



**Mi Universidad**

## **Cuadro Sinóptico**

*Nombre del Alumno: Danna Paola Jacob Díaz*

*Nombre del tema: unidad 3 y 4*

*Parcia: segundo parcial*

*Nombre de la Materia: fundamentos de enfermería I I*

*Nombre del profesor: Rubén Eduardo Domínguez García*

*Nombre de la Licenciatura: Enfermería*

*Cuatrimestre: segundo cuatrimestre*

UNIDAD 3,  
GENERALIDADES  
UNIDAD 4,  
EJECUCIÓN

Introducción A La Metodología Enfermera

La enfermería en los tiempos atrás no era vista como una profesión, si no como una actividad donde lo principal era de cuidar del enfermo

La evolución de la enfermería está íntimamente ligada a la estructura social, económica y política de cada época lo que ha hecho que la atención de enfermería se adaptara y se desarrollara

La filosofía ha influido mucho en enfermería y en la evolución de sus conceptos:

- salud y persona
- La salud como supervivencia
- La salud como valor sobrenatural
- La salud como valor religioso
- La salud como ausencia de enfermedad

En la actualidad la enfermería es considerada una profesión que está constituyendo su cuerpo disciplinar mediante la investigación

Proceso De Enfermería

la enfermería crea sus propios diagnósticos para que tengan una práctica independiente y no estén sujetas al medico

El proceso de enfermería es un método racional y sistemático de planificación y proporción de asistencia de enfermería

El propósito principal es construir una estructura teórica que pueda cubrir las necesidades del individuo, la familia y la comunidad

las etapas del proceso de enfermería son cinco Se sabe que se inicia con la valoración, diagnóstico, planificación, evaluación y ejecución

El proceso de enfermería tiene cualidades esenciales que lo caracterizan

- Sistemático
- Dinámico
- Interactivo
- Flexible
- Sustentarse teóricamente

El proceso de enfermería demuestra que la enfermera es capaz de su práctica basándose en su formación y rol profesional

La Valoración

recopilación de información necesaria para obtener una imagen más clara y completa sobre la situación de salud de la persona

La valoración para su interpretación e implementación requiere de fases

RECOLECCIÓN DE DATOS: es la obtención de la información referente a las condiciones de la salud de la persona

Se clasifica en

Inicial: se da en la primera entrevista con la persona y constituye el punto de partida para determinar el problema

Focalizada: identificar de manera concreta el problema, confirma o descarta un problema sobre un punto específico de la persona

Las técnicas para la recolección de datos de apoyo es la observación, entrevista y exploración física

**VALIDACIÓN DE LOS DATOS:** Validar es verificar y confirmar los datos con el fin de identificar posibles vacíos o incongruencias

Es fundamental para evitar la omisión de información relevante, realizar interpretación incorrecta

- Revisar los propios datos (escala de medición).
- Solicitar que otra persona recolecte el mismo dato
- Identificar que no existen factores transitorios
- Revisar los datos

**ORGANIZACIÓN DE LOS DATOS:** la agrupación de los datos en categorías de información de forma que tengan

identificar las capacidades del paciente

el marco teórico que está sustentando el proceso de enfermería

**REGISTRO DE LOS DATOS:** informar y registrar los datos que se obtuvieron durante la observación entrevista y exploración física

formar un registro legal permanente y ser base para la investigación en enfermería

- Cumplir normas
- Evitar juicios de valor
- Informar situaciones relevantes e importantes
- Realizar anotaciones claras, completas y concisas
- Escribir con letra clara y con tinta indeleble
- Cuidar la ortografía y evitar abreviaturas
- Escribir toda la información que proporcionó el equipo de salud

UNIDAD 3,  
GENERALIDADES

UNIDAD 4,  
EJECUCIÓN

UNIDAD 3,  
GENERALID  
ADES  
UNIDAD 4,  
EJECUCIÓN

La Observación  
incluye atención  
voluntaria y la  
inteligencia para  
obtener información

En la observación se  
tiene que ver varios  
factores que puedan  
alterar la salud del  
paciente, cualquier cosa  
física y psicológica así  
sea tan diminuta la cosa  
no se debe descartar

son fundamentales el  
conocimiento y la  
experiencia de la  
enfermera para una  
observación estructurada

Entrevista  
una conversación dar y  
obtener información iniciando  
una relación enfermera-  
persona dando confianza y  
respeto para disminuir la  
ansiedad de la persona

En la entrevista se desarrolla  
en introducción,  
presentación, conversación  
y resumen.

La finalidad de la entrevista  
dependerá de los objetivos  
planteados por el  
entrevistador

La finalidad de la  
entrevista clínica  
es Adquirir  
información  
específica y  
necesaria, Facilitar  
la administración  
de cuidados de  
calidad, Garantizar  
con la recogida de  
información y la  
valoración de los  
cuidados

Exploración física  
es el estudio sistemático del  
paciente para encontrar  
evidencias físicas de  
capacidad o incapacidad

Métodos: de la cabeza a  
los pies, por aparatos y  
sistemas corporales

Palpación: se utiliza el  
sentido del tacto  
detectar la presencia o  
ausencia de masas,  
dolor, temperatura, tono  
muscular y movimiento

confirmar los datos  
obtenidos a través  
del interrogatorio y  
detectar nuevos  
signos y determinar  
el estado de un  
problema real o  
potencial

Inspección: método de  
exploración física que  
se efectúa por medio  
de la vista, manera  
directa hace uso de los  
sentidos, en específico  
la vista y de manera  
indirecta utiliza  
instrumentos como  
otoscopio, rinoscopia

Percusión: consiste en  
golpear con suavidad la  
mano o instrumentos  
cualquier segmento del  
cuerpo

Auscultación: se efectúa  
por medio del oído,  
consiste en escuchar los  
sonidos producidos por  
los órganos del cuerpo

UNIDAD 3,  
GENERALIDAD  
ADES  
UNIDAD 4,  
EJECUCIÓN

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

La valoración por Patrones Funcionales de Marjory Gordon aporta una serie de ventajas al proceso: los patrones pueden ser utilizados independientemente del modelo enfermero del que se parta; se adaptan muy bien al ámbito de la atención primaria de salud

- Patrón 1: Percepción- Manejo de salud
- Patrón 2: Nutricional- Metabólico
- Patrón 3: Eliminación
- Patrón 4: Actividad /ejercicio
- Patrón 5: Sueño- Descanso
- Patrón 6: Cognitivo-Perceptivo
- Patrón 7: Autopercepción- Auto concepto
- Patrón 8: Rol- Relaciones
- Patrón 9: Sexualidad y Reproducción
- Patrón 10: Adaptación Tolerancia al estrés

El Diagnóstico afirmaba que una vez las necesidades del paciente son identificadas

Validación de los datos: confirmar los datos, revisar los propios datos (escala de medición) y que tenga congruencia los datos

Organización de los datos: la agrupación de los datos en categorías de información de forma que tengan sentido identificar las capacidades del paciente, y sus problemas de salud reales

Registro de los datos: informar y registrar los datos que se obtuvieron durante la observación, entrevista y exploración física

Favorecer la comunicación entre los miembros del equipo de atención sanitaria, facilitar la prestación de una asistencia de calidad

Diagnósticos Enfermeros Tipos Y Formulación formular un diagnóstico de enfermería el diagnóstico de enfermería como una función independiente

Se planteó el sistema de clasificación:

- NIC: Sistema de Clasificación de Intervenciones de Enfermería.
- NOC: Sistema de Clasificación de Resultados

NANDA-I muestra los siete ejes:

- Eje 1: Concepto de diagnóstico
- Eje 2: Sujeto del diagnóstico
- Eje 3: Juicio (deteriorado, inefectivo)
- Eje 4: Localización
- Eje 5: Edad
- Eje 6: Tiempo
- Eje 7: Estado del diagnóstico

El juicio clínico es el acto del intelecto de emitir una apreciación, una opinión, de llegar a una conclusión

Ventajas: Identificar los problemas de las personas, Centrar los cuidados en aspectos de enfermería, Facilitar la coordinación del trabajo en equipo

UNIDAD 3,  
GENERALID  
ADES  
  
UNIDAD 4,  
EJECUCIÓN

Taxonomía II De La  
Nanda

El diagnóstico de enfermería proporciona la base para elegir las intervenciones enfermeras para conseguir los resultados

NOC: Los resultados representan el nivel más concreto de la clasificación y expresan los cambios modificados que se quieren alcanzar en las personas como consecuencia de los cuidados de enfermería

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

NIC: las intervenciones de enfermería y el centro de interés es la conducta enfermera

Las intervenciones de enfermería: son estrategias concretas diseñadas para ayudar a la persona, Las intervenciones de enfermería pueden ser interdependientes e Independientes

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

Fases

- Análisis de datos
- Formulación del diagnóstico de enfermería
- Validación del diagnóstico de enfermería
- Registro del diagnóstico de enfermería

La Planificación De  
Cuidados, Faces y  
Objetivos

Elaboración de estrategias diseñadas para reforzar, evitar, reducir o corregir las respuestas de la persona

Establecer prioridades: la prioridad del paciente va a depender del diagnóstico que se le dé y centrar su cuidado disminuyendo su amenaza

Elaborar objetivos: establecimiento de diagnósticos de enfermería determinar los objetivos de cuidados

Determinar los cuidados de enfermería: Los cuidados son las acciones pensadas para ayudar al individuo a progresar del estado presente de salud

Documentar el plan de cuidados: s el registro que la enfermera realiza de los componentes de un plan de cuidados en un formato especial, permite guiar las intervenciones de enfermería y registrar resultados alcanzados

UNIDAD 3,  
GENERALIDAD  
ADES  
UNIDAD 4,  
EJECUCIÓN

Intervenciones Interdependientes/ De Colaboración  
Enfermería tienen tres dimensiones, dependiente, interdependiente o de colaboración e independiente, según el nivel de decisión que corresponde a la enfermera

Los cuidados son las acciones pensadas para ayudar al individuo a progresar del estado presente de salud

La dimensión dependiente: aquellos problemas que son responsabilidad directa del médico que es quien designa las intervenciones que deben realizar las enfermeras

La dimensión interdependiente: aquellos problemas o situaciones cuya prescripción y tratamiento colaboran las enfermeras y otros profesionales de la Salud

Dimensión independiente: aquella acción que es reconocida legalmente como responsabilidad de Enfermería, y que no requiere la supervisión o dirección de otros profesionales, diagnósticos de enfermería

Intervención De Enfermería  
las intervenciones enfermeras significa estar preparada, ejecutar las intervenciones, determinar la respuesta y hacer los cambios necesarios

La implementación del proceso enfermero tiene cinco pasos: reevaluación de la persona, revisión y modificación del plan de cuidados urgente, organización de los recursos y de la prestación de cuidados, anticipación y prevención de las complicaciones e implementación de las 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

Razones para desarrollar Intervenciones: Ayudar al avance de la base del conocimiento y el descubrimiento de los principios que rigen lo conocido, La utilización de un lenguaje común por los profesionales, mejora la comunicación, Realizar la elección correcta de una intervención

UNIDAD 3,  
GENERALIDA  
DES  
UNIDAD 4,  
EJECUCIÓN

Registros De Enfermería  
es una tarea esencial, tanto para dar una adecuada calidad sanitaria como para el desarrollo de la profesión

Desarrollo de la enfermería: se desarrolla en base a la existencia de documentos a través de los cuales los profesionales dejemos constancia de todas las actividades que llevemos a cabo en el proceso de cuidados

- Posibilitan el intercambio de información sobre cuidados
- Facilitan la investigación clínica y docencia de enfermería
- Conforman una base importante para la gestión de recursos sanitarios
- Tienen una finalidad jurídico-legal

Calidad de información: la calidad de información tiene como base, principios éticos, profesionales y legislativos fundamentales, como el derecho a la intimidad, confidencialidad, autonomía y a la información del paciente

- Comunicar los cuidados a otros profesionales de la salud
- Ayudar a identificar patrones de respuesta y cambios en la situación
- Proporcionar una base para la evaluación, investigación
- Crear un documento legal que más tarde pueda usarse en los tribunales para evaluar el tipo de cuidados brindados

Criterios De Cumplimentación

precisión Y exactitud

Anotar todo de lo que se informa, "Lo que no está escrito, no está hecho", deben ser precisos, completos y fidedignos, los hechos deben anotarse de forma clara y concisa, e debe hacer constar fecha, hora

legibilidad y claridad

Deben ser claros y legibles, anotaciones correctas ortográfica y gramaticalmente, o utilizar líquidos correctores ni emborronar, firma y categoría profesional legible

simultaneidad

Los registros deben realizarse de forma simultánea a la asistencia y no dejarlos para el final del turno, Evitando errores u omisiones, Consiguiendo un registro exacto del estado del paciente, Nunca registrar los procedimientos antes de realizarlos



UNIDAD 3,  
GENERALIDADES  
UNIDAD 4,  
EJECUCIÓN

hojas de  
administración  
de  
medicamentos

Se debe anotar TODA la información acerca de los medicamentos, para cada uno de ellos que se administre se debe anotar fecha, hora y las iniciales de la enfermera responsable,  
No se deben tomar órdenes verbales o telefónicas  
Si otra enfermera administra medicación, también se deberá anotar su nombre y hora a la que lo realizó

NORMAS PARA  
LA  
CUMPLIMENTACIÓN DE  
REGISTROS

Aquello que no se debe anotar  
Los adjetivos que califiquen conductas o comportamientos del paciente, no hacer referencia a la escasez de personal ni a conflictos entre compañeros, no mencionar que se ha redactado un informe de incidencias, no anotar que se ha informado a compañeros o superiores

La Evaluación,  
Resultados y  
Logro de objetivos  
La evaluación es compleja, se inicia en el momento que el profesional de enfermería interacciona con la persona, la familia o la comunidad

Establecimiento de  
criterios de  
resultados

Los resultados esperados son afirmaciones de las respuestas graduales y progresivas, cuando se consigue el objetivo los factores relacionados de un diagnóstico de enfermería han dejado de existir

Evaluación del logro  
de objetivos

la respuesta esperada que indica la resolución de un diagnóstico de enfermería o el mantenimiento del estado de salud, la enfermera sabe que las intervenciones han tenido éxito

Medidas y fuentes  
de evaluación

La evaluación se produce cuando compara los datos con los objetivos y realiza un juicio sobre el progreso de la persona, el cual se basa en la capacidad de analizar de forma crítica la información presentada, pueden llevar a la revisión del plan de cuidados