



***Nombre del alumno: Andrin armin  
Córdova Pérez***

***Nombre del profesor: Rubén Eduardo  
Domínguez***

***Nombre del trabajo: mapa conceptual***

***Materia: fundamentos de enfermería II***

***Grado: 1***

***Grupo: A***

***Frontera Comalapa Chiapas a 14 de febrero 2022***

# GENERALIDADES

## *Introducción A La Metodología Enfermera.*

Para comprender el concepto de disciplina enfermera y entender los orígenes y el estado actual de la profesión es necesario contextualizarla históricamente



. 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

Desde tiempos remotos, el ser humano ha necesitado ayuda para sobrevivir en momentos de fragilidad, dependencia, enfermedad



Una actividad no remunerada, que no contaba con una formación específica, y cuya función era la de proporcionar cuidados en materia de salud

A lo largo del tiempo ha ido variando su significado, según las épocas y las culturas



La salud como supervivencia

La salud como valor religioso

La salud como ausencia de enfermedad

## ***El Proceso De Enfermería***

Kozier, plantea la evolución de las etapas del proceso de enfermería. En el año de 1953

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

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

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

Las ventajas son las oportunidades generadas por la aplicación del proceso de enfermería en el campo profesional de la enfermera o enfermero

## ***- 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*

La 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 v ordenada

Se clasifica en inicial y focalizada. La inicial se da en la primera entrevista con la persona y constituye el punto de partida para determinar el problema o necesidad prioritaria

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.

(Necesidades, patrones funcionales, requerimientos universales que plantea Orem, por mencionar algunos) bajo el cual se sustenta el proceso de enfermería

Significa de dónde se puede originar la información y se pueden obtener de diferentes formas: primaria o directa y secundaria o indirecta

## ***.- La Observación, La Exploración Y La Entrevista***

El término “vigilancia de la salud de los trabajadores” engloba una serie de actividades, referidas tanto a individuos como a colectividades y orientadas a la prevención de los riesgos laborales

La observación es un proceso deliberado, que incluye atención voluntaria y la inteligencia, orientadas por un objetivo, para obtener información

La entrevista es una conversación dirigida entre dos personas con dos finalidades: dar y obtener información a través de

En esta primera etapa de valoración, utilizaremos una serie de herramientas:  
Entrevista  
Observación  
Exploración

En la Observación, se debe de prestar atención a la lesión que el trabajador tenga: ya sea un corte, herida, contusión, a las características de las mismas: si está inflamada, infectada, si hay presencia de cuerpos extraños o de hematoma, supuración de algún **tipo**

Recoger información para identificar problemas.

Iniciar la relación enfermera-persona, creando un clima de confianza y respeto.

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

El cuidado, dirigido al individuo, la familia y la comunidad, es el principal elemento que define el papel de la enfermera de Atención Primaria

La valoración tiene una gran importancia para conocer la respuesta de individuos y familias a procesos vitales o problemas de salud, reales o potenciales, que pueden ser tratados por las enfermeras

se realiza mediante la recogida de datos subjetivos, objetivos, la revisión de la historia clínica o informes de otros profesionales

*La implantación progresiva del Proceso de Enfermería como herramienta fundamental para la gestión de los cuidados*

La valoración por Patrones Funcionales de Marjory Gordon aporta una serie de ventajas al proceso: los patrones pueden ser utilizados independientemente del modelo

*Como percibe el individuo la salud y el bienestar. Como maneja todo lo relacionado con su salud*

## ***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

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

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

Formular un diagnóstico de enfermería. Años más tarde Jonson, Abdellah y otros autores escriben y definen el diagnóstico de enfermería como una función independiente

Es fundamental para evitar la omisión de información relevante, realizar interpretación incorrecta, llegar a conclusiones precipitadas o ambas

Por ejemplo, si es el Modelo Conceptual de Virginia Henderson, dicha agrupación será por necesidades, si es por la Teoría de Dorotea Orem se realizará la organización de los datos por medio de los requerimientos universales

## ***.- Diagnósticos Enfermeros Tipos Y Formulación***

**Antecedentes** Es la segunda etapa del proceso de enfermería, el término diagnóstico de enfermería fue introducido en 1953 por Vera Fry

**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*

El juicio clínico es el acto del intelecto de emitir una apreciación, una opinión, de llegar a una conclusión a partir de un conjunto de signos y síntomas en referencia al estado de salud de una persona

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

**Ventajas:** Las ventajas del diagnóstico de enfermería son: Adoptar un vocabulario común. Identificar los problemas de las personas

Facilitar la coordinación del trabajo en equipo.  
Dar mayor prevención.  
Proporcionar elementos de información.

## ***- Taxonomía II De La Nanda***

Kozier cita a Rash, quién refiere que la taxonomía es la ciencia que identifica y clasifica. También estudia teoría de clasificaciones sistemáticas incluyendo sus bases, principios, procedimientos y reglas

**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

**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

El diagnóstico enfermería es un referente metodológico de los cuidados dentro del proceso de atención 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

Esta taxonomía está compuesta por dos elementos sustanciales: las intervenciones y las actividades de enfermería

## ***-La Planificación De Cuidados, Faces y Objetivos***

**Faces:** 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

Elaborar 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

Cada formulación de objetivos y resultados esperados debe tener un tiempo para la evaluación

La clasificación de las prioridades son altas, intermedias o bajas, según el escenario donde se encuentre la persona y las condiciones de salud en las que esté

El propósito de registrar los objetivos y los resultados esperados se centra en proporcionar una guía para las intervenciones enfermeras individualizadas y en formular estándares para determinar la

Los objetivos identifican los beneficios que espera ver en la persona (progenitor o el cuidador) después de brindar cuidados enfermeros

## - Intervenciones Interdependientes/ De Colaboración

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

La dimensión dependiente de la 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 de la enfermera, se refiere a aquellos problemas o situaciones cuya prescripción y tratamiento colaboran las enfermeras y otros profesionales de la Salud.

Un diagnóstico de enfermería no es sinónimo de uno médico. Si las funciones de Enfermería tienen tres dimensiones, dependiente, interdependiente o de colaboración e independiente

La responsabilidad de la enfermera es administrar el tratamiento médico prescrito

Las de colaboración o interdependientes son las intervenciones que la enfermera ha identificado requiere la persona de cuidado y donde a través de la toma de decisiones,

## - Intervención De Enfermería

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.

¿Cómo surgen? objetivo era desarrollar una clasificación de las intervenciones de enfermería, necesidad surgida, ya que una vez realizado el diagnóstico, el profesional tenía la obligación de hacer algo al respecto

Características de las Intervenciones. Basada en principios científicos de cuidados enfermeros, fisiopatología, psicología, sociología, etc. Individual y Creativa

La Clasificación de Intervenciones Enfermeras recoge las intervenciones de enfermería en consonancia con el diagnóstico enfermero, adecuadas al resultado que esperamos obtener en el paciente

Razones para 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

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. UNIVERSIDAD DEL SURESTE 92 ♣ Debe considerarse el equivalente de la prescripción médica, por lo cual debe estar firmada

## - Registros De Enfermería

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

Los registros de enfermería: Son testimonio documental sobre actos y conductas profesionales donde queda recogida toda la información sobre la actividad enfermera referente al paciente, su tratamiento y su evolución

1. 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

2.- Calidad de información: La calidad de la información registrada, influye en la efectividad de la práctica profesional

Es el registro que realiza la enfermera en las notas de enfermería, documento legal permanente del paciente y como requisito indispensable en todas las instituciones de salud

Posterior a los cuidados enfermeros y evaluar las respuestas, en el registro se debe considerar lo siguiente:  
Las valoraciones, intervenciones y respuestas.

## .- Criterios De Cumplimentación.

**PRECISIÓN Y EXACTITUD:** ♣ Deben ser precisos, completos y fidedignos. ♣ Los hechos deben anotarse de forma clara y concisa. ♣ Expresar sus observaciones en términos cuantificables.

**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

**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

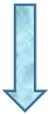
**LEGIBILIDAD Y CLARIDAD:** Deben ser claros y legibles, puesto que las anotaciones serán inútiles para los demás sino pueden descifrarlas

Nunca registrar los procedimientos antes de realizarlos, puesto que estas anotaciones pueden ser inexactas e incompletas

**NORMAS PARA LA CUMPLIMENTACIÓN DE REGISTROS:** Los adjetivos que califiquen conductas o comportamientos del paciente, deben especificar que se refieren a dicha conducta o comportamiento, no descalificando al *paciente*

## - La Evaluación, Resultados y Logro de objetivos

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 interactúa 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



Una vez concluido el intervalo especificado de la implementación de las intervenciones o completadas todas las intervenciones en el plan de cuidados

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



### **Medidas y fuentes de**

**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