



CUADRO SINOPTICO. UNIDAD III Y UNIDAD IV

ALUMNA:	Yusari Raymundo Morales.
TEMA:	Generalidades y Ejecución.
PARCIAL:	Primer Parcial.
MATERIA:	Fundamentos de Enfermería.
PROFESOR:	Rubén Eduardo García.
LICENCIATURA:	En Enfermería.
CUATRIMESTRE:	2do. Cuatrimestre
FECHA:	07 de Febrero de 2023

UNIDAD 3

M
E
E
T
N
O
F
D
E
O
R
L
M
O
E
G
R
I
A
A

SUPERVIVENCIA: Las Actuaciones van dirigidas al mantenimiento de la vida a través de las necesidades básicas.

VALOR SOBRENATURAL: Estas eran explicadas a través de la magia, tratamientos basados en experiencias sobrenaturales e interpretaciones cosmológicas

RELIGIOSO: Relacionada con el alma o sustancia material, con respecto a la religión.

P
E
R
N
O
F
C
E
R
S
M
O
E
R
D
I
E
A

DEFINICIÓN: Método racional y sistemático de planificación y proporción de asistencia de enfermería. Es el identificar el estado de Salud de los pacientes y sus problemas

SISTEMÁTICO: Se separan para su comprensión, pero en la implementación cada una de ellas se interrelaciona para el logro del objetivo del proceso de enfermería

DINAMICO: 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.

SUSTENTARSE TEORICAMENTE: 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

L
A
V
A
L
O
R
A
C
I
Ó
N

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. Permite a la enfermera conocer a la persona que va a cuidar y determinar cuales es su situación actual.

RECOLECCIÓN DE DATOS: Es la obtención de la información referente a las condiciones, desde el punto de vista holístico, de la salud de la persona, familia o comunidad. Debe reunir las siguientes características: ser completa, sistemática y ordenada, seguir el modelo teórico.

- Fuentes
- Medios
- Observación

VALIDACION DE DATOS: Es verificar y confirmar los datos para determinar si responden a los hechos. Consiste, también en analizar la información con el fin de identificar posibles vacíos o incongruencias.

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.

REGISTRO DE DATOS: Consiste en informar y registrar los datos que se obtuvieron durante la observación, entrevista y exploración física. Las ventajas que ofrece el registro de los datos se centran en Favorecer la comunicación entre los miembros del equipo.

L
A
E
X
O
P
B
L
E
S
O
N
E
R
T
R
A
R
V
C
E
A
I
V
C
O
I
N
S
Ó
T
N
Y
A
,
L
L
A
A

DEFINICIÓN: Engloba una serie de actividades, referidas tanto a individuos como a colectividades y orientadas a la prevención de los riesgos laborales, cuyos objetivos generales tienen que ver con la identificación de problemas de salud y la evaluación de intervenciones preventivas.

OBSERVACIÓN: Es un proceso deliberado, que incluye atención voluntaria y la inteligencia, orientadas por un objetivo, para obtener información.

ENTREVISTA: Es una conversación dirigida entre dos personas con dos finalidades: dar y obtener información a través de:

- Introducción.
- Conversación.
- Resumen.

EXPLORACIÓN FÍSICA: Es el estudio sistemático del paciente para encontrar evidencias físicas de capacidad o incapacidad funcional.

OBJETIVOS: Detectar características físicas y datos anormales en relación con el crecimiento y desarrollo normales.

- ☑ Descartar o confirmar datos obtenidos en la historia de enfermería.
- ☑ Obtener datos que ayuden a establecer diagnósticos de enfermería y un plan de cuidados.
- ☑ Identificar áreas para la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad.

INSPECCIÓN: Método de exploración física que se efectúa por medio de la vista, para realizarla de manera directa la enfermera hace uso de los sentidos.

PALPACIÓN: Examinar el cuerpo, se utiliza el sentido del tacto, sus objetivos son: Detectar la presencia o ausencia de masas, dolor, temperatura, tono muscular y movimiento

PERCUSIÓN: Método de exploración física que consiste en golpear con suavidad la mano o instrumentos cualquier segmento del cuerpo.

AUSCULTACIÓN: Método de exploración física que se efectúa por medio del oído, consiste en escuchar los sonidos producidos por los órganos del cuerpo

GENERALIDADES

ORGANIZACIÓN

DEFINICIÓN: 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.

PERCEPCIÓN - MANEJO DE SALUD:

VALORA: Como percibe el individuo la salud y el bienestar.
COMO: Hábitos higiénicos: personales: Vivienda, vestido Vacunas
 Alergias Percepción de su salud Conductas saludables: Interés y conocimiento Existencia o no de alteraciones de salud

NUTRICIONAL - METABÓLICO:

VALORA: Describe el consumo de alimentos y líquidos en relación con sus necesidades metabólicas Horarios de comida.
COMO: Valoración del IMC. Valoración de la alimentación: Recoge el nº de comidas, el lugar, el horario, dietas específicas., así como los líquidos recomendados para tomar en el día.

ELIMINACIÓN:

VALORA: Describe las funciones excretoras intestinal, urinaria y de la piel.
COMO: Intestinal: Consistencia, regularidad, dolor al defecar, sangre en heces, uso de laxantes, presencia de ostomías, incontinencia.

ACTIVIDAD - EJERCICIO.

VALOR: El patrón de ejercicio La actividad Tiempo libre y recreo Los requerimientos de consumo de energía de las actividades de la vida diaria.
COMO: Valoración del estado cardiovascular: Frecuencia cardiaca o PA anormales en respuesta a la actividad, cambios ECG que reflejen isquemia o arritmia, etc.

SUEÑO - DESCANSO:

VALORA: Describe la capacidad de la persona para conseguir dormir, descansar o relajarse a lo largo de las 24 horas del día
COMO: El espacio físico (ventilación, temperatura agradable y libre de ruidos.) El tiempo dedicado al sueño u otros descansos diurnos Recursos físicos o materiales favorecedores del descanso

COGNITIVO - PERCEPTIVO.

VALOR: 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
COMO: Nivel de conciencia y orientación. Nivel de instrucción: si puede leer y escribir. El idioma.

DIAGNÓSTICO

DEFINICIÓN: Afirmaba que una vez las necesidades del paciente son identificadas se pasa al siguiente apartado: formular un diagnóstico de enfermería. Años más tarde Jonson, Abdellah y otros autores escriben y definen el diagnóstico de enfermería como una función independiente

VALIDACIÓN DE DATOS: Validar es verificar y confirmar los datos para determinar si responden a los hechos. Consiste, también en analizar la información con el fin de identificar posibles vacíos o incongruencias

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.

REGISTRO DE DATOS: Consiste en informar y registrar los datos que se obtuvieron durante la observación, entrevista y exploración física

- Revisa los propios datos.
- Solicita a otra persona en recolectar información
- Identifica que no existen factores transitorios
- Revisa datos críticos
- Comprobación de congruencia entre datos.

- Cumplir normas y evitar juicios de valor
- Escribir de forma textual lo que los usuarios expresan
- Acompañar las interferencias como evidencia
- Evitar tachaduras e informar situaciones relevantes

ENFERMERÍA

ANTECEDENTES: 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 se pasa al siguiente apartado: formular un diagnóstico de enfermería. Años más tarde Johnson, Abdellah y otros autores escriben y definen el diagnóstico de enfermería como una función independiente.

NIC: Sistema de Clasificación de Intervenciones de Enfermería.

NOC: Sistema de Clasificación de Resultados.

EIE: Para el propósito de la taxonomía NANDA-I, se define operacionalmente como la dimensión de la respuesta humana que se considera en el proceso diagnóstico.

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.

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.

DEFINICIÓN: El diagnóstico enfermería es un referente metodológico de los cuidados dentro del proceso de atención de enfermería, tiene una importancia fundamental por representar la identificación del problema que atenderá el personal de enfermería

FASES: El diagnóstico de enfermería de riesgo, sólo se conforma por dos enunciados: el primero es el problema y el segundo la posible causa que probablemente lo está generando y esto permite al profesional plantear intervenciones de prevención para que no se manifieste el problema.

ANÁLISIS DE DATOS: El análisis de los datos tiene como finalidad la identificación del problema e inicia con la clasificación de la información.

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

DIAGNÓSTICO REAL: Es el procesamiento de datos, en esta fase el profesional de enfermería intenta confirmar la exactitud de la interpretación de los datos.

REGISTRO DE DIAGNÓSTICO: Registro va a depender de las recomendaciones que se hicieron en la etapa de valoración y también del tipo de diagnóstico de enfermería, es importante considerar que en el momento que se plantea un diagnóstico de enfermería es porque el profesional tiene injerencia en el cuidado de la persona, familia y comunidad

UNIDAD 4

CUIDADOS PLANIFICADOS Y OBJETIVOS.

ESTABLECER PRIORIDADES: Las 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

OBJETIVOS: El 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.

CUIDADOS DE ENFERMERIA: 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.

INTERRVEDIONES COLABORATIVAS / APLICACIONES.

DEFINICIÓN: En un enunciado del problema real o en potencia del paciente que requiera de la intervención de enfermería con el objeto de resolverlo o disminuirlo. En ella se va a exponer el proceso mediante el cual estaremos en condiciones de establecer un problema clínico y de formularlo para su posterior tratamiento, bien sea diagnóstico enfermero o problema interdependiente.

DIMENSIÓN DEPENDIENTE: Incluye aquellos problemas que son responsabilidad directa del médico que es quien designa las intervenciones que deben realizar las enfermeras.

DIMENSIÓN INTERDEPENDIENTE: Se refiere a aquellos problemas o situaciones cuya prescripción y tratamiento colaboran las enfermeras y otros profesionales de la Salud. Estos problemas se describirán como problemas colaborativo o interdependiente, y son complicaciones fisiológicas que las enfermeras controlan para detectar su inicio o su evolución y colaboran con los otros profesionales para un tratamiento conjunto definitivo.

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. Son los Diagnósticos de Enfermería.

INTERVENCIÓN ENFERMERA.

DEFINICIÓN: Significa estar preparada, ejecutar las intervenciones, determinar la respuesta y hacer los cambios necesarios. De acuerdo con Potter y Perry, la enfermera debe contar con habilidades cognitivas, afectivas y psicomotoras que la profesión demanda antes de llevar a cabo un plan de cuidados.

RAZONES PARA EL DESARROLLAR INTERVENCIONES:

Ayudar al avance de la base del conocimiento y el descubrimiento de los principios que rigen lo conocido.

☑ Identificar las lagunas del conocimiento, que luego pueden ser tratadas por la investigación.

☑ 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

CARACTERÍSTICAS:

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.

EJECUCIÓN

REGISTRO ENFERMERÍA

DEFINICIÓN: Los registros de enfermería 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.

DESARROLLO DE LA ENFERMERÍA: La enfermería como disciplina profesional 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.

- Posibilidad de Intercambio
- Facilitar la Investigación
- Conforman una base importante.
- Finalidad Jurídico Legal.

CALIDAD DE INFORMACIÓN: La calidad de la información registrada, influye en la efectividad de la práctica profesional, por tanto, los registros de enfermería deben cumplir unos estándares básicos que favorezcan la eficacia de los cuidados en las personas y legitimesen la actuación del profesional sanitario.

- Comunicar
- Ayudar
- Evaluación
- Documento Legal
- Validación
- Registro

CRITERIOS DE CUMPLIMIENTO

DEFINICIÓN: 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.

PRECISIÓN 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 metódica, 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
- No utilizar líquidos correctores ni emborronar
- 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

NORMAS PARA LA CUMPLIMENTACIÓN DE REGISTROS:

- Los adjetivos que califiquen conductas o comportamientos del paciente, deben especificar que se refieren a dicha conducta.
- No hacer referencia a la escasez de personal ni a conflictos entre compañeros.
- No intentar explicar que se ha producido un error o utilizar expresiones como "accidentalmente", "de alguna forma".

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.
- 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, en caso necesario

LA EVALUACIÓN DE LOS OBJETIVOS

DEFINICIÓN: Se considera una etapa que con fines didácticos se revisa como la quinta, pretende determinar el logro de los objetivos, las interferencias y obstáculos para la realización del plan de cuidados que evitaron el logro de los propósitos. 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 : Se expresan en términos de conducta para describir los efectos deseados de las acciones de enfermería. Los resultados esperados son afirmaciones de las respuestas graduales y progresivas o de la conducta de una persona que necesita seguir y conseguir

EVALUACIÓN DEL LOGRO DE OBJETIVOS: 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. La enfermera evalúa los objetivos tras comparar los datos de la evaluación con los resultados esperados.

MEDIDAS Y FUENTES DE EVALUACIÓN: Son las habilidades de valoración y las técnicas empleadas para recoger los datos de la evaluación. Mientras el propósito de la valoración es identificar si existe algún problema, la intención de la evaluación trata de determinar si los problemas conocidos han mejorado, empeorado o experimentado algún tipo de cambio.