

Mi Universidad

supernota

Nombre del Alumno: Toni Edilberto morales López

Nombre del tema : supernota de la unidad I II

Parcial: tercer parcial

Nombre de la Materia : fundamentos de enfermería

Nombre del profesora: Ruben Eduardo dominguez garcia

Nombre de la Licenciatura : licenciatura en Enfermeria

Cuatrimestre : segundo cuatrimestre

Generalidades

3.1.- Introducción A La Metodología Enfermera.

El cuidado es una actividad tan antigua como el hombre que en el estudio de las primeras civilizaciones ya se podían identificar miembros de la comunidad encargados de realizar tareas relacionadas con la conservación de la vida y el cuidado de las personas



los valores y la filosofía dominantes han originado diferentes concepciones de salud y de persona, lo que ha hecho que la atención de enfermería se adaptara y se desarrollara paralelamente a los cambios

La salud como supervivencia. Esta concepción es propia de las sociedades más primitivas. Las actuaciones van dirigidas al mantenimiento de la vida a través de la cobertura de las necesidades más básicas: de abrigo, alimentación, hidratación etc



La salud como valor sobrenatural. La enfermedad era entendida como un castigo divino. La curación y la adquisición de la salud eran explicadas a través de la magia. Los tratamientos se basaban en experiencias sobrenaturales y en interpretaciones

La salud como valor religioso. Muy ligada a las interpretaciones filosóficas cristianas de la época. Como consecuencia de la concepción divina de persona, los cuidados se dirigen fundamentalmente al alma o sustancia inmaterial. El cristianismo crea la idea de salvación a través de la caridad y el cuidado humanitario al enfermo



La salud es entendida como el equilibrio de la persona consigo misma y con su entorno ecológico y social, es la idea vigente actualmente.

3.2.- El Proceso De Enfermería.

7

En el año de 1953, Fry propuso que la enfermería podría ser más creativa mediante la formulación de diagnósticos y un plan de cuidados individualizado para favorecer una práctica más independiente y no estar guiada a una práctica sujeta a las indicaciones médicas



El proceso de enfermería lo conceptualiza Alfaro “como una forma dinámica y sistematizada de brindar cuidados enfermeros

el proceso promueve unos cuidados humanísticos, centrados en unos objetivos (resultados) y eficaces. También impulsa a las enfermeras a examinar de forma continua lo que hacen y a plantearse cómo pueden mejorarlos”



Su propósito es identificar el estado de salud del paciente y sus problemas de salud reales y potenciales para establecer planes que aborden las necesidades identificadas y aplicar intervenciones de enfermería específicas que cubran tales necesidades

El propósito principal es construir una estructura teórica que pueda cubrir las necesidades del individuo, la familia y la comunidad. Es decir, garantizar la calidad en los cuidados y la calidad de vida.



Sistemático: cada una de las etapas con fines didácticos se separan para su comprensión, pero en la implementación cada una de ellas se interrelaciona para el logro del objetivo del proceso de enfermería

Dinámico: el ser humano por naturaleza puede cambiar, en un instante, en lo emocional, físico y social, por tal motivo cada etapa se adecuará a las necesidades de la persona, familia o comunidad



Interactivo: es fundamental durante la implementación del método del cuidado, donde el profesional de enfermería se relaciona con la persona, la familia y la comunidad, lo cual es esencial para la individualización de dichos cuidados.

Flexible: los escenarios de práctica del profesional de enfermería en la actualidad se centran en cuatro ámbitos: asistencial, educativo, administrativo e investigación, y el proceso de enfermería se puede adaptar a cada uno de ellos, siempre y cuando se den cuidados al individuo, familia, comunidad o ambos



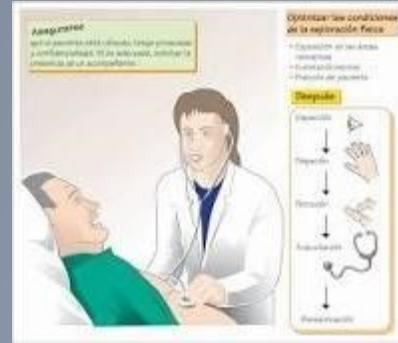
Sustentarse teóricamente: por las características propias del proceso de enfermería y sus etapas, tiene la cualidad de adaptarse con base en un modelo teórico de la enfermería

Las etapas son la propuesta del método de cuidado, ya que se requiere de medios y procedimientos para actuar



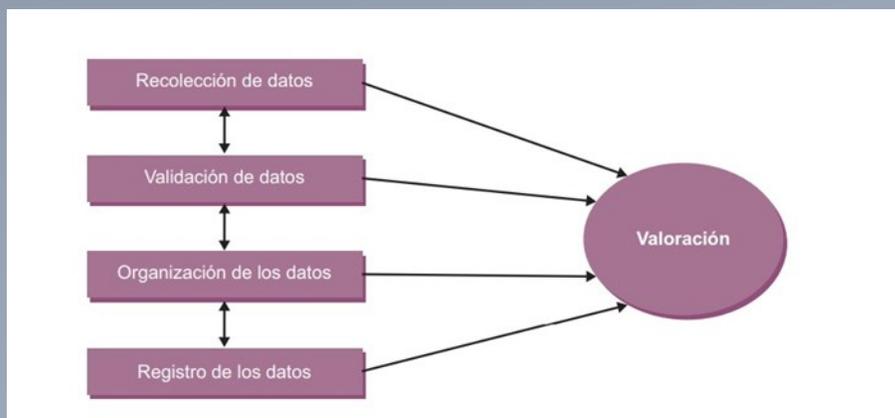
3.3.- La Valoración Concepto, Objetivos Y Fases

La valoración, primera etapa del proceso, debe organizarse y sistematizarse para la recopilación de información sobre la situación de salud de la persona y su entorno mediante diversas fuentes.



Consiste en reunir toda la información necesaria para obtener una imagen, lo más clara y completa posible de las necesidades de la persona, sus problemas y sus capacidades. Permite a la enfermera conocer a la persona que va a cuidar y determinar cuales es su situación actual

Fases: La etapa para su interpretación e implementación requiere de fases: es importante considerar, que al igual que las etapas, las fases se separan para profundizar en los aspectos teóricos de la valoración y medios para su aplicación, pero en la práctica se dan de manera simultánea



tipos de datos

Datos subjetivos: No se pueden medir y son propios de paciente.



Datos objetivos: se pueden medir por cualquier escala instrumento

Durante la Valoración la Enfermera recoge 4 tipos de datos.

- 1.- Datos Subjetivos.
- 2.- Datos Objetivos.
- 3.- Datos Históricos.
- 4.- Datos Actuales.



Datos históricos - antecedentes: Son aquellos hechos que han ocurrido anteriormente y comprenden hospitalizaciones previas, enfermedades crónicas o patrones y pautas de comportamiento

Métodos para obtener datos:

Entrevista Clínica: Existen dos tipos de entrevista, ésta puede ser formal o informal

La entrevista formal consiste en una comunicación con un propósito específico, en la cual la enfermera realiza la historia del paciente.

El aspecto informal de la entrevista es la conversación entre enfermera y paciente durante el curso de los cuidados

Métodos y técnicas de recolección de datos más efectivos

QuestionPro



La entrevista es un proceso que tiene cuatro finalidades, éstas son:

1. Obtener información específica y necesaria para el diagnóstico enfermero y la planificación de los cuidados. Facilitar la relación enfermera/paciente.

Permitir al paciente informarse y participar en la identificación de sus problemas Y en el planteamiento de sus objetivos Y también.

Ayudar a la enfermera a determinar que otras áreas requieren un análisis específico a lo largo de la valoración



La entrevista consta de tres partes: Iniciación, cuerpo y cierre

I. Iniciación: Se comienza por una fase de aproximación y se centra en la creación de un ambiente favorable, en donde se desarrolla una relación interpersonal positiva

Cuerpo: La finalidad de la conversación en esta parte se centra en la obtención de la información necesaria

Cierre: Es la fase final de la entrevista No se deben introducir temas nuevos. Es importante resumir los datos más significativos.

La entrevista clínica tiene que ser comprendida desde dos ámbitos: o Un ámbito interpersonal en el que dos o más individuos se ponen en contacto y se comunican; o Otro ámbito de la entrevista es el de una habilidad técnica.

Interferencia cognitiva: Consisten en que el problema del paciente no es percibido o comprendido por el entrevistador.

Interferencia emocional: Es frecuente, consiste en una reacción emocional adversa del paciente o del entrevistador



Interferencia social: En este caso las diferencias sociales conllevan en el profesional una menor conexión emocional a una menor implicación, y a prestar menor información al paciente.

Expresiones faciales, o La forma de estar y la posición corporal, o Los gestos, o El contacto físico, o La forma de hablar



Calidez: Es la proximidad afectiva entre el paciente y el entrevistador.

Respeto: Es la capacidad del entrevistador para transmitir al paciente que su problema le atañe, y que se preocupa por él preservando su forma de pensar, sus valores ideológicos y éticos



La exploración física: determinar en Profundidad la respuesta de la persona al proceso de La enfermedad, obtener una base de datos para poder establecer comparaciones y valorar la eficacia de las actuaciones



Inspección: es el examen visual cuidadoso y global del paciente, para determinar estados o respuestas normales o anormales.



Palpación: Consiste en la utilización del tacto para determinar ciertas características de la estructura corporal por debajo de la piel (tamaño, forma, textura, temperatura,



Percusión: implica el dar golpes con uno o varios dedos sobre la superficie corporal, con el fin de obtener sonidos.

- Auscultación: consiste en escuchar los sonidos producidos por los órganos del cuerpo. Se utiliza el estetoscopio y determinamos características sonoras de pulmón, corazón e intestino



3.5.- Organización De La Información: Guía De Valoración Según Los Patrones Funcionales De Salud De Marjory Gordón (ABP)

La implantación progresiva del Proceso de Enfermería como herramienta fundamental para la gestión de los cuidados, con la estandarización y sistematización de los mismos y la utilización de un lenguaje normalizado, han contribuido al gran avance que ha experimentado la práctica enfermera en los últimos años



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 como base de conocimiento que sustenta el programa informático; 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.

Patrón 1: Percepción- Manejo de salud

Como percibe el individuo la salud y el bienestar. Como maneja todo lo relacionado con su salud, respecto a su mantenimiento o recuperación La adherencia a las prácticas terapéuticas. Incluye prácticas preventivas (hábitos higiénicos, vacunaciones

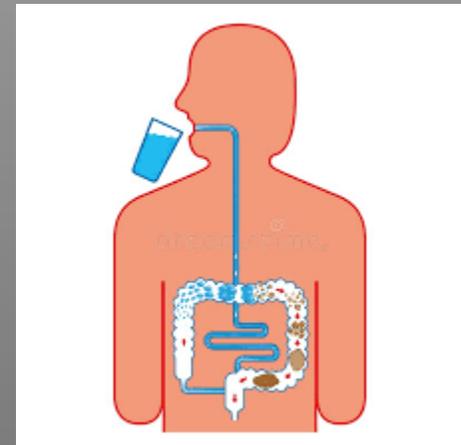


Patrón 2: Nutricional- Metabólico

consumo de alimentos y líquidos en relación con sus necesidades metabólicas Horarios de comida. Preferencias y suplementos. Problemas en su ingesta. Altura, peso y temperatura. Condiciones de piel, mucosas y membranas

Patrón 3: Eliminación

Describe las funciones excretoras intestinal, urinaria y de la piel



Patrón 4: Actividad /ejercicio

patrón de ejercicio La actividad Tiempo libre y recreo Los requerimientos de consumo de energía de las actividades de la vida diaria (higiene, compra, comer, mantenimiento del hogar, etc.) La capacidad funcional El tipo, cantidad y calidad del ejercicio. Las actividades de tiempo libre.



Patrón 5: Sueño- Descanso

la capacidad de la persona para conseguir dormir, descansar o relajarse a lo largo de las 24 horas del día La percepción de cantidad y calidad del sueño – descanso La percepción del nivel de energía



Patrón 6: Cognitivo-Perceptivo

patrones sensorio- perceptuales y cognitivos nivel de conciencia de la realidad adecuación de los órganos de los sentidos compensación o prótesis percepción del dolor y tratamiento lenguaje ayudas para la comunicación memoria juicio, comprensión de ideas toma de decisiones



Patrón 7: Autopercepción- Auto concepto

auto concepto y percepciones de uno mismo. actitudes a cerca de uno mismo. percepción de las capacidades cognitivas, afectivas o físicas. imagen corporal, social. identidad.



Patrón 8: Rol- Relaciones

las relaciones de las personas con los demás) la percepción de los roles más importantes (el papel que ocupan en la familia, sociedad.)



Patrón 9: Sexualidad y Reproducción

Alteraciones en la sexualidad o en las relaciones sexuales
Seguridad en las relaciones sexuales. Patrón reproductivo
Pre menopausia y posmenopausia
Problemas percibidos por la persona



Patrón 10: Adaptación Tolerancia al estrés

Las formas o estrategias de afrontamiento general de la persona. Las respuestas habituales que manifiesta el individuo en situaciones que le estresan y forma de controlar el estrés

3.6.- El Diagnóstico: Análisis E Interpretación De Los Datos.

Organización de los datos

Consiste en la agrupación de los datos en categorías de información de forma que tengan sentido, puedan verse las relaciones entre ellos e identificar las capacidades del paciente, y sus problemas de salud reales y potenciales



Métodos y técnicas de recolección de datos más efectivos

QuestionPro



Registro de los datos

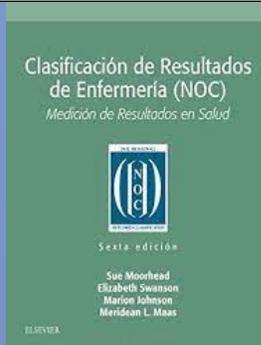
Consiste en informar y registrar los datos que se obtuvieron durante la observación, entrevista y exploración física.

3.7.- Diagnósticos Enfermeros Tipos Y Formulación.

Es la segunda etapa del proceso de enfermería, el término diagnóstico de enfermería fue introducido en 1953 por Vera Fry, donde afirmaba que una vez identificadas las necesidades del paciente

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

NIC: Sistema de Clasificación de Intervenciones de Enfermería



NOC: Sistema de Clasificación de Resultados.

El Modelo Diagnóstico Enfermero NANDA-I muestra los siete ejes y su relación entre sí:

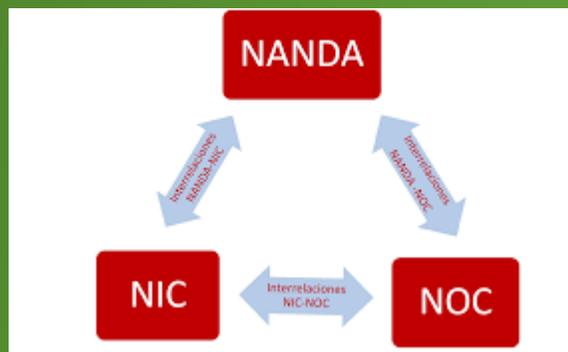
- Eje 1: Concepto de diagnóstico.
- Eje 2: Sujeto del diagnóstico (persona, familia, comunidad).
- Eje 3: Juicio (deteriorado, inefectivo).
- Eje 4: Localización (vejiga, auditivo, cerebral).
- Eje 5: Edad (lactante, niño, adulto).
- Eje 6: Tiempo (agudo, crónico, intermitente).

Eje 7: Estado del diagnóstico (real, de riesgo, de salud, de promoción de la salud)

3.8.- Taxonomía II De La Nanda

TAXONOMÍA NANDA/NOC/NIC

la taxonomía es la ciencia que identifica y clasifica. También estudia teoría de clasificaciones sistemáticas incluyendo sus bases, principios, procedimientos y reglas



NOC (por su nombre en inglés Nursing Outcomes Classification). En 1991 se creó un equipo de investigación, conducido por Marion Johnson y Merodean Maas, en la Universidad de Iowa, para desarrollar una clasificación de los resultados de pacientes que se correlacionan con los cuidados enfermeros

NIC (por su nombre en inglés Nursing Interventions Classification). A diferencia de los diagnósticos de enfermería o del resultado del paciente, donde éste es la temática principal, en las intervenciones de enfermería y el centro de interés es la conducta enfermera, todo aquello que los profesionales de enfermería realizan para ayudar al paciente a avanzar hacia un resultado deseado. Esta taxonomía está compuesta por dos elementos sustanciales: las intervenciones y las actividades de enfermería.



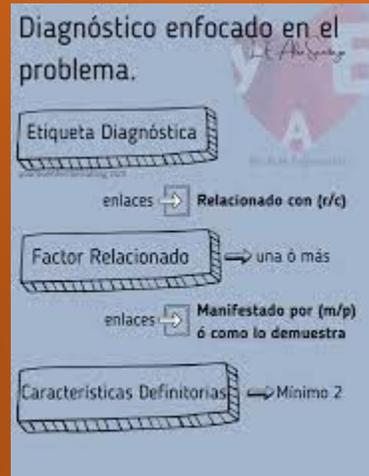
Las intervenciones de enfermería son estrategias concretas diseñadas para ayudar a la persona, familia o comunidad a conseguir los resultados esperados, son genéricas y cada una de ellas incluye varias actividades

Las actividades de enfermería son todas las acciones que realiza la enfermera para llevar a cabo la intervención y que le permitirá avanzar hacia el resultado esperado

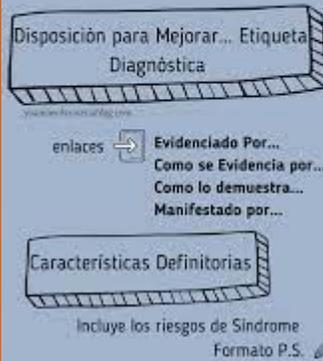


Análisis de datos: El análisis de los datos tiene como finalidad la identificación del problema e inicia con la clasificación de la información

Formulación del diagnóstico de enfermería: La formulación del diagnóstico de enfermería va a depender del tipo de diagnóstico que se haya identificado a partir del análisis realizado.



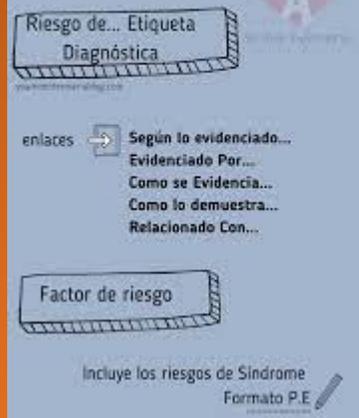
Diagnóstico de Promoción a la Salud



Diagnóstico de enfermería de promoción de la salud. Comportamiento motivado por el deseo de aumentar el bienestar y actualizar el potencial humano en relación con la salud.

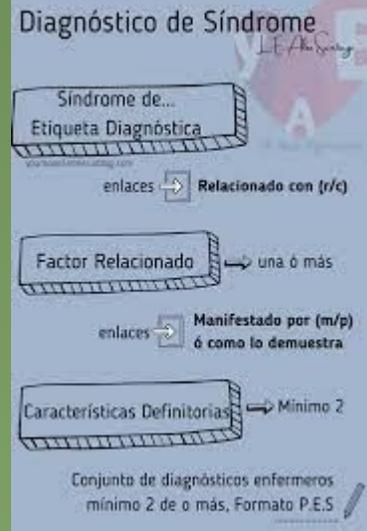
Diagnóstico de enfermería de riesgo. Vulnerabilidad, en especial como resultado de estar expuesto a factores que incrementan la posibilidad de lesión o pérdida

Diagnóstico de Riesgo.



Diagnóstico de enfermería real. Existente en realidad, que está en ese momento

Síndrome es un juicio clínico que describe un conglomerado específico de diagnósticos enfermeros que ocurren juntos y que se tratan mejor en conjunto a través de intervenciones similares.



Validación del diagnóstico de enfermería: Es el procesamiento de datos, en esta fase el profesional de enfermería intenta confirmar la exactitud de la interpretación de los datos

Registro del diagnóstico de enfermería: El registro va a depender de las recomendaciones que se hicieron en la etapa de valoración y también del tipo de diagnóstico de enfermería



Uso del formato P.E.S en el modelo de cuidado enfermero

P.E.S Problema, Etiología, Signos y Síntomas

Dx Real y de Síndrome → **P.E.S**

Dx de Riesgo → **P.E.**

Dx de Promoción a la Salud → **P.S.**

estructura por tres enunciados: el primero indica el problema (P), el segundo la etiología o causa del problemas (E) y el tercer enunciado muestra la sintomatología y los signos (S); en su conjunto a esta estructura se le ha denominado formato PES.

