

Nombre del alumno: María José Muñoz Arguello

Nombre del profesor: Rubén Eduardo Domínguez García

Nombre del trabajo: Cuadro sinóptico de los temas de tercera y cuarta unidad

Materia: Fundamentos de Enfermería II

Grado: 2°

Grupo: "A"

GENERALIDADES



Introducción a la metodología enfermera

Concepto de historia e historiografía

- Evolución de la enfermería íntimamente ligada a la estructura social, económica y política de cada época.
- Valores y filosofía 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.

Conceptos que influyeron en la salud

- La salud como supervivencia
- La salud como valor sobrenatural
- La salud como valor religioso
- La salud como ausencia de enfermedad
- La salud como equilibrio de la persona con su entorno

Actualidad de la enfermería

- Considerada una profesión que está constituyendo su cuerpo disciplinar mediante la investigación.
- Creando importantes cambios.
- Pasando de ejercer el cuidado basado en el empirismo y las creencias a llevar a cabo.
- Se responsabiliza de la formación de sus propios profesionales y asume la gestión, organizando y dirigiendo los servicios.

Proceso de enfermería

Autores principales

- **Kozier.** Planteo la evolución de las etapas
- **Fry (1963).** Propuso que la enfermería debería ser creativa mediante la formulación de diagnósticos y plan de cuidados.
- **Alfaro.** Conceptualizo como una forma dinámica y sistematizada de brindar cuidados.
- **Berman A, Snyder S, Kozier B, Erb G.** Mencionaron que es un método racional, sistemático de planificación y proporción de asistencia de enfermería. Teniendo como propósito identificando el estado de salud del paciente.

Ventajas generadas por la aplicación

- **La satisfacción por el trabajo y potencia el desarrollo profesional.**
- **La satisfacción profesional**
- **Favorece la continuidad de los cuidados**
- **Proporciona cuidados individualizados**
- **Demuestra el alcance de la práctica de enfermería**
- **Potencia el desarrollo profesional**
- **La utilización de un método sistemático para la prestación de cuidados**

Método de cuidado

- **Sistemático**
- **Dinámico**
- **Interactivo**
- **Flexible**
- **Sustentarse teóricamente**

Etapas

- Propuestas del método de cuidado, ya que se requiere de medios y procedimientos para actuar. Que cuenta con cinco que de ellas son:
1. **Valoración**
 2. **Diagnostico**
 3. **Planificación**
 4. **Ejecución**
 5. **Evaluación**

La valoración concepto, objetivos y fase

Definición

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.

Fases

1. Recolección de datos

Esencial porque se inicia el primer contacto con la persona, familia o comunidad, es un proceso dinámico y continuo. Se llevan acabo 3 etapas para la recolección que son:

- Clasificación de datos
- Fuentes para la obtención de datos
- Medios y técnicas para la recolección de datos

2. Validación de datos

Verificar y confirmar los datos para determinar si responden a los hechos. Para ello se debe llegar a conclusiones como:

- Revisar los propios datos.
- Solicitar que otra persona recolecte el mismo dato.
- Identificar que no existen factores transitorios.
- Revisar los datos críticos.
- Comprobar congruencia entre los datos

3. Organización de 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.

4. Registro de datos

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

La observación, exploración y entrevista

Observación

Es un proceso deliberado, que incluye atención voluntaria y la inteligencia, orientadas por un objetivo, para obtener información, se debe de prestar atención a la lesión que el trabajador tenga.

Entrevista

Dar y obtener información a través de:

- Recoger información para identificar problemas.
- Iniciar la relación enfermera-persona, creando un clima de confianza y respeto.
- Disminuir la ansiedad del paciente proporcionando la información necesaria.
- Motivar al paciente a participar de manera activa en todo el proceso de cuidado.

Que a su vez lleva por estructura:

- Introducción
- Conversación
- Resumen

Exploración física

• **Definición.** es el estudio sistemático del paciente para encontrar evidencias físicas de capacidad o incapacidad funcional.

• **Objetivos:**

1. Detectar características físicas y datos anormales en relación con el crecimiento y desarrollo normales.
2. Descartar o confirmar datos obtenidos en la historia de enfermería.
3. Obtener datos que ayuden a establecer diagnósticos de enfermería y un plan de cuidados.
4. Identificar áreas para la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad.

• **Técnicas:**

1. Inspección
2. Palpación
3. Percusión
4. Auscultación
5. Medición

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

**Patrón 1: Percepción-
Manejo de salud**

- **Que valora:** Como percibe el individuo la salud y el bienestar.
- **Como se valora:** Hábitos higiénicos: personales.
- **Resultado del Patrón:** El patrón está alterado si.

**Patrón 2: Nutricional-
Metabólico**

- **Qué valora:** Describe el consumo de alimentos y líquidos en relación con sus necesidades metabólicas Horarios de comida.
- **Cómo se valora:** Valoración del IMC.
- **Resultado del patrón:** El patrón estará alterado: Si con respecto al IMC

Patrón 3: Eliminación

- **Qué valora:** Describe las funciones excretoras intestinal, urinaria y de la piel.
- **Como se valora:** Intestinal
- **Resultado del patrón:** El patrón está alterado: Si intestinal existe estreñimiento

**Patrón 4: Actividad
/ejercicio**

- **Qué valora:** El patrón de ejercicio La actividad Tiempo libre y recreo los requerimientos de consumo de energía de las actividades de la vida diaria.
- **Como se valora:** Valoración del estado cardiovascular.
- **Resultado del patrón:** El patrón está alterado si existe: Síntomas respiratorios.

**Patrón 5: Sueño-
Descanso**

- **Que valora:** Describe la capacidad de la persona para conseguir dormir.
- **Como se valora:** El espacio físico.
- **Resultado del patrón:** Se considera alterado: Si usa ayudas farmacológicas para dormir o descansar.

**El
Diagnóstico:
Análisis E
Interpretación
De Los Datos.**

Validación

Es verificar y confirmar los datos para determinar si responden a los hechos.

Organización

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.

Registro

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

Diagnósticos Enfermeros Tipos Y Formulación.

Definición

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.

Ventajas

- Adoptar un vocabulario común.
- Identificar los problemas de las personas.
- Centrar los cuidados en aspectos de enfermería.
- Ofrecer a la persona cuidados de calidad, personalizados, humanizados.
- Facilitar la coordinación del trabajo en equipo.
- Dar mayor prevención.
- Proporcionar elementos de información.
- Establecer una base para la evaluación.
- Dar al trabajo de enfermería un carácter más científico y profesional.
- Acentuar la importancia del rol de la enfermera.
- Desarrollar el saber enfermero.

Taxonomía II De La Nanda

Taxonomía II De La Nanda

Kozier cita a Rash, quién refiere que la taxonomía es la ciencia que identifica y clasifica.

NOC

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

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.

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.

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 de diagnóstico
- Validación del diagnóstico
- Registro del diagnóstico

EJECUCIÓN



La Planificación De Cuidados, Fases y Objetivos

Fases

- **Establecer prioridades:** Prioridades en las intervenciones de enfermería dependen del diagnóstico de enfermería, es donde se concluye la identificación del problema, en el cual se debe centrar el cuidado, y realizar acciones inmediatas en aquellas manifestaciones que representan una amenaza para la vida de la persona o según las circunstancias, determinar medidas de prevención de riesgos que la comunidad, familia o individuo presentan.
- **Elaborar objetivos:** Establecimiento de diagnósticos de enfermería y prioridades individualizadas ayuda a determinar los objetivos de cuidados, que se definen como pautas para la selección de las intervenciones enfermeras y los criterios para su evaluación.
- **Determinar los cuidados de enfermería:** Cuidados, intervenciones, estrategias o acciones de enfermería se seleccionan después de haber establecido los objetivos y los resultados esperados.
- **Documentar el plan de cuidados:** Posterior a la identificación de las intervenciones se procede a conformar el plan de cuidados, el cual integra tanto el diagnóstico, objetivos, resultados esperados, actividades o estrategias y evaluación específica de enfermería.

**Intervenciones
Interdependent
-es/ De
Colaboración.**

Problemas o
necesidades

- **La dimensión dependiente.** Práctica de la enfermera incluye aquellos problemas que son responsabilidad directa del médico que es quien designa las intervenciones que deben realizar las enfermeras.
- **La dimensión interdependiente.** Se refiere a aquellos problemas o situaciones cuya prescripción y tratamiento colaboran las enfermeras y otros profesionales de la Salud.
- **Dimensión independiente.** Es toda aquella acción que es reconocida legalmente como responsabilidad de Enfermería, y que no requiere la supervisión o dirección de otros profesionales.

Intervención De Enfermería

Concepto

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.

¿Cómo surgió?

En el año 1986 en St Louis, Missouri (USA); Mc Closley y Bulecheck.

Razones para desarrollar intervenciones

- Ayudar
- Identificar
- Facilitar la comprensión
- La utilización de un lenguaje común por los profesionales
- Mostrar el impacto que tienen los profesionales de enfermería en el sistema de prestación de cuidados.
- Normalizar y definir la base del conocimiento del plan y de la práctica de enfermería.
- Realizar la elección correcta de una intervención.
- Facilitar la comunicación de los tratamientos de enfermería a otros profesionales.
- Permitir examinar eficacia – costo – cuidados.

Características de las intervenciones

- Basada en principios científicos de cuidados enfermeros, fisiopatología, psicología, sociología, etc.
- Individual y Creativa.
- Formulada de manera concisa, simple y concreta.
- Armoniza el diagnóstico enfermero y el objetivo.
- Afecta a la parte problema y / o a la parte causa del diagnóstico enfermero.
- Busca la progresión hacia la autonomía o el mayor bienestar de la persona.

Registros De Enfermería

Concepto

Constituyen una parte fundamental de la asistencia sanitaria, estando integrados en la historia clínica del paciente, lo que conlleva unas repercusiones y responsabilidades de índole profesional y legal, que precisa llevarlos a la práctica con el necesario rigor científico, que garantice la calidad de los mismos.

¿Para que son fundamentales?

- Desarrollo de enfermería
- Calidad de información

Propósitos de Alfaro

- Ayudar
- Proporcionar
- Crear
- Especificar

Criterios de Cumplimentación.

Presión y exactitud

- Deben ser precisos, completos y fidedignos.
- Los hechos deben anotarse de forma clara y concisa.
- Expresar sus observaciones en términos cuantificables.
- Los hallazgos deben describirse de manera meticulosa, tipo, forma, tamaño y aspecto.
- Se debe hacer constar fecha, hora
- Firma legible de la enfermera responsable.

Legibilidad y claridad

- Si no se posee una buena caligrafía se recomienda utilizar letra de imprenta.
- Anotaciones correctas ortográfica y gramaticalmente
- Usar sólo abreviaturas de uso común y evitar aquellas que puedan entenderse con más de un significado, cuando existan dudas escribir completamente el término.
- No utilizar líquidos correctores ni emborronar. Corregir los errores, tachando solamente con una línea, para que sean legibles, anotar al lado "error" con firma de la enfermera responsable.
- Firma y categoría profesional legible: Inicial del nombre más dos apellidos completos.
- No dejar espacios en blanco, ni escribir entre líneas.

Simultaneidad

- Evitando errores u omisiones.
- Consiguiendo un registro exacto del estado del paciente.
- Nunca registrar los procedimientos antes de realizarlos

Hojas de administración

- Se debe anotar toda la información acerca de los medicamentos
- Si las órdenes médicas no están claras o la caligrafía es ilegible, se debe pedir al médico que las aclare y lea la prescripción.
- 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.

Evaluación, Resultados y Logro de objetivos

¿Cómo es?

Es compleja, se inicia en el momento que el profesional de enfermería interacciona con la persona, la familia o la comunidad. La evaluación mide la respuesta de la persona a las acciones enfermeras con los resultados esperados establecidos durante la planificación.

Establecimiento de criterios

Se expresan en términos de conducta para describir los efectos deseados de las acciones de enfermería.

Evaluación del logro de objetivo

El objetivo especifica la conducta o la respuesta esperada que indica la resolución de un diagnóstico de enfermería o el mantenimiento del estado de salud.

Medidas y fuentes de evaluación

Son las habilidades de valoración y las técnicas empleadas para recoger los datos de la evaluación.