



Nombre del alumno: Luz Yareny Gómez López

Nombre del profesor: Lic. Pedro Alejandro Bravo Hernández

Licenciatura: Enfermería

Materia: Fundamentos de Enfermería I

Nombre del trabajo: Puntos de vista de los fundamentos de enfermería I Unidad I

Ocosingo, Chiapas a 18 de septiembre del 2021

- **1.1 Proceso de enfermería. (QUE ES, PARA QUE SIRVE, CUAL ES SU OBJETIVO)**

Más que nada me embarco a explicar un poco de los antecedentes que en el proceso de enfermería (PAE) donde contribuye a través de sus orígenes, Itall en 1955 lo considero como un proceso donde junto con Johnson 1959, Orlando 1961 y wiedenbach 1963 consideraron tres etapas para este proceso que son: valoración, planeación y ejecución. Después en 1967 fue establecido una mas por parte de yuray Walsh, conforme paso fueron estableciendo algunas otras etapas donde los autores establecieron las cinco actuales añadiendo la etapa diagnostica que son: valoración, diagnostico, planificación, ejecución, y evaluación, pero cada una de estos pasos se estudian o se hacen por separado pues al ponerlas en práctica estas se superponen.

➤ **¿Qué es?**

Es la aplicación del método científico en la propia asistencial enfermera, lo que nos permite prestar cuidados de una forma racional, lógica y sistemática, lo que resulta de vital importancia cuando se trabaja en el ámbito de las urgencias.

➤ **¿Para qué sirve?**

Sirve para la formulación de objetivos de independencia en base a las causas de dificultades detectadas.

Elección del modo de intervención

Más que nada este proceso de enfermería nos sirve para para una obtener una buena calidad de importancia para el trabajo de urgencias donde es a través de los resultados de la reacción entre la enfermera y el paciente involucrando la familia.

➤ **¿Cuáles su objetivo?**

Constituir una estructura que pueda cubrir, individualizados las actividades del paciente, la familia y la comunidad.

Identificar las necesidades reales y potenciales del paciente familia o comunidad.

Establecer planes de cuidados individuales, familiares o comunitarios.

Actuar para cubrir y resolver los problemas, prevenir o curar las enfermedades.

- **1.2.- PRIMERA ETAPA, VALORACION DE ENFERMERIA. CUALES Y EN QUE CONSISTE:**

La valoración enfermera es la primera fase del PAE, se define como el proceso organizado, planificado, sistemático y continuo de recogida de datos objetivos de subjetivos sobre el estado de salud del paciente, familia o comunidad y las respuestas humanas que se originan ante ellos. Estas valoraciones consisten en una charla a través de las cuatro fases que contribuye donde cada una nos determina como tiene que ser el trato hacia el paciente donde en ello se lleva la recopilación de los datos, de la entrevista se puede llevar esta primera fase.

En el cual se distinguen dos tipos de valoraciones.

- **Valoración global o inicial:**

Este tipo cubre todas las perspectivas de valoración enfermera. Es la primera valoración que se realiza a su paciente, el primer contacto hacia él.

- **Valoración focalizada o continua:**

Se centra en situaciones clínicas o problemas de salud concretos.

- **Según su sistemática, se distinguen cuatro tipos de valoraciones:**

- Valoración siguiendo el orden de "cabeza a pies".
- Valoración por "sistemas y aparatos".
- Patrones Funcionales de Salud de Marjory Gordon.
- Necesidades de Virginia Henderson.

Todo esto también nos sirve para identificar o validar los datos del paciente en el cual a través de esto se puede obtener los datos de la salud del paciente.

- **1.3.- SEGUNDA ETAPA, DIAGNOSTICO DE ENFERMERA.**

CUALES Y EN QUE CONSISTE:

Esta segunda etapa de PAE, se centra en el análisis de los datos recogidos durante la valoración y su interpretación científica que da como resultado los diagnósticos guiara la planificación, ejecución y evaluación de los cuidados de enfermería. Esto es la realización para la búsqueda de las respuestas de un individuo a sus problemas de salud, proporciona la base fundamental para la intervención y obtener el logro del objetivo para la responsabilidad.

Esto contribuye a tres etapas del diagnostico que son:

➤ **Diagnostico enfermero real o focalizado:**

En el problema juicio clínico en relación con una respuesta humana no deseada de una persona familia, grupo o comunidad a una afección de salud, proceso vital. Este apoyado por características definitorios (signos y síntomas) que se agrupan en patrones de clases, este tipo de diagnóstico de enfermera está compuesto por los 3 elementos del formato. P.E.S. Problema, etiología, signos y síntomas. Un ejemplo de un diagnostico real es. Deterioro de la integridad cuatro r/c factores mecánicas y m/p alternación de la superficie de la piel (dermis).

➤ **Diagnostico enfermero de riesgo:**

Juicio clínico en relación con la vulnerabilidad de una persona, familia grupo o comunidad para desarrollar una respuesta humana no deseada a una afección de salud, proceso vital. Esta apoyado por factores de riesgo que contribuyen al aumento de vulnerabilidad.

Los diagnósticos de riesgo están formados por el problema y por la etiología denominado en este caso factores de riesgo, al o haberse producido te deriva la alteración del estado de salud, no existe signos, ni síntomas.

Ejemplo:

Riesgo de intoxicación r/c falta precauciones adecuadas.

➤ **Diagnostico enfermero de promoción de la salud:**

Es un juicio clínico sobre la motivación y deseo de una persona familia o comunidad de aumentar su bienestar, actualizar su potencial humano de la salud y mejorar conductas de salud específicas, todas las etiquetas comienzan por (disposición para mejorar) este tipo de diagnósticos no tiene factores relacionadas por lo que la formulación de diagnóstico se realiza con el problema y con los signos y síntomas.

Disposición para mejorar los conocimientos m/p manifiesta interés en el aprendizaje.

Aunque limitados en número en la taxonomía II demanda-I también se puede encontrar síndrome. Un síntoma en un juicio clínico en relación con un conjunto de diagnósticos enfermeros específicos que aparecen de conjunta y que se traten de forma más correcta conjuntamente a través de intervención similares.

Estas etapas consisten en la formulación de la base que sustenta las intervenciones enfermeras para tener en ella las causas y sintomatología que el paciente tenga.

- **1.4.- TERCERA ETAPA, PLANIFICACION DE CUIDADOS.**

CUALES Y EN QUE CONSISTE:

Esta etapa se lleva a cabo después de la segunda etapa una vez identificado el problema mediante el diagnóstico nos lleva a la otra fase que es la planeación que esto significa planear los cuidados, esta planeación consta de tres fases que son:

- DETERMINACIÓN DE PRIORIDADES.
- ESTABLECIMIENTO DE LOS OBJETOS RESULTADOS DE ENFERMERA NOC ESPERADAS.
- SELECCIÓN DE LA INTERVENCIÓN DE ENFERMERA NIC.

- **Determinación de prioridades:**

Para determinar los resultados NOC. Que esperamos conseguir y las intervenciones NIC. Que realizaremos para solucionar el problema de salud, es necesario fijar unas prioridades, aunque tenemos como referencia las necesidades básicas propuestas por Maslow, siempre será necesario conseguir con el paciente la importancia relativa de cada diagnóstico, con el de tratar primero los problemas más importantes.

- **Resultados de enfermera NOC:**

Tras priorizar los diagnósticos que van a ser tratados es necesario seleccionar los resultados NOC. Que pretendemos conseguir para cada diagnóstico. La NOC, es la clasificación estandarizado de resultados de enfermería, que tiene como principal objetivo evaluar la eficiencia de las intervenciones enfermeras.

Los resultados NOC tienen los siguientes componentes.

- Etiqueta
- Definición
- Listado de indicadores
- Escala de Likert
- Bibliografía

Estas intervenciones están compuestas por actividad, una actividad es el cuidado específico que realiza la enfermera para llevar a cabo una intervención y que ayuda al paciente avanzar hacia el resultado deseado.

- Selección de la intervención de enfermería NIC:

Para la selección de las intervenciones más adecuadas para nuestro paciente es necesario tener en cuenta una serie de factores.

- Aprobación de la intervención seleccionada por parte del paciente.
- Resultado esperadas en el paciente.
- Etiología y somatología relacionada con el diagnostico de enfermera.
- Soporte científico de la intervención posibilidad de utilizar en la práctica una intervención.
- Posibilidad de utilizar en la práctica una intervención.
- Conocimientos y habilidades para realizar la intervención.

- **1.5.- CUARTA Y QUINTA ETAPA, EJECUCION Y EVALUACION.**

CUALES Y EN QUE CONSISTE:

Una vez terminada la etapa de la planeación sigue las etapas ejecución y evaluación que consta en llevar a la practica la etapa anterior a la realización de las intervenciones, esto es seguir con las recopilaciones de los datos, llevar a cabo los registros de enfermería y transmitir el estado de salud de nuestros pacientes, al resto de los profesionales mediante la realización del informe verbal.

La evaluación es la comparación planificada y sistematizada entre el estado de salud y los resultados esperados es comparar con uno o varios criterios donde va.

➤ **EJECUCIÓN:**

- **Planes individualizados:**

Documento la valoración, diagnostico resultados NOC e intervención NIC para el paciente particular.

- **Planes estandarizados:**

Los planes estandarizados son protocolos generales perfeccionados que resultan útiles cuando los problemas son predecibles en relación con una respuesta humana alterada, la ventaja de estos planes es que son más oficiales y facilitan el ejercicio clínico. Sin embargo, estos planes tienen que individualizarse para dar respuesta a las necesidades particulares de cada paciente.

➤ **EVALUACIÓN:**

- **Puntuación de los indicadores:**

De la misma manera que en la etapa de planificación se otorgara para cada indicador seleccionado una puntuación de entre 1y 5 untos mediante de una escala de Likert.

- **Comparación de los resultados:**

Las puntuaciones obtenidas tras la realización de las intervenciones serán comparadas con la puntuación previa de ejecución de los cuidados de enfermería.

Es la fase final de proceso de enfermería y se produce siempre que el profesional de enfermera interacciona.

Fuentes bibliográfica:

UDS, fundamentos de la enfermería parte I