



**NOMBRE DE LA ALUMNA:** ALEJANDRA PÉREZ ÁLVAREZ

**NOMBRE DEL DOCENTE:** MTRA. JUANA INES HERNÁNDEZ  
LÓPEZ

**CUATRIMESTRE #2**

**GRUPO:** "B"

**CARRERA:** LIC. EN ENFERMERIA

**MATERIA:** FUNDAMENTOS DE ENFERMERIA 2

**ACTIVIDAD:** RESUMEN

# UNIDAD III GENERALIDADES



### 3.1 INTRODUCCION A LA METODOLOGIA ENFERMERA

En el proceso de enfermería, la entrevista es un método muy valioso para recoger información del paciente, la familia o la comunidad con la finalidad de identificar problemas, y posteriormente poder establecer un diagnóstico enfermero.

También, es una gran herramienta para establecer un ambiente de confianza y apoyo, en el que el paciente o el grupo se sienten libres de contar cualquier dato que puede ser relevante en el proceso enfermero.

La metodología enfermera se compone por 4 partes:

- 1- **Valoración:** La valoración de enfermería es una recolección de información acerca del estado fisiológico, psicológico, sociológico y espiritual del paciente llevada a cabo por el enfermero.
- 2- **Diagnostico de cuidados en enfermería:** El diagnóstico enfermero o diagnóstico de enfermería es un juicio sintético de las respuestas humanas del individuo, familia o comunidad, que requieren cuidados de salud en la prevención de la enfermedad, el mantenimiento y mejora de la salud, o el fin de la vida. Su objetivo es identificar el estado de salud de un paciente o cliente, y los problemas relativos al cuidado de su salud.
- 3- **Intervenciones de enfermería:** Las Intervenciones de enfermería son todo tratamiento basado en el conocimiento y juicio clínico, que realiza un profesional de enfermería para favorecer el resultado esperado del paciente. Incluyen tanto los cuidados directos como los indirectos, dirigidos a la persona, familia y comunidad: tratamientos puestos en marcha por profesionales de enfermería, médicos u otros proveedores de cuidados.
- 4- **Evaluación:** Está se lleva a cabo como parte del proceso de enfermería cuando se compara el estado de salud del paciente.



## 3.2 EL PROCESO ENFERMERO

El proceso enfermero, también denominado proceso de enfermería (PE) o proceso de atención de enfermería (PAE), es un método sistemático que brinda cuidados humanistas eficientes centrados en el logro de resultados esperados, apoyándose en un modelo científico realizado por un profesional de enfermería. Es un método sistemático y organizado para administrar cuidados individualizados, de acuerdo con el enfoque básico de que cada persona o grupo de ellas responde de forma distinta ante una alteración real o potencial de la salud. Originalmente fue una forma adaptada de resolución de problemas, y está clasificado como una teoría deductiva en sí misma.

El uso del proceso enfermero permite crear un plan de cuidados centrado en las respuestas humanas. El proceso enfermero trata a la persona como un todo; el paciente es un individuo único, que necesita atenciones de enfermería enfocadas específicamente a él y no solo a su enfermedad.

El proceso de atención de enfermería consiste en la aplicación del método científico en la asistencia, que permite a los profesionales de dedicados a la enfermería prestar al paciente los cuidados que necesita de una forma estructurada, lógica y siguiendo un determinado sistema. Los cuidados de enfermería han evolucionado mucho a lo largo de los años y actualmente se basan en determinados protocolos muy estructurados y en planes, para tener una homogeneidad.

### **Principales etapas del proceso de atención de enfermería**

El proceso de atención de enfermería suele tener una serie de etapas, entre las que podemos destacar las siguientes:

**Valoración:** En esta etapa se realiza inicialmente una recogida de datos en relación al paciente para conocer su situación. Las fuentes de información para la obtención de datos suelen ser las siguientes: el historial médico del paciente, el

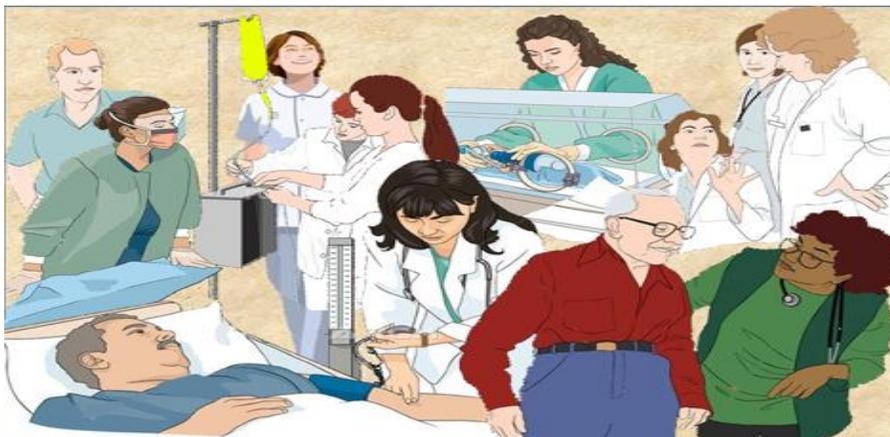
propio paciente, su familia o alguna persona relacionada con él. Esta información va a ser la base para la toma de decisiones que se lleve a cabo posteriormente.

**Diagnóstico:** En esta etapa se llega a una conclusión en base a la valoración desde el punto de vista de la enfermería de los datos llevada a cabo en la fase anterior. El diagnóstico de enfermería puede ser distinto del diagnóstico médico.

**Planeación:** En esta tercera fase, una vez valorada la información proveniente de las diversas fuentes anteriormente mencionadas y elaborado un diagnóstico de enfermería se establecen los cuidados de enfermería que se van a realizar.

**Ejecución:** Esta etapa es decisiva dentro del proceso de atención de enfermería y supone la puesta en práctica de las decisiones que se hayan tomado en la etapa anterior, es decir, se ejecutan los cuidados que se ha decidido aplicar. En esta fase es muy importante la recogida de datos para poder valorarlos en la fase siguiente.

**Evaluación:** En la fase de evaluación, una vez aplicados los cuidados al paciente, se determina si el estado del paciente se corresponde con los resultados que se esperaban. En esta fase del proceso se valora si la evolución es correcta o se deben introducir cambios en las decisiones tomadas. La evaluación requiere el examen de varios aspectos como: el examen físico del paciente, el análisis del historial clínico y la entrevista con el paciente, entre otros.



### 3.3 LA VALORACION, CONCEPTO, OBJETIVOS Y FASES.

La Valoración de Enfermería 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.

El objetivo principal de la valoración enfermera es “captar en cada momento la situación de salud que están viviendo las personas, así como su respuesta a la misma”.

La valoración está dividida en cuatro fases directamente relacionadas entre sí. Estas son:

- **Recolección de datos:** Reunión sistemática de datos, con un objetivo específico, de varias fuentes, incluyendo cuestionarios, entrevistas, observación, registros existentes y equipos electrónicos
- **Validación de datos:** Comprobar si la información obtenida es verdadera (basada en los hechos).
- **Organización de la información:** Agrupar la información, de forma que ayude a la identificación de problema y basado en un modelo de enfermería: Necesidades (Henderson) patrones (Gordon).
- **Registro y comunicación de las conclusiones:** Estas se realizan al finalizar la actividad y no al finalizar el turno.



### **3.4 LA OBSERVACION, LA EXPLORACION FISICA Y LA ENTREVISTA**

La observación de enfermería implica evaluar el estado del paciente teniendo en cuenta datos subjetivos, en los cuales se retrata una visión personal de los hechos. Asimismo, también se tienen en cuenta los datos objetivos, es decir, aquellos aspectos clínicos que incluyen observaciones acerca del problema del paciente. Estos deben incluir datos de laboratorio y otros hallazgos clínicos.

La exploración física o examen clínico es el conjunto de maniobras que realiza un médico o enfermero para obtener información sobre el estado de salud de una persona. La ciencia encargada de su estudio se denomina Semiología clínica. La exploración clínica la realiza el médico al paciente, después de una correcta anamnesis en la entrevista clínica, para obtener una serie de datos objetivos o signos clínicos que estén relacionados con los síntomas que refiere el paciente. La información conseguida mediante la anamnesis y la exploración física se registra en la historia clínica, y es la base de un juicio clínico inicial a partir del cual se solicitan o no determinadas exploraciones complementarias, que confirmen el diagnóstico médico de un síndrome o enfermedad.

En muchas ocasiones una correcta exploración clínica, acompañada de una buena anamnesis, ayuda a establecer un diagnóstico sin necesidad de la realización de pruebas clínicas o exploraciones complementarias más complejas y costosas. Además, la exploración física establece un contacto físico estrecho entre el personal de enfermería y el médico con el paciente, consiguiendo así confianza en la relación enfermero o médico -paciente.

La entrevista clínica es el proceso de comunicación que se produce entre médico y paciente, dentro del desarrollo de su profesión. La comunicación es la interrelación que se produce entre al menos dos personas que intercambian mensajes y consiguen hacerse conscientes recíprocamente de sus sentimientos e ideas, por medio de expresiones verbales y no verbales. El objetivo de la entrevista clínica es la atención del paciente para solucionar un problema de salud. Para alcanzar este objetivo se debe crear una buena relación profesional

sanitario-paciente donde el médico o el/la enfermero/a debe aplicar sus conocimientos técnicos y su humanidad, y el paciente su confianza.



### **3.5 ORGANIZACIÓN DE LA INFORMACION: GUIA DE VALORACION SEGÚN LOS PATRONES FUNCIONALES DE SALUD DE MARJORY GORDON (ABP).**

#### **PATRÓN 1: PERCEPCIÓN - MANEJO DE LA SALUD**

Este Patrón describe, básicamente, cómo percibe el propio individuo la salud y el bienestar, y cómo maneja todo lo relacionado con su salud, respecto a su mantenimiento o recuperación.

Por tanto, se incluye en él, las prácticas preventivas de todo tipo (hábitos higiénicos,

vacunaciones, autoexploraciones recomendadas a la población, etc.), la adherencia a

tratamientos médicos o enfermeros prescritos y la evitación o control de prácticas sociales perjudiciales para la salud (consumo de drogas, alcohol, tabaco, etc.).

En concreto, mediante la valoración de este Patrón pretendemos determinar las percepciones sobre salud del individuo, el manejo general de su salud y las prácticas preventivas.

## **PATRÓN 2: NUTRICIONAL - METABÓLICO**

Mediante la valoración de este Patrón, se pretende determinar las costumbres de consumo de alimentos y líquidos, en relación con las necesidades metabólicas del individuo, y las posibilidades de disponibilidad de aquellos. También se explorará los posibles problemas en su ingesta.

Asimismo, se determinará las características de la piel y mucosas, y su estado. Se indagará sobre talla, peso y temperatura.

## **PATRÓN 3: ELIMINACIÓN**

Describe el patrón de la función excretora (intestinal, urinaria y de la piel) y todos los

aspectos relacionados con ella: rutinas personales, uso de dispositivos o materiales

para su control o producción y características de las excreciones.

## **PATRÓN 4: ACTIVIDAD - EJERCICIO**

Este patrón describe las capacidades para la movilidad autónoma y la actividad, y para

la realización de ejercicios. También describe las costumbres de ocio y recreo.

Busca conocer el nivel de autonomía del individuo para las actividades de la vida diaria que requieran algún grado de consumo de energía.

## **PATRÓN 5: SUEÑO - DESCANSO**

Describe los patrones de sueño, descanso y relax a lo largo del día, y los usos y

costumbres individuales para conseguirlos.

### **PATRÓN 6: COGNITIVO - PERCEPTUAL**

En él se describe el patrón sensorio-perceptual y cognitivo del individuo.

Se observa la adecuación de las funciones visuales, auditivas, gustativas, táctiles y

olfativas; comprobando, si fuera el caso, la existencia de prótesis para su corrección.

En este patrón también se determina la existencia o no de dolor.

Asimismo, se comprueban las capacidades cognitivas relativas a la toma de decisiones,

la memoria y el lenguaje.

### **PATRÓN 7: AUTOPERCEPCION - AUTOCONCEPTO**

Describe el patrón de autoconcepto y las percepciones de uno mismo. Incluye las actitudes del individuo hacia sí mismo, hacia su imagen corporal y su identidad y hacia su sentido general de valía. Observa el patrón de conversación y las manifestaciones del lenguaje no verbal (postural corporal, contactos oculares, etc.).

### **PATRÓN 8: ROL - RELACIONES**

Incluye este patrón el papel o rol social, que juega el individuo en el seno familiar, laboral, etc. Así como las responsabilidades que tiene que asumir debidas al mismo.

Se dará importancia, al valorar este patrón, a la existencia de problemas en las relaciones familiares y/o sociales.

### **PATRÓN 9 SEXUALIDAD - REPRODUCCIÓN**

Describe los patrones de satisfacción o insatisfacción con la sexualidad, y así mismo,

describe el patrón reproductivo y todo lo relacionado con el mismo.

### **PATRÓN 10: ADAPTACIÓN - TOLERANCIA AL ESTRÉS**

Describe el patrón general de adaptación y efectividad en términos de tolerancia al estrés. Incluye la reserva individual o la capacidad para resistirse a las amenazas para

la propia integridad, formas de manejar el estrés, sistemas de apoyo familiares o de

otro tipo y capacidad percibida para controlar y manejar las situaciones.

### **PATRÓN 11: VALORES - CREENCIAS**

Describe los **patrones** de valores, objetivos y creencias (incluidas las espirituales) que

guían las decisiones y opciones vitales del individuo. Incluye lo percibido como

importante en la vida y la percepción de conflicto en los valores, creencias y

expectativas que estén relacionados con la salud.



## **3.6 EL DIAGNOSTICO ANALISIS E INTERPRETACION DE LOS DATOS.**

Los diagnósticos enfermeros son problemas que entran dentro de la competencia de enfermería, son respuestas humanas que el profesional de enfermería puede tratar de forma totalmente independiente.

El diagnóstico, siempre es la consecuencia del proceso de valoración y es la suma de datos ya confirmados y del conocimiento e identificación de necesidades o problemas. Existen varias definiciones de Diagnósticos Enfermeros entre las que figuran:

“Los diagnósticos enfermeros son diagnósticos clínicos efectuados por profesionales enfermeros, describen problemas de salud reales o potenciales que las enfermeras en virtud de su educación y experiencia son capaces de tratar y están autorizadas para ello. Esta definición excluye por tanto problemas de salud para los cuales la forma de terapia aceptada es la prescripción de fármacos, cirugía, radiaciones y otros tratamientos que se definen legalmente como practica de la medicina”.

“El diagnóstico enfermero es un juicio clínico acerca del individuo, familia o comunidad que deriva de un proceso deliberado sistemático de recogida de datos y análisis. Proporciona la base de las prescripciones para la terapia definitiva, de la cual la enfermera es responsable”. (NANDA 1990)

Los diagnósticos se organizan en sistemas de clasificación o taxonomías diagnosticas.

Para los profesionales de la enfermería, la utilización de la taxonomía NANDA es imprescindible en la práctica habitual de su profesión. Entre las ventajas del uso de la Taxonomía, están:

- El uso de un lenguaje común
- La implantación del PAE (Proceso de Atención de Enfermería) como método de trabajo
- La participación dinámica dentro de los diferentes equipos de salud



### 3.7 DIAGNOSTICOS ENFERMEROS: TIPOS Y FORMULACION

El diagnóstico enfermero o diagnóstico de enfermería es un juicio sintético de las respuestas humanas del individuo, familia o comunidad, que requieren cuidados de salud en la prevención de la enfermedad, el mantenimiento y mejora de la salud, o el fin de la vida. Su objetivo es identificar el estado de salud de un paciente o cliente, y los problemas relativos al cuidado de su salud.

Existen cuatro tipos de diagnóstico de enfermería:

**Reales:** Los diagnósticos de enfermería reales describen los diferentes problemas y alteraciones de la salud del individuo. Se basan en la presencia de signos y síntomas propios de la enfermedad. Por ejemplo: náuseas, estornudos, entre otros.

**De bienestar:** Los diagnósticos de enfermería de bienestar son todos los juicios clínicos que se hacen con el fin de mejorar las condiciones del paciente. Este tipo de diagnóstico requiere del consentimiento del paciente

**De riesgo:** Son los diagnósticos de enfermería que apuntan a determinar la vulnerabilidad que tiene una persona de desarrollar un problema de salud. Por ejemplo: Riesgo de infección, riesgo de caída, entre otros.

**De síndrome:** Son los diagnósticos para enfermería compuestos por un grupo de diagnósticos reales o de riesgo. Este tipo de diagnósticos permite diagnosticar la presencia de situaciones más complejas. Por ejemplo: Víctimas de abuso sexual que presentan síndrome de violación.



## **3.8 TOXONOMIA II DE LA NANDA**

### **Historia de la Taxonomía II.**

Tras la conferencia bienal de la NANDA de 1994 el comité taxonómico de la NANDA decidió crear un nuevo esqueleto taxonómico.

En 1998, el comité taxonómico presentó a la junta directiva de la NANDA cinco posibles clasificaciones, no siendo aceptadas ninguna de ellas. Tras un intenso trabajo, se clasificaron los diagnósticos de enfermería NANDA dentro de una estructura taxonómica basada en la modificación de los patrones funcionales de Gordon.

Todo este proceso culminó en 2002 tras la conferencia NANDA, NOC, NIC (NNN), cuando los diagnósticos aprobados se incluyeron en la nueva Taxonomía II.

### **Estructura de la Taxonomía II.**

La taxonomía II tiene tres niveles:

- Dominios
- Clases
- Diagnósticos

La estructura taxonómica II está formada por 5 dígitos. Este esqueleto permite agregar nuevos diagnósticos, sin tener que modificar calificativamente la taxonomía.

### **Sistema Multiaxial.**

La taxonomía II tiene un formato multiaxial, lo que facilita su utilización a la hora de construir un diagnóstico de enfermería, añadiendo o eliminando los ejes que se consideren necesarios. Existen siete ejes dentro del sistema multiaxial:

- Eje 1. Concepto diagnóstico (por ejemplo; dolor, ictericia, infección, etc.)
- Eje 2. Sujeto del diagnóstico (por ejemplo; individuo, familia, grupo, etc.).
- Eje 3. Juicio (por ejemplo; deficiente, desequilibrado, percibido)

- Eje 4. Localización (por ejemplo; tisular, intestinal, renal, etc.)
- Eje 5. Edad (por ejemplo; niño, adulto, anciano, etc.)
- Eje 6. Tiempo (por ejemplo; agudo, crónico, etc.)
- Eje 7. Tipo de diagnóstico (por ejemplo; real, de riesgo, de salud, etc.)

