



UNIVERSIDAD DEL SURESTE
CAMPUS VILLAHERMOSA TAB.

NOMBRE DE LA MAESTRA:
JUANA INES HERNANDEZ LOPEZ.

NOMBRE DE LA ALUMNA:
NAYELI VALENCIA TORRES.

MATERIA:
PROCESO DE ENFERMERIA II.

TAREA: CUADROS SINPTICOS.

UNIDAD: III GENERALIDADES

3.1. Introducción a la metodología enfermera.

3.2. El Proceso Enfermero.

3.3. La Valoración. Concepto, objetivos y fases.

3.4. La observación, la exploración física y la entrevista.

3.5. Organización de la información: Guía de valoración según los Patrones Funcionales de Salud de Marjory Gordon (ABP).

3.6. El Diagnóstico Análisis e interpretación de los datos.

3.7. Diagnósticos enfermeros: tipos y formulación.

3.8. Taxonomía II de la NANDA.

3.2 EL PROCESO ENFERMERO

DEFINICION

El sistemática porque implica la utilización de un enfoque organizado para lograr su propósito. Este método fomenta la calidad de enfermería.

ETAPA

1. Valoración
2. Diagnostico
3. Planeación
4. Ejecución
5. Evaluación

CARACTERISTICA

- Es un sistema abierto y flexible.
- Es un proceso cíclico y dinámico
- Es interactivo
- Está centrado en la persona.
- Tiene una base teórica

3.3 LA VALORACIÓN CONCEPTO, OBJETIVOS Y FASES

CONCEPTO

Es un proceso planificado, sistemático, continuo y deliberado de recogida, selección e interpretación de datos sobre la persona, la familia o respuestas humanas en relación a su estado de salud o enfermedad.

OBJETIVO

Tiene el fin de detectar problemas o necesidades humanas con respecto a su estado respecto a su salud o enfermedad

FASES

La valoración tiene dos fases íntimamente relacionadas:

- Recolección de datos.
- Diagnóstico de enfermería.

OBJETIVOS ESPECÍFICO

- Conocer el estado de salud de la persona.
- Identificar los problemas reales o potenciales.
- Planificar estrategias para prevenir, corregir y minimizar los problemas identificados.
- Llevar a cabo las intervenciones planificadas.
- Evaluar si las intervenciones han logrado los resultados esperados.

3.4.- LA OBSERVACIÓN, LA EXPLORACIÓN Y LA ENTREVISTA.

OBSERVACION

Implica la utilización de los sentidos para la obtención de información tanto del paciente, como de cualquier otra fuente significativa y del entorno.

LA ENTREVISTA

Es una técnica indispensable en la valoración, que permite obtener datos subjetivos de la persona acerca de sus problemas de salud, su actitud y motivación.

Tiene por objetivo obtener información específica y necesaria para el diagnóstico enfermero y la planificación de los cuidados

- Facilita la relación enfermera/persona.
- Permitir al paciente informarse y participar en la identificación de sus problemas y en el planteamiento de sus objetivos
- Ayudar a la enfermera a determinar que otras áreas requieren un análisis específico a lo largo de la valoración

EXPLORACIÓN

La actividad final de la recolección de datos es el examen físico. Debe explicarse al paciente en qué consiste el examen y pedir permiso para efectuarlo.

La exploración física se centra en:

- Determinar en profundidad la respuesta de la persona al proceso de enfermedad
- Obtener una base de datos para poder establecer comparaciones y valorar la eficacia de las actuaciones;
- Confirmar los datos subjetivos obtenidos durante la entrevista.

3.6.- 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.

En 1973 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).

En 1996 en la duodécima conferencia NANDA, celebrada en Pittsburg, se planteó el sistema de clasificación

3.7.- DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS TIPOS Y FORMULACIÓN

DEFINICIÓN

Juicio clínico sobre la respuesta de una persona, familia o comunidad frente a procesos vitales o problemas de salud reales.

Los diagnósticos de enfermería describen las respuestas de las personas ante situaciones clínicas que pueden ser tratadas por las enfermeras

TIPOS DE DIAGNOSTICOS

Diagnostico Real: Es el que describe un estado que está presente, que existe; validado por signos y síntomas “mayores” .

Enunciado en 3 partes

Problema: con categoría o etiqueta diagnóstica (ejemplo: estreñimiento)

Relacionado con R/C: son factores causales o contribuyentes

Manifestación por M/P: son signos y síntomas. (nos indica que esta estreñado; defecación dolorosa y forzada.

Ejem: ESTREÑIMIENTO R/C INMOVILIDAD M/P DEFECACION DOLOROSA Y FORZADA

Diagnostico de riesgo: Describ la vulnerabilidad de una persona para desarrollar un problema, es valido por los factores contribuyentes.

R/C FACTORES CONTRIBUYENTES DE RIESGO

3.8.- TAXONOMÍA II DE LA NANDA

TAXONOMÍA

La taxonomía se define como la rama de la ciencia que estudia la clasificación, especialmente de los organismos.

ANÁLISIS DE DATOS

Tiene como finalidad la identificación del problema e inicia con la clasificación de la información. Este proceso comienza después de la valoración de enfermería y permite al personal desarrollar clases de información más manejables. En la identificación de datos es importante determinar los indicios y deducciones que se desarrollan a partir de la base de conocimientos científicos de enfermería, ayudan al profesional de enfermería a interpretar los datos

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.