



Alumno:

Gerardo Alonso Herrera Diaz

Profesor:

Lic. Rosario Sánchez Cruz

Nombre del trabajo:

ENSAYO PROCESO DE ENFERMERÍA

Materia: Fundamento de Enfermería

Grado: 1er Cuatrimestre

Grupo: A

Comitán de Domínguez, Chiapas a 25 de septiembre de 2020.

Mi Universidad

INDICE

Introducción.....	3
Historia.....	4
Proceso de enfermería.....	4
Importancia.....	5
Características.....	6
Etapas del Proceso de Atención de Enfermería.....	7
Primera etapa: valoración.....	7
Segunda etapa: diagnóstico de enfermería.....	8
Tercera etapa: planeación.....	9
Cuarta etapa: ejecución.....	10
Quinta etapa: evaluación.....	11
El proceso de enfermería: un instrumento de cuidado.....	13
Conclusión.....	14
Referencias Bibliográficas.....	15

Introducción

El presente ensayo hace una recopilación de la importancia, ventajas, características y etapas del Proceso Enfermería que es una herramienta que permite al profesional de enfermería garantizar y asegurar la calidad de los cuidados al individuo, la familia y la comunidad.

La importancia del proceso de enfermería, radica en que la enfermería necesita un lugar para registrar sus acciones de tal forma que puedan ser discutidas, analizadas y evaluadas.

Mediante el proceso de enfermería se utiliza un modelo centrado en el usuario que aumenta nuestro grado de satisfacción, nos permite una mayor autonomía, continuidad en los objetivos, la evolución la realiza enfermería, si hay registro es posible el apoyo legal, la información es continua y completa, se deja constancia de todo lo que se hace y nos permite el intercambio y contraste de información que nos lleva a la investigación. Además, existe un plan escrito de atención individualizada, disminuyen los errores y acciones reiteradas y se considera al usuario como colaborador activo. Así enfermería puede crear una base con los datos de la salud, identificar los problemas actuales o potenciales, establecer prioridades en las actuaciones, definir las responsabilidades específicas y hacer una planificación y organización de los cuidados.

El proceso de enfermería puede posibilitar innovaciones dentro de los cuidados además de la consideración de alternativas en las acciones a seguir. Proporciona un método para la información de cuidados, desarrolla una autonomía para la enfermería y fomenta la consideración como profesional.

Historia

El Proceso de Atención de Enfermería tiene sus orígenes cuando, por primera vez, fue considerado como un proceso, esto ocurrió con Hall (1955), Jhonson (1959), Orlando (1961) y Wiedenbach (1963), considerando un proceso de tres etapas (valoración, planeación y ejecución); Yura y Walsh (1967), establecieron cuatro etapas (valoración, planificación, realización y evaluación) y Bloch (1974), Roy (1975), Aspinall (1976) y algunos autores más, establecieron las cinco actuales al añadir la etapa diagnóstica.

Con la aparición del proceso de enfermería en los años sesenta, las enfermeras comenzaron a tener un lenguaje común que facilitó compartir aspectos de la práctica; cuando las enfermeras comenzaron a compartir las experiencias de dar cuidado, el enfoque procedimental cambió hacia el de práctica basada en el conocimiento científico.

El Proceso de Atención de Enfermería es un método que ayuda a los profesionales a emplear sus conocimientos, solucionar problemas, desarrollar su creatividad y tener presente el aspecto humano de su profesión. Este método tiene como objetivo proporcionar cuidados de enfermería individualizados, y permitir la interacción con el sujeto de cuidado en forma holística, es decir, en sus dimensiones biológica, psicológica, socio cultural y espiritual.

Proceso de enfermería

El Proceso de Enfermería se define como “el sistema de la práctica de Enfermería, en el sentido de que proporciona el mecanismo por el que el profesional de Enfermería utiliza sus opiniones, conocimientos y habilidades para diagnosticar y tratar la respuesta del cliente a los problemas reales o potenciales de la salud” , es por esto que el Proceso de Enfermería se convierte en uno de los mas importantes sustentos metodológicos de la disciplina profesional de Enfermería, fundamentado en el método científico, ya que a partir del contexto, datos y experiencias se valora una situación de salud, se plantea una problemática que se diagnóstica, se realiza una revisión del tema basado en la evidencia científica (que hace las

veces de marco teórico), se formula una meta que se asemeja a la hipótesis, se realiza una planeación (marco de diseño) y ejecución de acciones y toma de decisiones, se analizan y evalúan los resultados y finalmente se registran.

Importancia

- Como instrumento en la práctica del profesional, puede asegurar la calidad de los cuidados al individuo, familia o comunidad. Además, proporciona la base para el control operativo y el medio para sistematizar y hacer investigación en enfermería.
- Asegura la atención individualizada, ofrece ventajas para el profesional que presta la atención y para quien la recibe y permite evaluar el impacto de la intervención de enfermería
- El proceso de enfermería proporciona un método lógico y racional para que el profesional de enfermería organice la información de tal manera que la atención sea adecuada, eficiente y eficaz.
- Por otra parte, al profesional de enfermería le facilita la comunicación; concede flexibilidad en el cuidado; le genera respuestas individuales y satisfacción en su trabajo; le permite conocer objetivos importantes para el sujeto de atención; mejora la calidad de la atención; propicia el crecimiento profesional y proporciona información para la investigación.
- Al sujeto de atención permite participar en su propio cuidado; garantiza la respuesta a sus problemas reales y potenciales, y ofrece atención individualizada continua y de calidad, de acuerdo con la priorización de sus problemas.

Características

- Tiene una finalidad: se dirige a un objetivo
- Es sistemático: implica partir de un planteamiento organizado para alcanzar un objetivo.
- Es dinámico: responde a un cambio continuo de la respuesta del paciente.
- Es interactivo: basado en las relaciones recíprocas que se establecen entre el profesional de enfermería y el paciente, su familia y los demás profesionales de la salud. Este componente garantiza la individualidad de los cuidados del paciente.
- Es flexible: se puede adaptar al ejercicio de la enfermería en cualquier lugar o área especializada que trate con individuos, grupos o comunidades. Sus fases pueden utilizarse sucesiva o conjuntamente.
- Tiene una base teórica: el proceso ha sido concebido a partir de numerosos conocimientos que incluyen aportes de las ciencias biológicas, sociales y humanas, por lo cual es aplicable con cualquier modelo teórico de enfermería. Se recomienda la utilización de una perspectiva teórica al implementar el método enfermero, ya que la teoría guía y orienta la práctica profesional de enfermería.

El proceso se organiza en cinco etapas cíclicas interrelacionadas y progresivas:

1. Valoración
2. Diagnóstico de enfermería
3. Planeación
4. Ejecución intervención
5. Evaluación.

Etapas del Proceso de Atención de Enfermería

Primera etapa: valoración

La primera etapa es la recolección de datos en forma organizada y sistemática, lo cual es necesario para realizar el diagnóstico de enfermería. Esta fase ayuda a identificar los factores y las situaciones que guían la determinación de problemas presentes, potenciales o posibles, reflejando el estado de salud del individuo.

Para su realización se deberá considerar lo siguiente:

1. Recolectar la información de fuentes variadas (individuo, familia, personal del equipo de salud, registros clínicos, anamnesis, examen físico y laboratorio y otras pruebas diagnósticas). Para recolectar la información se utilizan métodos como la interacción personal, la observación y la medición.
2. Realizar y registrar la valoración de acuerdo con el modelo conceptual adoptado.
3. Realizar la valoración del estado de salud del paciente de forma sistemática, registrando los datos objetivos y subjetivos, y empleando técnicas de valoración directa e indirecta.
4. Analizar los datos obtenidos.

Los tipos de datos:

- Datos subjetivos: son las percepciones de los clientes sobre sus problemas de salud, estos datos no se pueden medir ya que son propios del paciente. Solamente el afectado los describe y verifica (sentimientos).
- Datos objetivos: son observaciones o mediciones realizadas por quien obtiene los datos, se pueden medir por cualquier escala o instrumento (cifras de la tensión arterial).
- Datos histórico -antecedentes: aquellos hechos que se han ocasionado con anterioridad y comprenden hospitalizaciones previas, enfermedades crónicas o patrones y pautas de comportamiento, ayudan a referenciar los hechos en el tiempo.
- Datos actuales: son datos sobre el problema de salud actual; se refiere a situaciones que presenta la persona, familia o comunidad en el momento de la valoración. (8)Es importante que durante la valoración la enfermera siga un orden, de forma que en la práctica, la

- enfermera adquiera un hábito que se traduzca en no olvidar ningún dato, obteniendo la máxima información en el tiempo disponible para la valoración de enfermería.

Segunda etapa: diagnóstico de enfermería

La segunda fase del proceso de enfermería es el diagnóstico. En la Novena Conferencia de la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) fue aprobada la siguiente definición: un diagnóstico de enfermería es un juicio clínico sobre las respuestas del individuo, familia o comunidad a problemas de salud/procesos vitales reales o potenciales. El diagnóstico de enfermería proporciona la base para la selección de actuaciones de enfermería.

Los diagnósticos se clasifican de acuerdo con sus características; se definen cinco tipos de diagnósticos en enfermería, que son: reales, de alto riesgo (designados hasta 1992 como potenciales), de bienestar, posibles y de síndrome.

- **Diagnóstico Real:** describe la respuesta actual de una persona, familia o comunidad ante una situación de salud o a un proceso vital. Su identificación se apoya en la existencia de características definitorias (datos objetivos y subjetivos) que indican su presencia en el momento de la valoración.
- **Diagnóstico de Alto Riesgo:** describe respuestas humanas a situaciones de salud/procesos vitales que pueden desarrollarse en un futuro próximo en una persona, familia o comunidad vulnerables. Su identificación se apoya en la presencia de los factores de riesgo que contribuyen a aumentar la vulnerabilidad.
- **De salud o de bienestar:** es un diagnóstico real que se formula cuando la persona, familia o comunidad goza ya de un nivel aceptable de salud o de bienestar, pero puede y quiere alcanzar un nivel mayor. Son enunciados de una parte, conteniendo sólo la denominación y no contienen factores relacionados.
- **Posible:** diversos autores identifican, además de los diagnósticos reales, de alto riesgo y de salud, un cuarto tipo, “diagnóstico posible” y que definen como aquellas situaciones en las que la enfermera sospecha que puede haber un problema pero no está segura de su existencia. Es decir, cuando durante la valoración detecta claves que podrían indicar su presencia, pero faltan datos que permitan afirmarla o negarla con certeza.

Para elaborar un diagnóstico de enfermería se deben tener en cuenta las siguientes directrices:

- Unir la primera parte con la segunda utilizando “relacionado con”
- Escribir el diagnóstico como res-puesta o problema del sujeto de atención.
- Escribir el Diagnóstico sin emitir juicios de valor, supuestos o deducciones, sino basarse en datos objetivos y subjetivos que se hayan recogido y validado con el usuario.
- Evitar invertir el orden de las partes del Diagnóstico, puede llevar a un enunciado confuso.
- No mencionar signos y síntomas en la primera parte del Diagnóstico.
- No indique el Diagnóstico de Enfermería como si fuera un Diagnóstico médico.
- No indique dos problemas al mismo tiempo, dificulta la formulación de los objetivos.

Tercera etapa: planeación

Esta tercera etapa del proceso de atención de enfermería contempla el desarrollo de estrategias determinadas para prevenir, minimizar o corregir los problemas identificados en el diagnóstico, lo cual lleva a la toma de decisiones y la resolución de problemas.

En la planeación intervienen el profesional de enfermería, el paciente, las personas de apoyo y otros cuidadores.

La planeación incluye las siguientes etapas:1. Establecimiento de prioridades entre los diagnósticos de enfermería cuando un paciente tiene varios problemas.

2. Determinación de objetivos o metas esperadas. Es el resultado que se espera de la atención de enfermería; lo que se desea lograr con el paciente. Las metas se derivan de la primera parte del diagnóstico de enfermería o problema.

3. Selección de las intervenciones y actividades de enfermería. Son las acciones que el profesional de enfermería planea para alcanzar los objetivos y lograr las metas del cuidado.

Se enfocan en la parte etiológica del problema o segunda parte del diagnóstico de enfermería. Por tanto, van dirigidas a eliminar los factores que contribuyen al problema. Las

intervenciones de enfermería reciben nombres diversos, acciones, estrategias, planes de tratamiento y órdenes de enfermería.

Para la realización se deberá considerar lo siguiente:

1. Adaptar o diseñar un plan de cuidados basados en conocimientos actualizados de las ciencias enfermeras, biológicas, sociales, físicas y compartimentales.
2. Por cada diagnóstico enfermero identificado establecer objetivos pactados con el paciente definido de forma realista y mensurable, congruente con el resto de tratamientos planificados que especifiquen el tiempo de consecución y dirigidos a maximizar la autonomía del paciente.
3. Prescribir y priorizar las intervenciones dirigidas a conseguir los objetivos pactados o establecidos ya favorecer la participación del paciente.
4. Prescribir y priorizar estas intervenciones con base en la aplicación de los resultados de la valoración y de los conocimientos científicos vigentes.
5. Prescribir las intervenciones con base en el servicio enfermero que se requiera.
6. Revisar y actualizar el plan de cuidados para adaptarlo a la evolución del estado de salud del paciente.
7. Determinar las áreas de colaboración con otros profesionales.

Cuarta etapa: ejecución

En el proceso de enfermería, la ejecución es la etapa en la cual el profesional de enfermería ejecuta las intervenciones, para lograr los resultados definidos en la fase de planeación.

Durante el desarrollo de esta fase se requiere:

1. **Validar:** es necesario buscar fuentes apropiadas para validar el plan con colegas expertos, otros miembros del equipo de salud y el paciente. Por lo tanto, las intervenciones deben estar orientadas a la solución del problema del paciente, apoyado en conocimientos científicos y cumplir con la priorización de los diagnósticos.

2. **Documentar el plan de atención:** para comunicarlo con el personal de los diferentes turnos, deberá estar por escrito y al alcance.
3. **Continuar con la recolección de datos:** a lo largo de la ejecución enfermería continúa la recolección de información, ésta puede utilizarse como prueba para la evaluación del objetivo alcanzado y para establecer cambios en la atención.

Para la ejecución del proceso, el profesional de enfermería deberá mantener al día sus conocimientos y habilidades (cognitivas, interpersonales y técnicas), para llevar a cabo las intervenciones prescritas en el plan de intervenciones con seguridad y efectividad; se obligará a realizar las intervenciones respetando la dignidad y prioridades del paciente, facilitando su participación en el plan de cuidados y llevará a cabo las intervenciones prescritas en el plan, manteniendo una actitud terapéutica.

Quinta etapa: evaluación

La evaluación es una acción continua y formal que está presente a lo largo de todo el proceso de atención de enfermería, es parte integral de cada una de las etapas y está presente en todas ellas.

Es un aspecto importante en todo el proceso de atención de enfermería, ya que las conclusiones extraídas de la misma determinan si es preciso suspender, continuar o modificar las intervenciones de enfermería.

El resultado de la evaluación pondrá en evidencia la calidad de los cuidados prestados y, por tanto, no se puede hablar de evaluación sin hablar de calidad de cuidados.

La evaluación consta de tres partes:

1. **La evaluación del logro de objetivos.** Es un juicio sobre la capacidad del paciente para desarrollar el comportamiento especificado en el objetivo. Su propósito es decir si el objetivo se logró, lo cual puede ocurrir de forma total, parcial o nula.
2. **Revaloración del plan.** Es el proceso que puede llevar al profesional de enfermería a suprimir aquellos diagnósticos que han quedado resueltos, enunciar nuevos diagnósticos; priorizar, establecer nuevos objetivos y programar intervenciones, modificar el tiempo establecido en los objetivos de resultados y mantener la ejecución de las actividades.
3. **La satisfacción del paciente atendido.** Es importante conocer su apreciación y discutir con el paciente acerca de sus cuidados. Aunque la evaluación se ubica en la fase final del proceso enfermero, real-mente es una parte integral de cada fase y algo que la enfermera realiza continuamente. Cuando la evaluación se realiza como última fase, la enfermera hace referencia a los resultados del usuario y determina si se consiguieron. Si los resultados no se consiguieron, la enfermera empieza de nuevo la valoración y determina la razón por la cual no se consiguieron.

Para desarrollar el método científico el personal de enfermería debe tener en cuenta como parte fundamental la interacción con el paciente, familia y comunidad, debe tener calidad humana, visión holística del paciente y elevado contenido afectivo para el paciente, por lo que requiere tener un espíritu humanista, gran apertura a las necesidades del paciente, disposición para trabajar en equipo, así como transmitir experiencias y conocimientos tanto al paciente como a la familia y al equipo de salud.

El proceso de enfermería: un instrumento de cuidado

El proceso de enfermería es una herramienta necesaria que se sustenta en el método científico y se apoya en las teorías de la ciencia de enfermería, mediante el cual se brindan los cuidados de enfermería en la práctica de la disciplina profesional, siendo idóneo por sus características de dinamismo, secuencialidad, medición, facilidad de aplicación y juicio crítico.

Igualmente, es claro para la docencia que el proceso de enfermería es una herramienta que permite enseñar el cuidado de Enfermería en las prácticas con los estudiantes tanto comunitarias como asistenciales, y que éste proceso ha sido aceptado y aprobado por la academia de Enfermería a nivel mundial, por los efectos positivos que produce el hecho de que se hable en el mismo lenguaje de Enfermería en la mayoría de los países.

Por estas razones, se podría decir que el Proceso de Enfermería es un instrumento válido, ya que es producto de la ciencia, la academia y la investigación, que se caracteriza por ser sistemático, metódico, dinámico, medible y oportuno; y porque a través de la implementación y evaluación de sus resultados tanto en el campo asistencial como comunitario y con la investigación, se aporta a revisar, priorizar y fortalecer la práctica del cuidado y el estatus del profesional de Enfermería.

Conclusión

Todo lo anterior, permite concluir que es de vital importancia que se fortalezca desde las escuelas el Proceso de Enfermería como instrumento fundamental para brindar cuidado de enfermería, comenzando con los docentes que se encargan de supervisar las prácticas de los estudiantes, afianzando previamente sus conocimientos sobre la aplicación de éste de forma conjunta, para hacer fácil la transición de la parte teórica del proceso a la práctica propiamente dicha, entendiéndolo como un instrumento necesario para el uso diario, que permite el registro por turnos de la labor de Enfermería.

El proceso de atención de enfermería es un método científico para brindar cuidado de enfermería a personas sanas o enfermas, acorde con sus necesidades o problemas, además es una herramienta que permite garantizar la calidad del cuidado, definir el ejercicio profesional y prestar cuidados de una forma racional, lógica y sistemática.

A la par, es un desafío para las próximas generaciones de enfermeras (os) el acrecentar el trabajo que se ha venido haciendo desde años con el Proceso de Enfermería, con el propósito de beneficiar a las personas con la calidad y oportunidad del cuidado y además fortalecer la enfermería basada en la evidencia, utilizando instrumentos propios como el proceso, contribuyendo indirectamente a través de los resultados y continuidad de su aplicación, a mejorar la calidad de vida y trabajo del profesional de Enfermería.

Finalmente, el Proceso de Enfermería evidencia un instrumento requerido para la práctica profesional que sumado a la solidez teórica y científica de la disciplina profesional de Enfermería dado por los modelos y teorías de Enfermería, y con el apoyo y retroalimentación permanente de la investigación permitirá lograr una integración de la teoría y la práctica, y a su vez un mayor empoderamiento de la profesión a nivel laboral y social e igualmente proporcionar oportunidades de crecimiento personal y profesional con el aprendizaje continuo, estandarizado y actualizado de la evolución y desarrollo de la profesión.

Referencias Bibliográficas

1. P. Iyer, B. Taptich, y D. Bernocchi. Proceso de enfermería y diagnósticos de enfermería. 3ra edición. Mc Graw -Hill. 1997.
2. M. Gordon. Manual de Diagnósticos Enfermeros. 10 edición. Elsevier Mosby.p.10 [online].Disponible en <http://books.google.com.co/books>
3. Roldan A. Proceso de atención de enferme-ría. Revista Investigación y Educación en En-fermería 1999;17(2).
4. Iyer P TB. Proceso de enfermería y diagnósti-co de enfermería. México: Ed. Interamericana McGraw-Hill; 1993.
5. T. Jiménez de Esquenazi, y E. Gutiérrez De Reales. El proceso de Enfermería. Una metodología para la práctica. Facultad de Enfermería.. Universidad Nacional de Colombia. Orion editores Ltda. Bogotá. 1997. p.17.