



**Nombre de alumnos: Jairo Miguel Torres Ramon**

**Nombre del profesor: Javier Gómez Galera**

**Nombre del trabajo: Proceso de enfermería**

**Materia: Fundamento de enfermería I**

**Grado: I°**

**Grupo: "A"**

Comitán de Domínguez, Chiapas a \_\_ de septiembre de 2021.

# Proceso de enfermería

El proceso de enfermería es un método racional y sistemática de planificación y dispensación de cuidados de salud individualizados.

Primera etapa

Segunda etapa

## Valoración de enfermería

## Diagnóstico de enfermería

La valoración de enfermería se centra en la respuesta del paciente a un problema de salud.

Es la segunda fase del proceso de enfermería. Esta fase los profesionales de enfermería usan las habilidades del pensamiento crítico para interpretar los datos de la valoración e identificar las fortalezas y problemas del paciente.

- Recogida de los datos**
- Organización de los datos**
- Validación de los datos**
- Registro de los datos**

### Estados de los diagnósticos de enfermería

### Componentes de diagnósticos de enfermería de la NANDA

### Proceso diagnóstico

### Análisis de los datos

### Identificación de los problemas de salud, riesgo y fortaleza

**Recogida de los datos:** Es el proceso de registro de adquisición de la información sobre el estado de salud del paciente. Los datos del paciente deben incluir los antecedentes, así como los problemas actuales.

**Organización de los datos:** Los profesionales de enfermería usan un formato escrito o electrónico para organizar los datos de la valoración de una forma sistemática.

**Validación de los datos:** La validación es el acto de comprobar dos veces o verificar los datos para confirmar que son precisos u objetivos. La validación de los datos ayuda al profesional de enfermería a completar estas tareas:

- Garantizar que la información de la valoración es completa.
- Garantizar que los datos objetivos y subjetivos relacionados están de acuerdo entre sí.
- Obtener información adicional que puede haberse pasado por alto.
- Diferenciar entre pistas e inferencias.

**Registro de los datos:** Para complementar la fase de valoración, el profesional de enfermería registra los datos del paciente. El registro preciso es fundamental, y debe incluir todo el dato recogido sobre el estado de salud del paciente.

**Diagnóstico actual:** Es un problema del paciente que está presente en el momento de la valoración de la enfermería.

**Diagnóstico de promoción de la salud:** Esta relacionado con la preparación de los pacientes para aplicar conductas que mejoren su estado de salud.

**Problema (etiqueta diagnóstica) y definición:** La declaración del problema, o etiqueta diagnóstica, describe el problema de salud del paciente o la persona para la que se administra el tratamiento de enfermería.

**Proceso diagnóstico:** El proceso diagnóstico usa las habilidades del pensamiento crítico del análisis y la síntesis. En el pensamiento crítico, la persona revisa los datos y analiza las explicaciones antes de formarse una opinión. El análisis es la separación en componentes, es decir, la división de todo en partes.

**Análisis de los datos:** Comparar los datos con los estándares (identificación de las pistas significativas). Agrupar las pistas (generar hipótesis tentadoras). Identificar lagunas e incoherencias.

**Identificación de los problemas de salud, riesgo y fortaleza:** Después de analizar los datos, el profesional de enfermería y el paciente pueden identificar de forma conjunta fortalezas y problemas.

**Modelos/estructuras conceptuales:** Ejemplo: La estructura funcional de GORDON, El modelo de autocuidado de OREM, Y el modelo de adaptación de ROY.

**Diagnóstico de enfermería de riesgo:** Es un juicio clínico de que un problema no existe, pero la presencia de factores de riesgo indica que es probable que aparezca a no ser que el profesional de enfermería intervenga.

**Diagnóstico de bienestar:** Describe las respuestas humanas a niveles de bienestar en un individuo, familia o comunidad.

**Etiología (factores relacionados y factores de riesgo):** El componente etiológico de enfermería identifica una o más causas probables de los problemas de la salud.

**Características definitorias:** Son un grupo de signos y síntomas que indican la presentación de una etiqueta diagnóstica particular.

**Determinación de problemas de riesgo:** Tras la agrupación de los datos, el profesional de enfermería y el paciente identifican juntos problemas que apoyan los diagnósticos actuales, y del riesgo o los problemas conjuntos.

**Tipos de datos:**

- objetivo:** Estos datos son perceptibles por un observador, estos datos pueden ser medibles o comparables según un parámetro o una escala. Principalmente se utilizan los sentidos para recabar este tipo de datos ya que estos datos pueden verse, oírse, sentirse u olerse y se obtienen mediante la exploración física.
- Subjetivos:** Estos datos no son medibles y no lo percibe el entrevistador y por lo general son todas las percepciones, sentimientos e ideas del paciente sobre sí mismo o sobre su estado de salud. Este tipo de dato solo resultan aparentes para la persona afectada y solo puede describir o comprobarlos dicha persona que sienta el dolor.

**Modelos de bienestar:** Los profesionales de enfermería usan modelo de bienestar para ayudar a los pacientes a identificar riesgos para la salud.

**Modelos ajenos a la enfermería:** Ejemplo: La estructura y modelos procedente de otras disciplinas también pueden ser útiles para organizar los datos.

- Modelos de los sistemas o aparatos corporales.
- Jerarquía de maslow de las necesidades
- Teorías del desarrollo

**Inferencias:** Las inferencias son la interpretación o conclusiones del profesional de enfermería.

**pistas:** Las pistas son los datos objetivos o subjetivos que puede observar directamente al profesional.

**Determinación de fortalezas:**

- La exploración de salud y los registros del paciente.
- Las fortalezas de un paciente pueden encontrarse en el registro de valoración de enfermería.
- Esta es la fase, el profesional de enfermería y el paciente establecen las fortalezas, recursos y capacidades para el afrontamiento del paciente.

tercera etapa

# Planificación de enfermería

La planificación de la fase deliberada y sistemática del proceso de enfermería que implica la toma de decisiones y la solución de problemas.

## Tipos de planificación

## Clasificación de intervenciones de enfermería

### Planificación inicial

El profesional de enfermería que realiza la valoración de ingreso suele llevar a cabo el plan asistencial inicial completo.

### Planificación en curso

La planificación en curso la hacen todos los profesionales de enfermería que trabajan con el paciente.  
La planificación en curso también tiene lugar al comienzo de un turno ya que el profesional de enfermería planifica la asistencia para ese día.

### Planificación para el alta

El proceso de anticipación y planificación de las necesidades que surgirán después del alta, es una parte crucial de la asistencia de salud completa y debe realizarse en el plan asistencial de todo los pacientes.

### Propósitos

- Determinar si el estado de salud del paciente ha cambiado.
- Establecer prioridades para la asistencia del paciente durante el turno.
- Decidir en qué problemas concentrarse durante el turno.
- Coordinar las actividades de enfermería de manera que pueda abordarse más de un problema en cada contacto con el paciente.

### Establecimiento de prioridades

Es el proceso de elaboración de una secuencia preferente para abordar los diagnósticos e intervenciones de enfermería.  
El profesional de enfermería y el paciente comienzan la planificación decidiendo que diagnósticos de enfermería exigen primero atención, cuales segundo así sucesivamente.  
Los profesionales de enfermería pueden agruparlos en diagnósticos con prioridad alta, media o baja.  
Los profesionales de enfermería usan con preferencia la jerarquía de necesidades de maslow cuando establecen las prioridades. En la jerarquía de maslow, las necesidades fisiológicas son básicas para la vida y reciben una mayor prioridad que la necesidad de seguridad o actividad.

### Fijación de objetivo/resultados deseados del paciente

En un plan asistencial, los objetivos/resultados deseados describen en términos de respuestas observables del paciente, lo que el profesional de enfermería espera conseguir poniendo en práctica las intervenciones de enfermería.

### Clasificación de los resultados de la enfermería

Que describa los resultados del paciente que responden a las intervenciones de enfermería.  
Un resultado del paciente sensible hacia la enfermería es un estado, conducta o percepción de un individuo, familia o comunidad que se mide a lo largo de un continuo de respuestas a una (s) intervención (es) de enfermería.

### Selección de intervención y actividades de enfermería

Las intervenciones y actividades de enfermería son las acciones que un profesional de enfermería realiza para conseguir los objetivos del paciente.  
Las intervenciones específicas elegidas deben sentarse en la eliminación o reducción de la causa del diagnóstico de enfermería, que en la segunda cláusula de la declaración diagnóstica.  
Sirven de criterio para evaluar el proceso del paciente.

### propósito

Proporcionan instrucciones para planificar las intervenciones de enfermería.

Sirven de criterio para evaluar el proceso del paciente.

Capacidad al paciente y al profesional de enfermería para determinar cuando sea resuelto el problema.

Ayudan a motivar al paciente y al profesional de enfermería al proporcionarle una sensación de logro.

### Tipos de intervenciones de enfermería

**Intervenciones conjuntas**  
Son acciones que el profesional de enfermería realiza en colaboración con otros miembros del equipo de salud, como los fisioterapeutas, los trabajadores sociales y los médicos.

**Intervenciones dependientes**  
Son actividades realizadas bajo las ordenes o la supervisión de un médico u otro proveedor de cuidados de salud con autorización para escribir órdenes para los profesionales de enfermería.

**Intervenciones independientes**  
Son aquellas actividades que los profesionales de enfermería están autorizados a iniciar sobre la base de un conocimiento y habilidades.  
Comprenden la asistencia física, la evaluación continua, el apoyo y bienestar emocional, la educación, el asesoramiento, la gestión del ambiente y las remisiones a otros profesionales de la salud.

Cada intervención establecida de forma amplia incluye una etiqueta (nombre), una definición y una lista de actividades que perfilan las acciones clave de los profesionales de enfermería en el desempeño de la intervención.

Todas las intervenciones de la NIC se han ligado a etiquetas diagnosticas de enfermería de la NANDA. El profesional de enfermería puede mirar el diagnostico de enfermería del paciente para ver que intervenciones de enfermería se aconsejan.

Cuando se escriben intervenciones de enfermería individualizadas en un plan asistencial, el profesional de enfermería debe registrar actividades adaptadas en lugar de etiquetas de intervención amplias.

### Criterios para elección de las intervenciones de

Los siguientes criterios pueden ayudar al profesional de enfermería a elegir las mejores intervenciones de enfermería.  
El plan debe:

- Ser seguro y apropiado para la edad, salud y condición del paciente.
- Ser alcanzable con los recursos disponibles
- Ser coherente con los valores, creencias y cultura del paciente.
- Ser congruentes con otros tratamientos

Basarse en el conocimiento y experiencia de enfermería o en la información procedente de ciencias relevantes.

## **Bibliografía**

Berman, A, Kozier, B, & Erb, G. (2013). *Kozier y Erd Fundamento de enfermería: conceptos procesos y prácticas*. Madrid: Pearson Educación.