



**WUDS**

**NOMBRE DEL ALUMNO (A): VERONICA DEL CARMEN  
TORRES SANCHEZ**

**1° CUATRIMESTRE GRUPO "B"  
SEMIESCOLARIZADO**

**CARRERA: LIC. EN ENFERMERIA.**

**NOMBRE DEL PROFESOR: LIC. JAVIER GOMEZ GALERA.**

**NOMBRE DE LA MATERIA: FUNDAMENTOS DE  
ENFERMERIA I**

**TEMA: PROCESO DE ENFERMERIA**

**PICHUCALCO, CHIAPAS. A 05 DE NOVIEMBRE DE 2021.**



# PAE

(PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA)

El objetivo principal del **PAE** se centra en constituir una estructura que pueda cubrir, de forma individualizada, las necesidades del paciente, familia y comunidad.

aplicación del método científico en la practica asistencial enfermera, permite prestar cuidados de una forma racional, lógica y sistémica

fue considerado un proceso en 1955 gracias a hall, a la que posteriormente se unieron otras teóricas, fue concluida entre 1974 y 1976 por Bloch, Roy y Aspinall

## ETAPAS DE PAE

### VALORACION

Proceso organizado y sistémico de recogida y recopilación de datos sobre el estado de salud del paciente

### DIAGNOSTICO

Enunciado del problema real o potencial del paciente, que requiere de la intervención enfermera para disminuirlo o resolverlo

### PLANIFICACION

Organización del plan de cuidados, se debe establecer unas prioridades, plantear unos objetivos según la taxonomía **NOC**, elaborar las intervenciones y actividades de enfermería según la taxonomía **NIC**, y proceder a su documentación y registro.

### EJECUCION

Es llevar a la practica el plan de cuidados. Se realiza todas las intervenciones enfermeras dirigidas a la resolución del problema.

### EVALUACION

Ultima fase del proceso. Los criterios mas importantes que valora la enfermería son: la eficacia y efectividad.

# PRIMERA ETAPA: VALORACIÓN DE ENFERMERÍA

proceso organizado, planificado, sistemático, y continuo de recogida de datos objetivos y subjetivos sobre el estado de salud del paciente, familia, o comunidad, y las respuestas humanas que se originan ante ellas

## FASES DE LA VALORACION

### 2.-VALIDACION DE LOS DATOS

La validación consiste en confirmar que los datos objetivos y subjetivos que se han obtenidos son verdaderos

### 3.-ORGANIZACION DE DATOS

En esta fase la información recogida será agrupada, de tal manera que se facilite y oriente la etapa de diagnóstico.

### 1.-RECOLECCION DE DATOS

Un dato es una información concreta que se obtiene de un paciente, familia o comunidad. Los datos pueden ser objetivos o subjetivos.

### 4.-REGISTRO DE LA VALORACION

Los objetivos de un registro correcto de la valoración son:

METODOS PARA OBTENER DATOS

#### LA ENTREVISTA

es una técnica que no solo se utiliza para obtener los datos subjetivos de la salud de nuestro paciente, sino como medio para establecer una relación mutua de confianza, al entrevistar a un paciente, tenemos que transmitir las siguientes habilidades:

- Calidez.
- Empatía.
- Respeto.
- Concreción.
- Asertividad.

#### LA OBSEVACION

Los datos obtenidos de la observación provendrán de los sentidos, del entorno, así como de la interacción entre ambos

#### EXPLORACION FISICA

procedimientos que realizan las enfermeras tras realizar la entrevista clínica. Las principales técnicas que realizamos las enfermeras en la exploración física son:

- Inspección.
- Palpación.
- Percusión.
- Auscultación.

- Establecimiento de un sistema de comunicación entre el personal sanitario.

- Extraer conclusiones sobre la efectividad de los cuidados aplicados.

- Validar un testimonio legal.



# SEGUNDA ETAPA: DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA

Es un enunciado del problema real o en potencia del paciente que requiera de la intervención de enfermería con el objetivo de resolverlo o disminuirlo

El propósito de esta fase es identificar los problemas de Enfermería del paciente.

DIMENSIÓN DEPENDIENTE

La responsabilidad de la enfermera es administrar el tratamiento médico prescrito

DIMENSIÓN INTERDEPENDIENTE

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

reconocida legalmente como responsabilidad de Enfermería, y que no requiere la supervisión o dirección de otros profesionales. Son los Diagnósticos de Enfermería. (D.E.)

SI LAS FUNCIONES DE ENFERMERÍA TIENEN TRES DIMENSIONES SEGÚN EL NIVEL DE DECISIÓN QUE CORRESPONDE A LA ENFERMERA

PASOS DE ESTA FASE SON

IDENTIFICACION DEL PROBLEMAS.

planteamientos de alternativas como hipótesis

FORMULACION DE PROBLEMAS.

Diagnostico de enfermería y problemas interdependientes

BENEFICIOS DE UNA TAXONOMÍA DIAGNOSTICA

- **INVESTIGACION:** investigar sobre los problemas de salud que los profesionales de enfermería estamos capacitados para tratar, es necesario que los mismos estén bien definidos y universalizados.
- **DOCENCIA:** la inclusión de los diagnostico de enfermería en el curriculum básico debe iniciarse y continuarse de forma coherente, y prolongarse de forma progresiva a lo largo de todo el curriculum
- **ASISTENCIAL:** el uso de los diagnósticos asistencial en la practica asistencial favorece la organización y profesionalización de las actividades de enfermería.
- **GESTION:** ventajas que comportan la utilización de los diagnósticos de enfermería es este ámbito son: ayuda a determinar los tiempos medios requeridos, y por lo tanto, las las cargas de trabajo

COMPONENTES DE LA CATEGORIA DIAGNOSTICA, ACEPTADAS POR LA NANDA

1.-ETIQUETA DESCRIPTIVA O TITULO: Ofrece una descripción concisa del problema

2.- DEFINICION: expresa un significado claro y preciso de la categoría y diferencia de todas las demás

3.- CARACTERISTICAS DEFINITORIAS: nos da el significado propiamente del diagnostico, el titulo es solo sugerencia

TIPOS DE DIAGNOSTICOS

**REAL:** estado que ha sido clínicamente validado mediante características definitorias principales identificables .

**POSIBLE:** son enunciados que describen un problema sospechado para el que se necesitan datos adicionales.

**ALTO RIESGO:** juicio clínico de qué un individuo, familia o comunidad son mas vulnerables desarrollar el problema que otros en situación igual o similar.

**DE BIENESTAR:** juicio clínico respecto a una persona, grupo o comunidad en transición desde un nivel específico de bienestar .

4.- las características que definen el diagnostico real son los signos y los síntomas principales .

5.- FACTORES ETIOLOGICOS Y CONTRIBUYENTESZ O FACTORES DE RIESGO: se organizan entorno a los factores fisiopatológicos, relacionados con el tratamiento, la situación y la maduración.

## TERCERA ETAPA: PLANIFICACION DE CUIDADOS

En esta fase se trata de establecer y llevar a cabo unos cuidados de enfermería, que conduzcan al cliente a prevenir, reducir o eliminar los problemas detectados

### ETAPAS EN EL PLAN DE CUIDADOS

#### 1. ESTABLECER PRIORIDADES EN LOS CUIDADOS

Todos los problemas y/o necesidades que pueden presentar una familia y una comunidad raras veces pueden ser abordados al mismo tiempo, Por tanto, se trata de ordenar jerárquicamente los problemas detectados

#### 2. PLANTEAMIENTO DE LOS OBJETIVOS DEL CLIENTE CON RESULTADOS ESPERADOS

Esto es, determinar los criterios de resultado. Describir los resultados esperados, tanto por parte de los individuos y/o de la familia como por parte de los profesionales

# BIBLIOGRAFIAS

- ANTOLOGIA DE LA PLATAFORMA UDS
- <https://www.salusplay.com/apuntes/apuntes-de-metodologia-y-terminologia-nanda-noc-nic/tema-3-etapa-de-valoracion/resumen>
- <https://www.hospitalneuquen.org.ar/wp-content/uploads/2020/02/Proceso-de-Atencion-de-Enfermeria-2.pdf>