR GEOVANNY LIÉVANO MONTOYA**

**02/ FEBRERO/2021**

## **EL PROCESO ENFERMERO.**

Es un método sistemático y organizado de administrar cuidados de enfermería integrales y progresivos; se centra en la identificación y tratamiento de las respuestas a las necesidades de salud.

### **OBJETIVOS:**

1. Permite a la persona participar en su propio cuidado.
2. Garantiza la respuesta a los problemas de salud reales o potenciales.
3. Ofrece atención individualizada continua y de calidad.
4. Ayuda a identificar problemas únicos de la persona.

### **CARACTERÍSTICAS P.A.E:**

**INTERPERSONAL:** interacción recíproca que mantienen dos o más individuos. Estos vínculos están sujetos a las instituciones, leyes y costumbres que rigen en la sociedad.

**ENFOQUE HOLÍSTICO:** El holismo supone que todas las propiedades de un sistema no pueden ser determinadas o explicadas como la suma de sus componentes

**HUMANÍSTICO:** El humanismo, en el sentido amplio, significa valorar al ser humano y la condición humana.

### **ETAPAS DEL P.A.E:**

**VALORACIÓN:** Es un proceso planificado, sistemático, continuo y deliberado de recogida e interpretación de datos sobre el estado de salud del paciente. Se utiliza continuamente, y no sólo como una parte del proceso enfermero.

1. Respirar.
2. Alimentarse e hidratarse.
3. Eliminación.
4. Movilización.
5. Reposo y sueño.
6. Vestirse y desvestirse.

7. Termorregulación.
8. Higiene de la piel.
9. Seguridad.
10. Comunicación.
11. Religión, creencias y valores.
12. Realizarse.
13. Entretenimiento.
14. Aprender.

**DIAGNÓSTICO:** las respuestas humanas reales o potenciales a afecciones de salud/procesos vitales, o vulnerabilidad hacia esa respuesta.

**REALES:** Describen respuestas humanas a estados de salud apoyados en manifestaciones, signos y síntomas y relacionados con causas en las que la enfermera puede intervenir de manera autónoma.

**DE RIESGO:** Describen respuestas humanas a estados de salud que pueden provocar vulnerabilidad, en los que no existen aún manifestaciones, signos y síntomas, y que están relacionados con causas en las que la enfermera puede intervenir de manera autónoma.

**PROMOCIÓN DE LA SALUD:** Describen juicios clínicos sobre las motivaciones y deseos por aumentar el bienestar y actualizar su potencial de salud, que se manifiesta en su disposición para mejorar conductas de salud específicas. (En nuestros PC estándar no están contemplados).

**PLANEACIÓN:** A partir de los diagnósticos seleccionados se planifica el plan de cuidados a llevar a cabo conjuntamente con el paciente.

Se establecen:

Los resultados de enfermería u objetivos a conseguir mediante taxonomía NOC.

Las intervenciones y/o actividades a desarrollar para poder alcanzar los objetivos propuestos mediante taxonomía NIC

**EJECUCIÓN:** En esta etapa, la enfermera lleva a cabo el PC diseñado y lo va adaptando a la realidad del paciente, activando o desactivando NANDA y Problemas de Colaboración, parando o incorporando nuevas NIC Actividades y evaluando los NOC para observarse el paciente alcanza el objetivo de salud planteado

**EVALUACIÓN:** Todo proceso requiere de una evaluación, y la enfermera en esta etapa a partir de la revaloración del paciente, puede mantener el plan de cuidados tal y como está y/o detectar nuevas respuestas humanas alteradas, plantear nuevos objetivos de salud y las intervenciones que deberá realizar para conseguir dichos objetivos

### ***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. Normalmente a esta fase se la califica como la de mayor importancia, para lo cual debemos de poner en marcha toda nuestra capacidad, experiencia y conocimientos.

Fases: Es importante considerar, que al igual que las etapas, las fases se separan para profundizar en los aspectos teóricos y medios para su aplicación, pero en la práctica se dan de manera simultánea. Bajador está expuesto

### ***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

\*Observación

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.

### ***INFORMACIÓN: GUÍA DE VALORACIÓN SEGÚN LOS PATRONES FUNCIONALES DE SALUD DE MARJORY GORDON.***

El cuidado, dirigido al individuo, la familia y la comunidad, es el principal elemento que define el papel de la enfermera de Atención Primaria. En el Área Sanitaria de salud se inició en el año 2002 un proceso de implantación y desarrollo de la metodología enfermera dentro de una línea estratégica de potenciación y mejora de la calidad de los cuidados enfermeros. La valoración tiene una gran importancia para conocer la respuesta de individuos y familias a procesos vitales o problemas de salud, reales o potenciales, que pueden ser tratados por las enfermeras, es decir, para llegar al diagnóstico de enfermería.

### ***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. Años más tarde Jonson, Abdellah y otros autores. 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.

### ***DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS TIPOS Y FORMULACIÓN.***

Enunciado de un juicio clínico sobre las reacciones 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 (Phaneuf, M. 1999).

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. La etiqueta diagnóstica proporciona un nombre al diagnóstico; es decir, es un término o frase que representa un patrón de claves relacionadas que puede incluir modificadores (Luis, 2005).

## **TAXONOMÍA II DE LA NANDA**

El uso del lenguaje enfermero estandarizado comenzó en el decenio 1970-79 con el desarrollo de la clasificación diagnóstica de la NANDA. El diagnóstico de enfermería proporciona la base para elegir las intervenciones enfermeras para conseguir los resultados de los que el profesional enfermero es responsable. (Aprobado en la novena conferencia, 1990) (NANDA-I 2007-2008: 344). North American Nursing Diagnosis Association (NANDA-I). La NANDA se creó en el año 1973 cuando un grupo de profesionales de la enfermería se reunieron en St. Louis Missouri, y organizaron el primer National Conference Group for the Classification of Nursing Diagnosis (North American Nursing Diagnosis Association, 1999). El año 2002 el nombre de la organización se cambió a NANDA International para reflejar mejor los miembros de numerosos países. La NANDA International es una organización de miembros dirigidos por un presidente y una junta electos. El NIC (Nursing Interventions Classification). La investigación para desarrollar un vocabulario y una clasificación de intervenciones enfermeras comenzó en 1987 con la formación de un equipo de investigación conducido por Joanne McCloskey Dochterman y Gloria Bulechek en la Universidad de Iowa.

## **CONCLUSION.**

A mi parecer cada uno de los temas ya vistos son de suma importancia ya que nos ayuda a poder entender un poquito mas allá de lo que conlleva la carrera de enfermería, tales como cierto tipo de reglas y normas para poder tener una buena relación con los pacientes y de como hacer correctamente los procesos sanitarios para mejorar la salud del o los individuos.

