



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO
CENTRO UNIVERSITARIO UAEM ZUMPANGO
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA



**Generalidades del Proceso de
Enfermería**

Presenta:

M. S. P. Claudia Rodríguez García

Octubre del 2017



Objetivos del programa educativo

- Formar Licenciados en Enfermería con alto sentido humanístico, ético, vocación de servicio y compromiso social.
- Aplicar con eficiencia y eficacia el proceso de Enfermería en el cuidado en la persona, familia y comunidad, empleando los procedimientos e instrumentos propios de la disciplina, a fin de prevenir las enfermedades y promover la salud en las diferentes etapas de la vida y ámbitos de desempeño profesional de enfermería, dentro del contexto de los códigos éticos, normativos y legales de la profesión



Unidad I. Conceptos Básicos

- Objetivo: Unificar conceptos básicos para que el Alumno cuente con una visión general durante el desarrollo del curso.
 - 1.11 Generalidades de proceso de Enfermería
- 

Proceso de enfermería



Es un método sistemático y organizado para administrar cuidados de Enfermería individuales e integrales.

- Garantiza la respuesta a los problemas de salud reales o potenciales.
- Ofrece atención individualizada continua y de calidad.
- Ayuda a identificar problemas únicos de la persona.



Etapas

Valoración

**Dx. De
Enfermería**

Planeación

Ejecución

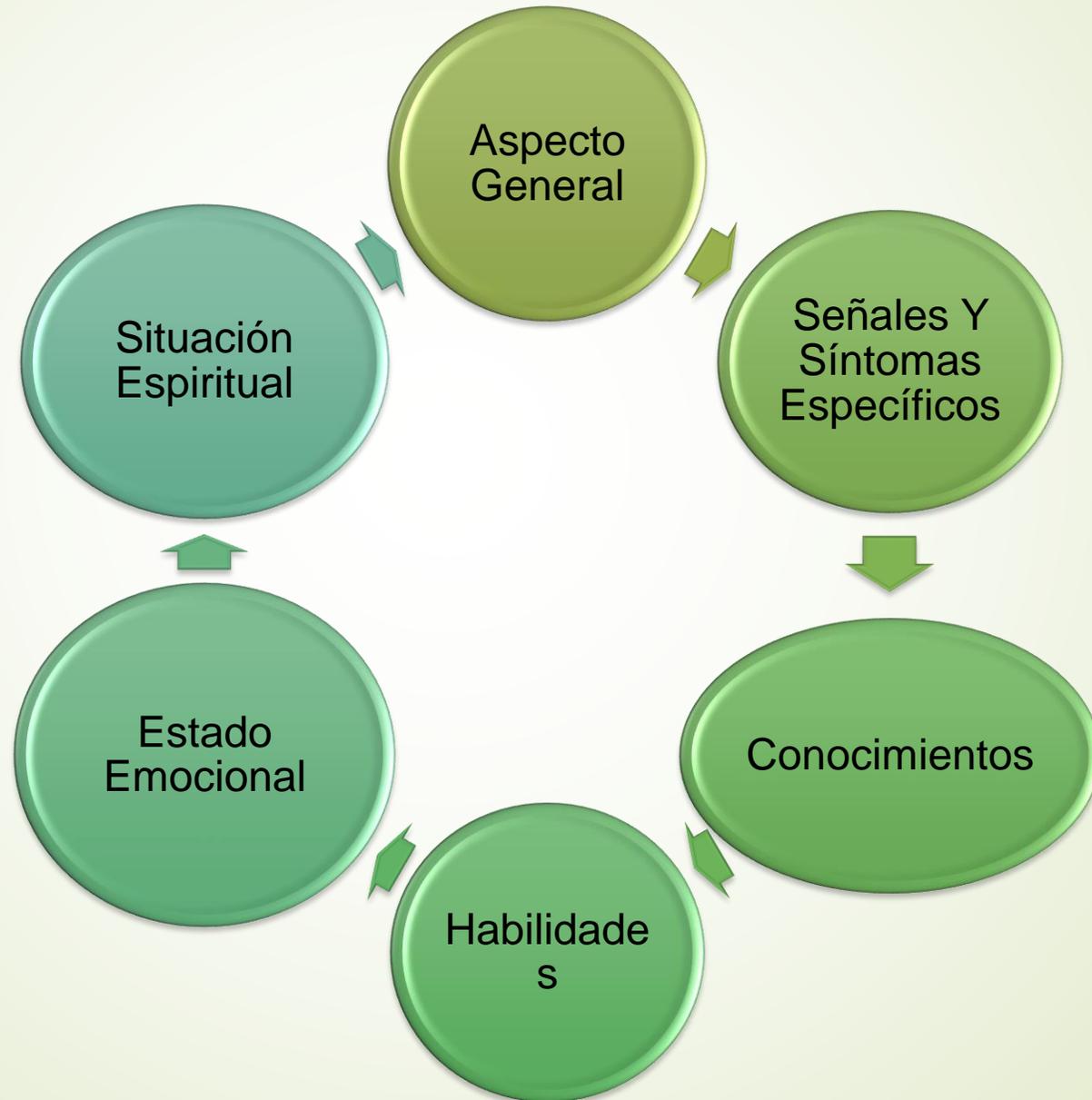
Evaluación

1.-Valoración

Es la primera fase del proceso de enfermería en el cual sus actividades se centran en la obtención de información relacionada con el paciente, familia o la comunidad con el fin de identificar las necesidades, problemas o respuesta humana del cliente.

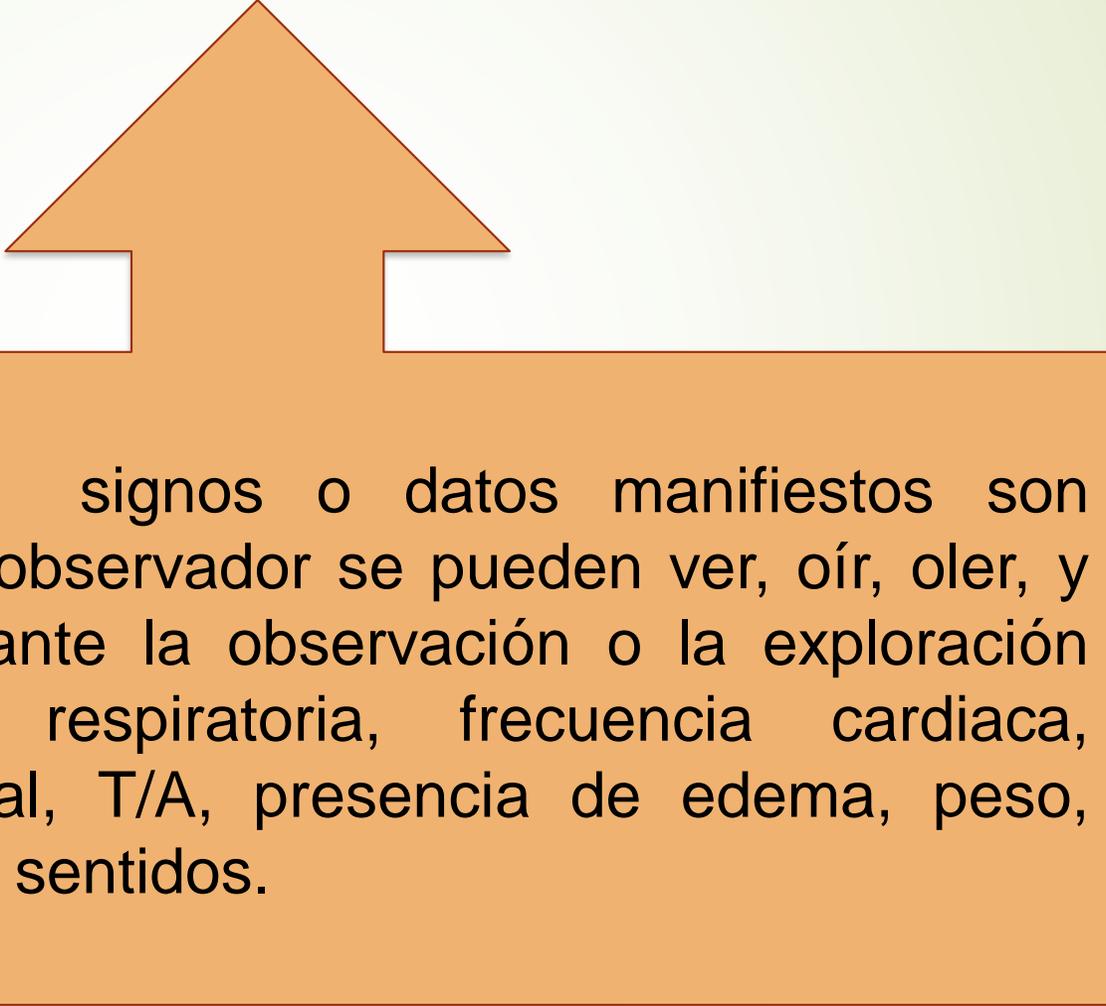


Recolección de datos



Obtención de datos

Objetivos:



También llamados signos o datos manifiestos son detectables por un observador se pueden ver, oír, oler, y se obtienen mediante la observación o la exploración física (frecuencia respiratoria, frecuencia cardiaca, temperatura corporal, T/A, presencia de edema, peso, talla) a través de los sentidos.

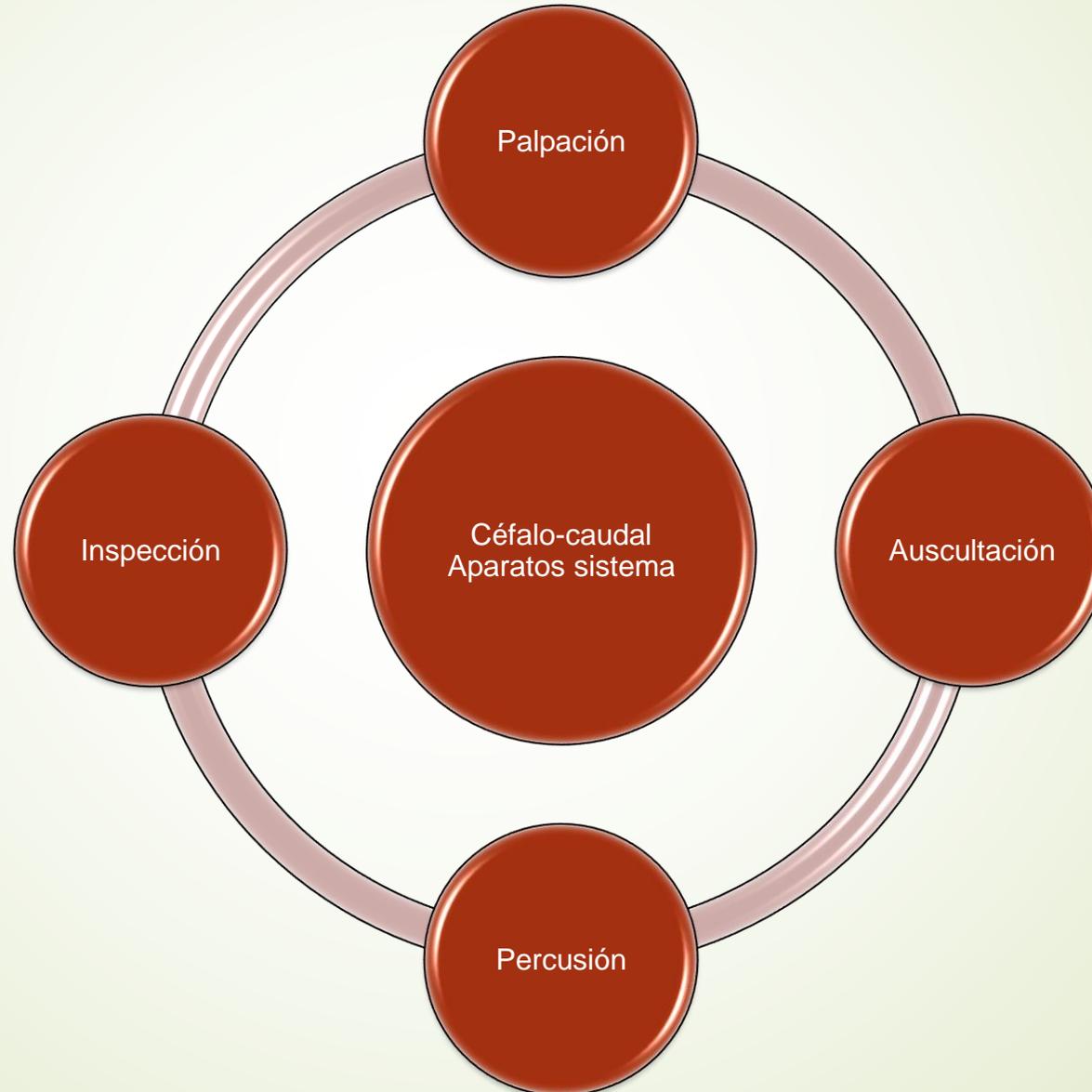
Recogida de datos

Subjetivos:

Son las percepciones sentimientos e ideas sobre si mismo y su estado de salud del cliente (datos que no se pueden medir) ejem. Dolor, debilidad, frustración etc.



Organización de datos



Organización de datos

Conceptualizaciones de Modelos y Teorías (Oram, Henderson)

Necesidades de respuesta humana (Maslow)

Patrones Funcionales de Salud (Gordon)

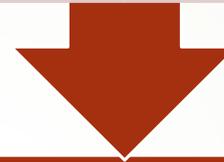
Patrón de respuesta humana (NANDA, Dominio, Clase)

Patrones de Marjory Gordon

Patrón Percepción/Mantenimiento de la salud

Patrón Nutricional Metabólico

Patrón de Eliminación



Patrón Actividad/Ejercicio

Patrón Cognitivo perceptual

Patrón Reposo/Sueño

Patrón Rol/Relaciones



Patrón Auto percepción /Autoconcepto

Patrón Sexualidad/Reproducción

Patrón Afrontamiento/Estrés

Patrón Valores/Creencias

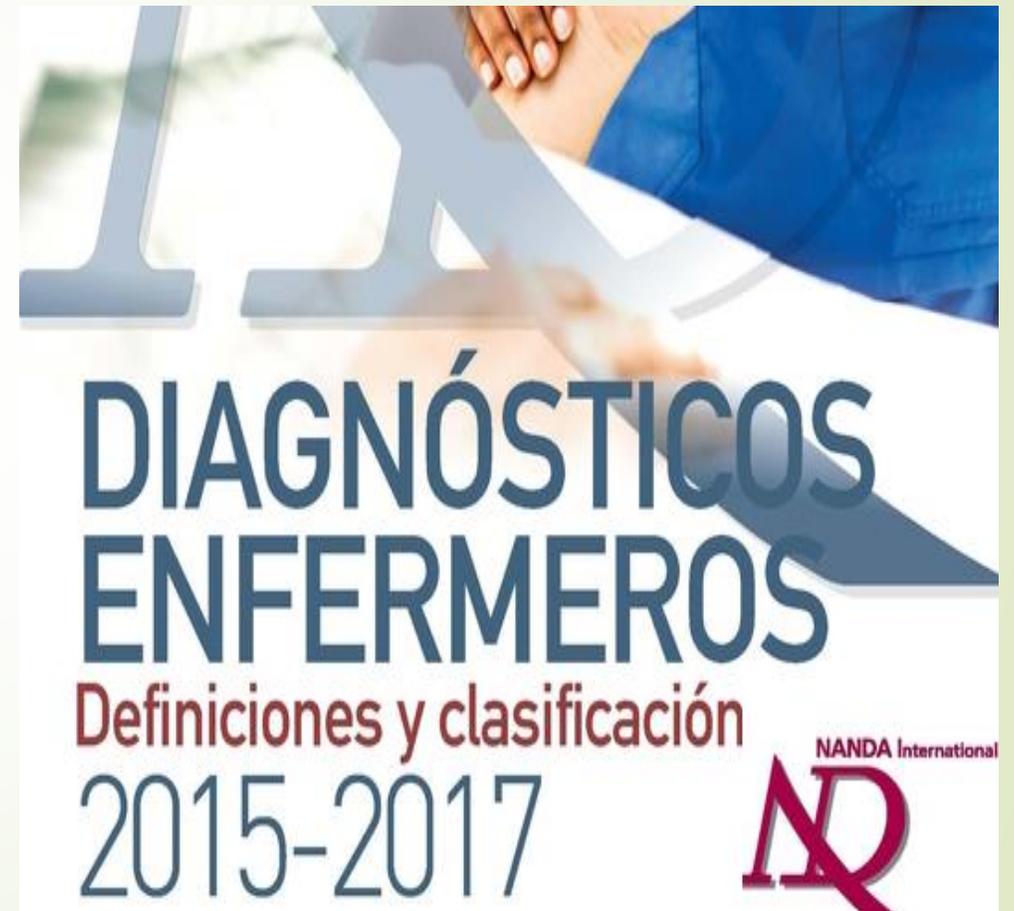
2.-Diagnóstico

Los diagnósticos de enfermería, son enunciados que establecen problemas que pueden prevenirse, resolverse o reducirse mediante la acción independiente de enfermería



2.- Etapa de diagnóstico

Un diagnóstico de enfermería es una declaración estandarizada sobre la salud de una persona, comunidad o familia.



Fases del diagnóstico de Enfermería

Preparación de datos



Formulación de los
diagnósticos



Convalidación



Documentación

Diagnóstico de Enfermería

Es un problema de Salud Real o Potencial, que las Enfermeras en virtud de su Educación y experiencia son capaces y están autorizadas para tratar

Tipos

Dx. Posibles, Reales,
Potenciales O De Riesgo,
bienestar y Síndrome

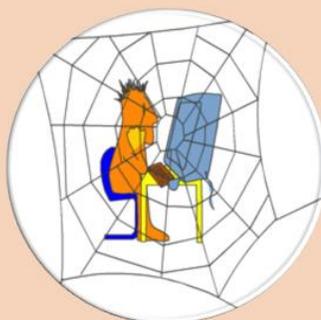
Redacción de los diagnóstico de Enfermería

Formato PES



P

**PROBLEMA
ETIQUETA
DIAGNOSTICA**



E

**ETIOLOGIA
FACTORES
RELACIONADOS**



S

**SIGNOS Y
SINTOMAS
CARACTERISTICAS
DEFINITORIAS**



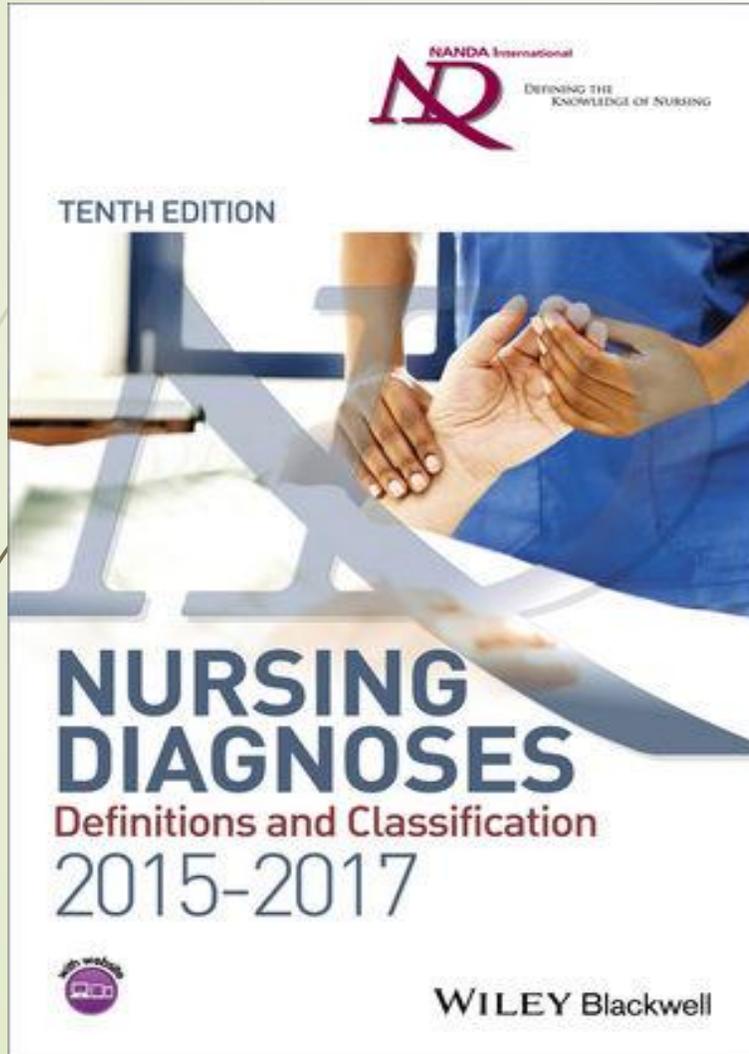
NANDA

- Asociación Norteamericana de diagnósticos de Enfermería

Conferencias

- Cada 2 Años
- Diagnóstico de Enfermería, Describe las situaciones de salud o los Patrones de Interacción alterados en los que la Enfermera puede ayudar al paciente”

TAXONOMIA DE LA NANDA



**TAXONOMIA
II**

**TAXONOMIA
NNN**

DOMINIOS

CLASES

¿Qué es un Diagnóstico de Enfermería?

Es un juicio clínico sobre la respuesta de una persona, familia o comunidad frente a procesos vitales/problemas de salud reales o potenciales. Nos proporcionan la base para la selección de intervenciones enfermeras destinadas a lograr objetivos y resultados esperados de los que la enfermera es responsable.

Dominios

- ❖ Promoción de la salud
- ❖ Nutrición
- ❖ Eliminación
- ❖ Actividad / reposo
- ❖ Percepción / cognición
- ❖ Autopercepción
- ❖ Rol / relaciones
- ❖ Sexualidad
- ❖ Afrontamiento / tolerancia al estrés
- ❖ Principios vitales
- ❖ Seguridad / protección
- ❖ Confort
- ❖ Crecimiento y desarrollo

13

NANDA

13 Dominios, 47 Clases Y 232 Diagnósticos

Dominio:

Es una esfera de actividad, estudio o interés

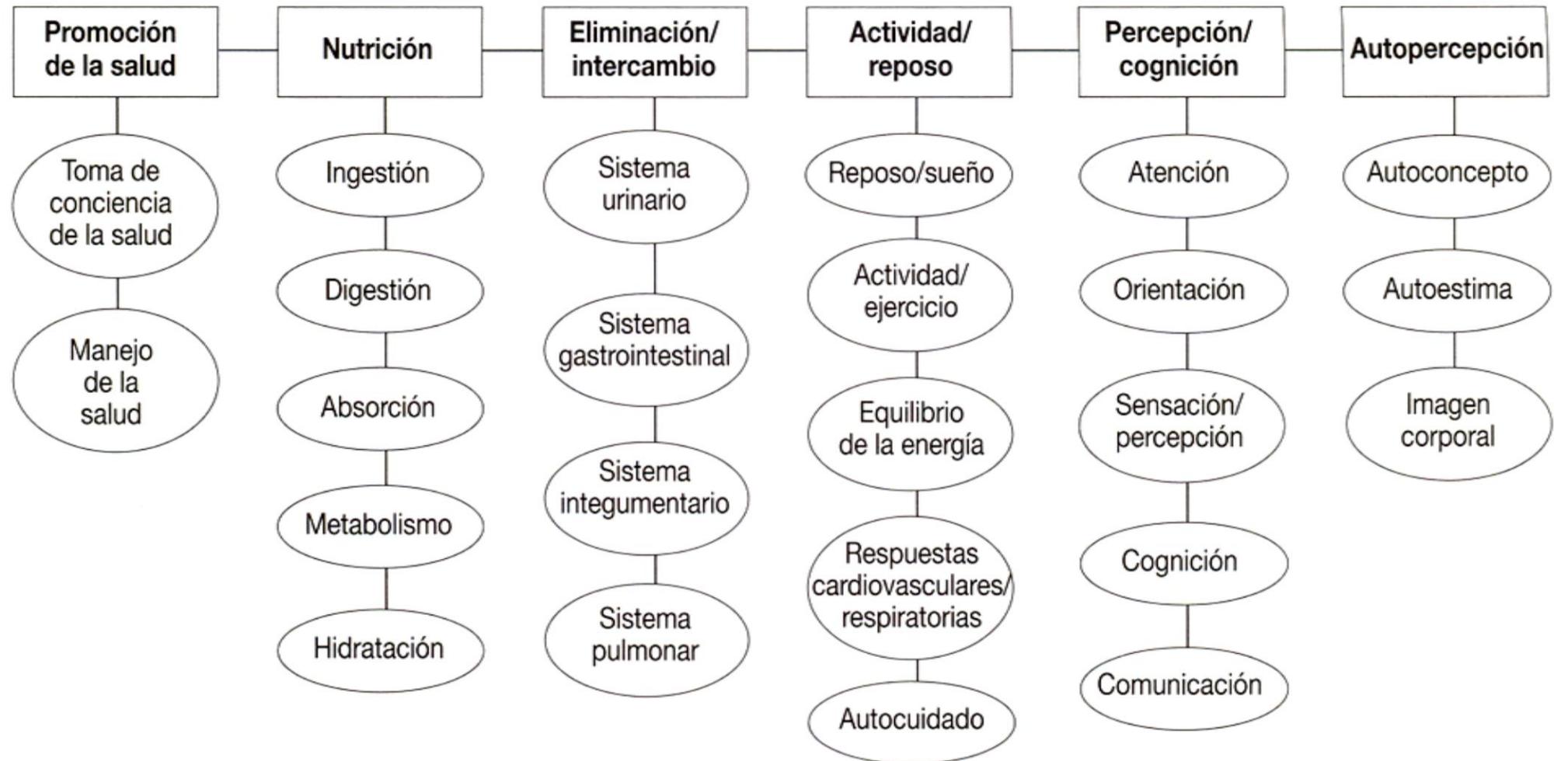
Clase: Es una subdivisión de un grupo mayor; Una división

de las personas o cosas por su calidad , rango o grado

Diagnóstico:

Dominios y Clases NANDA

Figura 2.1 Taxonomía II: dominios y clases



Dominios y Clases NANDA

Figura 2.1 *continuación*



TAXONOMIA II: DOMINIOS, CLASES Y DIAGNOSTICOS

Tabla 3.1 *Taxonomía II: dominios, clases y diagnósticos*

DOMINIO 1 PROMOCIÓN DE LA SALUD

Toma de conciencia del bienestar o normalidad de las funciones y estrategias usadas para mantener el control y fomentar el bienestar o la normalidad de la función.

Clase 1 Toma de conciencia de la salud Reconocimiento del bienestar y funcionamiento normal.

Diagnósticos aprobados
Ninguno hasta el momento.

Clase 2 Gestión de la salud Identificación, control, realización e integración de actividades para mantener la salud y el bienestar.

Diagnósticos aprobados

- 00078 *Gestión ineficaz de la propia salud.*
- 00080 *Gestión ineficaz del régimen terapéutico familiar.*
- 00099 *Mantenimiento ineficaz de la salud.*
- 00098 *Deterioro del mantenimiento del hogar.*
- 00162 *Disposición para mejorar la gestión de la propia salud.*
- 00163 *Disposición para mejorar la nutrición.*
- 00186 *Disposición para mejorar el estado de inmunización.*
- 00193 *Descuido personal.*

DOMINIO 2 NUTRICIÓN

Actividades de ingerir, asimilar y usar los nutrientes a fin de mantener y reparar los tejidos y producir energía.

Clase 1 Ingestión Introducir alimentos o nutrientes en el cuerpo.

Diagnósticos aprobados

- 00107 *Patrón de alimentación ineficaz del lactante.*
- 00103 *Deterioro de la deglución.*
- 00002 *Desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades.*
- 00001 *Desequilibrio nutricional: ingesta superior a las necesidades.*
- 00003 *Riesgo de desequilibrio nutricional: ingesta superior a las necesidades.*

Clase 2 Digestión Actividades físicas y químicas que convierten los alimentos en sustancias apropiadas para su absorción y asimilación.

Diagnósticos aprobados
Ninguno hasta el momento.

Clase 3 Absorción Acto de captar los nutrientes a través de los tejidos corporales.

Diagnósticos aprobados
Ninguno hasta el momento.

Elementos Diagnósticos

Real

EXCESO DE VOLUMEN DE LÍQUIDOS

(1982, 1996)

Código 00026

Definición *Aumento de la retención de líquidos isotónicos.*

Características definitorias

- Sonidos respiratorios anormales (estertores, crepitantes).
- Desequilibrio electrolítico.
- Anasarca.
- Ansiedad.
- Azoemia.
- Cambios de la presión arterial.
- Cambio en el estado mental.
- Cambios en el patrón respiratorio.
- Disminución del hematocrito.
- Disminución de la hemoglobina.
- Disnea o falta de aliento.
- Edema.
- Aumento de la presión venosa central.
- Aportes superiores a las pérdidas.
- Distensión venosa yugular.
- Oliguria.
- Ortopnea.
- Derrame pleural.
- Reflejo hepatoyugular positivo.
- Cambios de la presión de la arteria pulmonar.
- Congestión pulmonar.
- Agitación.
- Cambios de la gravedad específica de la orina.
- Ruido cardíaco S3.
- Aumento de peso en un corto período de tiempo.

Factores relacionados

Compromiso de los mecanismos reguladores.

Exceso de aporte de líquidos.
Exceso de aporte de sodio.

ETIQUETA
DX



Factores
relacionados



Características.
definitorias

Elementos Diagnósticos

Potencial O De Riesgo

RIESGO DE INFECCIÓN

(1986)

Código 0000

Definición *Aumento del riesgo de ser invadido por microorganismos patógenos.*

Factores de riesgo

- | | |
|--|---|
| Enfermedades crónicas. | Aumento de la exposición ambiental a agentes patógenos. |
| Inmunidad adquirida inadecuada. | Inmunosupresión. |
| Alteración de las defensas primarias (rotura de la piel, traumatismo de los tejidos, disminución de la acción ciliar, estasis de los líquidos corporales, cambio del pH de las secreciones, alteración del peristaltismo). | Procedimientos invasivos. |
| Alteración de las defensas secundarias (disminución de la hemoglobina, leucopenia, supresión de la respuesta inflamatoria). | Insuficiencia de conocimientos para evitar la exposición a los agentes patógenos. |
| | Desnutrición. |
| | Agentes farmacológicos (p. ej., inmunosupresores). |
| | Rotura de las membranas amnióticas. |
| | Traumatismo. |
| | Destrucción tisular. |

Características
Definitoras

¿?

3.- Planeación

Establecer los
Objetivos de la
persona y
criterios para
Evaluar los
Resultados

Idear las
Intervenciones
de Enfermería
necesarias
para prevenir,
reducir o
eliminar los
problemas De
salud

Etapas
Establecer
Prioridades,
Metas,
Intervenciones
de Enfermería,
fundamentación
Científica,
criterios de
Evaluación



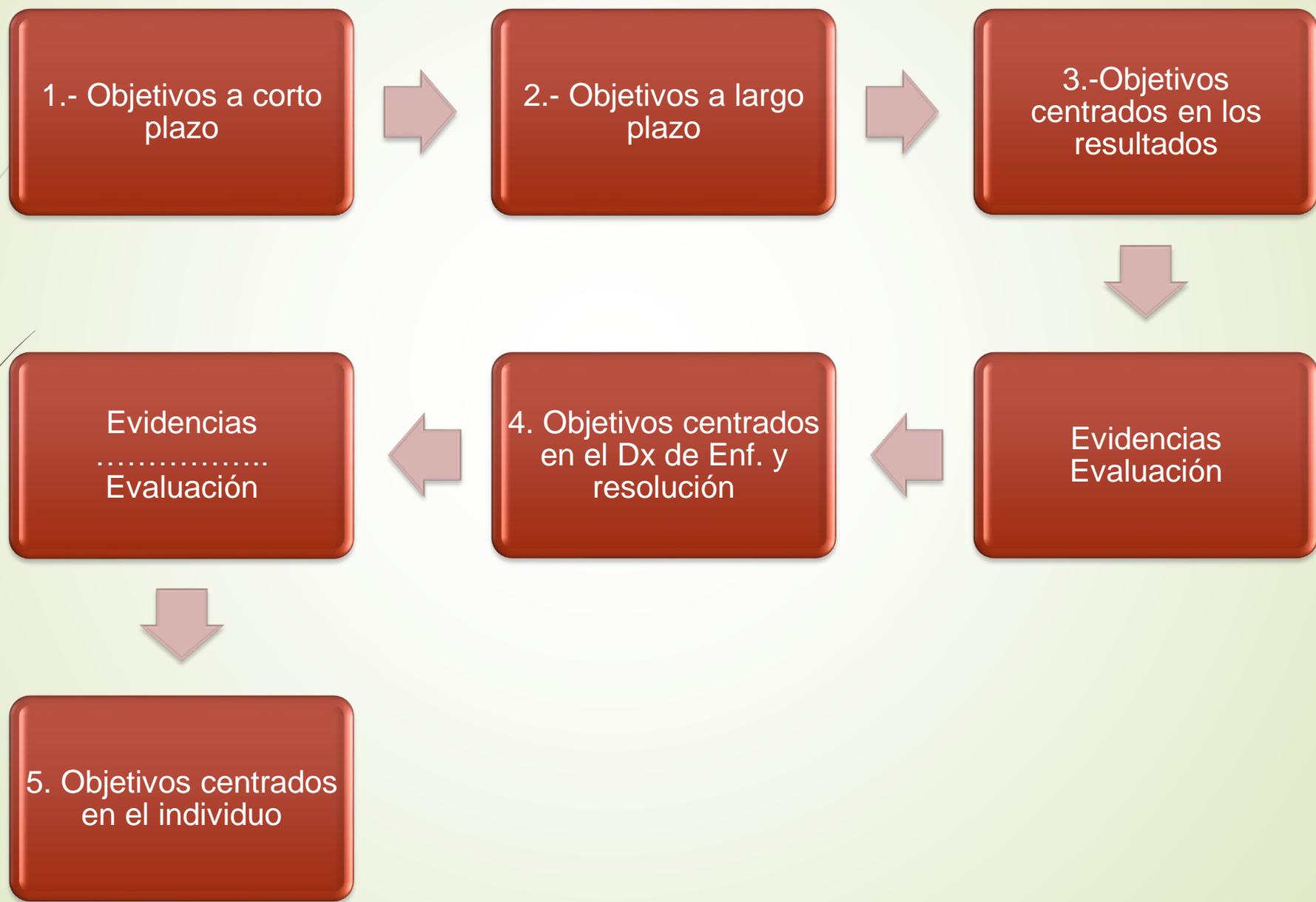
Etapa de la planeación

Consiste en la determinación del curso concreto de acción que habrá de fijarse el profesional de enfermería.

Realiza el diseño u organización de elementos para alcanzar un objetivo.

Proceso deliberado y sistemático fundamental para proporcionar cuidados de enfermería de calidad.

Establecimiento de objetivos



Tipos de intervenciones de Enfermería



Intervenciones dependientes: Ejecución de las órdenes médicas

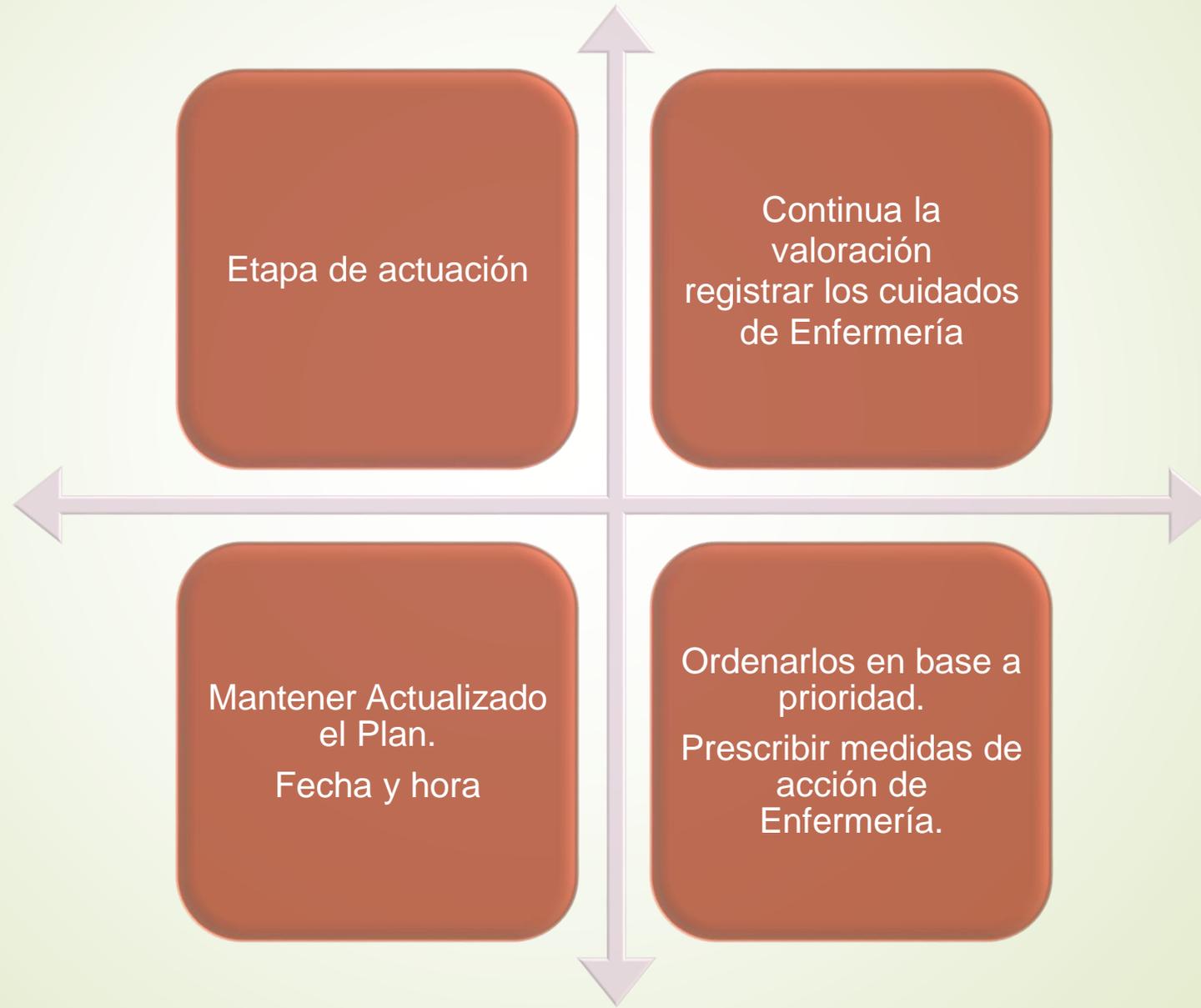


Intervenciones interdependientes: Las actividades llevadas a cabo por enfermería con otros miembros del equipo de salud



Intervenciones independientes: Actividades que puede realizar enfermería sin necesidad de una orden médica se define como: Diagnóstico de Enfermería.

4.- Ejecución



Sistema de Enfermería

Enfermería de equipo

Profesional

No profesional

2. Enfermería por función

Profesional

Profesional

3. Cuidado integral

5.- EVALUACIÓN

Valorar el grado en el que se han alcanzado los objetivos

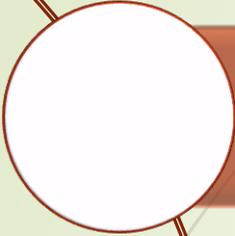
Comparación de lo planeado y Sistematizado entre estado de la persona y los resultados Específicos

A la persona de cuidado
A la Enfermera
Al Proceso mismo

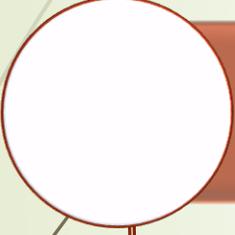
Etapa de evaluación



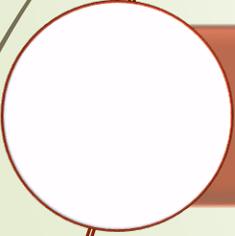
Etapas de evaluación



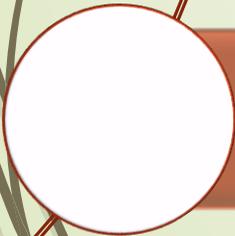
Recogida de datos mismos métodos e instrumentos utilizados en la valoración



Comparación de los datos con los resultados



Emisión de un juicio sobre el progreso del cliente hacia el logro de los resultados



Modificación del plan de cuidados

Bibliografía

- ▶ Diagnósticos enfermeros: Definiciones y clasificación 2003-2004. NANDA International. ISBN 0-9637042-9-X
- ▶ Diagnósticos enfermeros: Definiciones y clasificación 2012-2014. NANDA International. ISBN 978-0-4706-5482-8
- ▶ Rosalinda Alfaro-LeFevre. Aplicación del Proceso enfermero, 4th ed. : Springer-Verlag Ibérica
- ▶ Secretaría de Salud. Comisión Interinstitucional de Enfermería. Evaluación de la calidad de los servicios de enfermería, 2002.
- ▶ Comisión Nacional de Arbitraje Médico. Cuaderno de Divulgación, núm. 1. Preguntas y respuestas sobre la CONAMED. (México); 1998: 5-31.
- ▶ Peña K, Rodríguez J. La enfermería ante el enfoque del caos y la complejidad. Cultura de cuidados. 2003; 14:79-82.
- ▶ Rodríguez Sánchez, Bertha Alucia (2006). Proceso Enfermero - Aplicación Actual. México: Ediciones Cuéllar. p. 89