



Nombre del alumno: Yazmin Guadalupe Aguilar Aguilar.

Nombre del tema: Mapas conceptuales del proceso de atención en enfermería.

Nombre de la materia: Fundamentos de enfermería I.

Nombre del profesor: María del Carmen López Silba.

Nombre de la licenciatura: Licenciatura en enfermería.

Cuatrimestre: I.

Comitán de Domínguez, Chiapas a 17 de octubre de 2022.

PROCESO DE ATENCION EN ENFERMERIA.

¿Qué es?

Es un método racional y sistemático de planificación y proporción asistencia de enfermería.

Su objetivo:

Identificar el estado de salud del paciente y sus problemas de salud reales y potenciales.

Consta de 5 etapas:

1er. Etapa.

Valoración.

2 da. Etapa.

Diagnóstico de Enfermería.

3ra. Etapa.

Planeación.

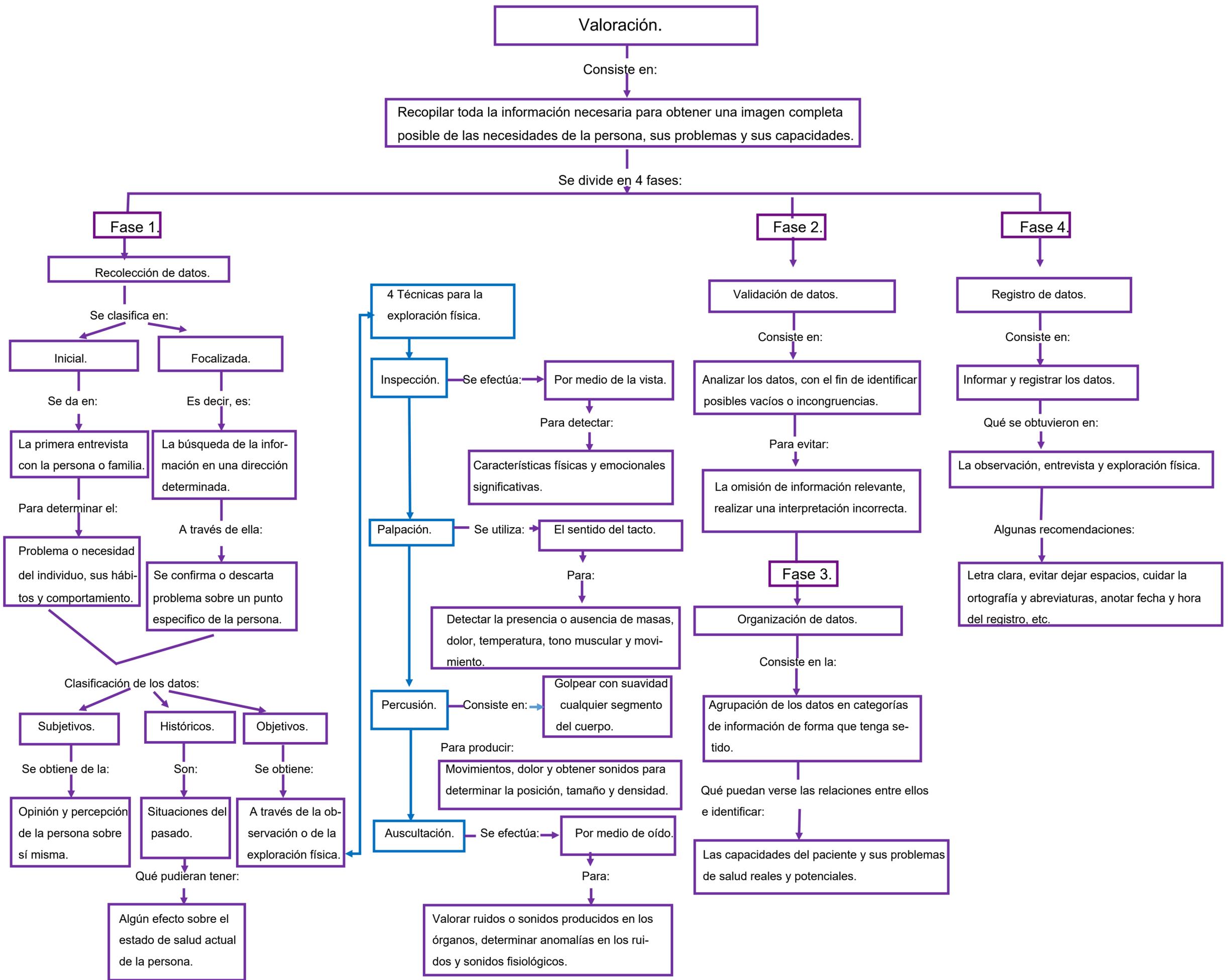
4ta. Etapa.

Ejecución.

5ta. Etapa.

Evaluación.





Diagnóstico de enfermería.

Es:

Llegar a una conclusión a partir de un conjunto de signos y síntomas.

Referenciado al:

Estado de salud de una persona.

Consiste de 4 fases:

Fase 1.

Análisis de datos.

Los datos que obtuvo en la Valoración.

Se centra en:

Los datos que están relacionados con las necesidades concretas del paciente.

Tiene como finalidad:

La identificación del problema e inicia con la clasificación de la información.

Permite al personal:

Desarrollar clases de información más manejables.

Fase 2.

Formulación del diagnóstico de enfermería.

Va a depender de:

Del tipo de diagnóstico que se haya identificado a partir del análisis realizado.

Hay 4 formas distintas:

1. Diagnóstico de enfermería de la promoción de la salud.

2. Diagnóstico de salud de enfermería de riesgo.

3. Diagnóstico de enfermería real.

4. Síndrome.

Fase 3.

Validación del diagnóstico de enfermería.

Es el:

Procesamiento de datos.

En esta fase el profesional intenta:

Confirmar la exactitud la interpretación de los datos.

Se consigue mediante:

La interacción directa con la persona, familia o Comunidad.

Y consultando con:

Otros profesionales del equipo de salud.

Fase 4.

Registro del diagnóstico de enfermería.

Va a depender de:

Las recomendaciones que se hicieron en la etapa de valoración.

Y también del:

Tipo de diagnóstico de enfermería.

Planeación.

Definición:

Es la elaboración de estrategias diseñadas.

Para:

Reforzar, evitar, reducir o corregir las respuestas de la persona.

Consiste de 4 fases:



Fase 1.

Establecer prioridades.

En:

Las intervenciones de enfermería.

Pero dependen del:

Diagnóstico de enfermería.

Es donde se concluye:

La identificación del problema.

Se deben centrar:

En el cuidado y realizar acciones inmediatas.

En aquellas:

Manifestaciones que amenace, la vida de la persona.

Fase 2.

Elaborar objetivos.

Actividad que incluye al:

Individuo y la familia.

En la priorización de:

Los objetivos de cuidados.

Para después realizar:

Un plan de acción para alcanzarlo.

El registro de los objetivos:

Se anota usando términos mensurables.

Se debe considerar también:

Los resultados cognitivos, psicomotores y afectivos.

Fase 3.

Determinar los cuidados de enfermería.

Lo cual son:

Acciones pensadas, para ayudar al individuo.

A:

Progresar del estado presente de salud.

Qué se describe:

En el objetivo y se mide en los resultados esperados.

Hay 2 intervenciones:

1. Intervenciones independientes.

2. Intervenciones interdependientes.

Lo cual:

El enfermero toma decisiones mediante sus conocimientos y experiencia.

Lo cual:

El enfermero identifica las acciones requiere para su cuidado.

Fase 4.

Documentar los cuidados de enfermería.

Al ser escrito, documenta:

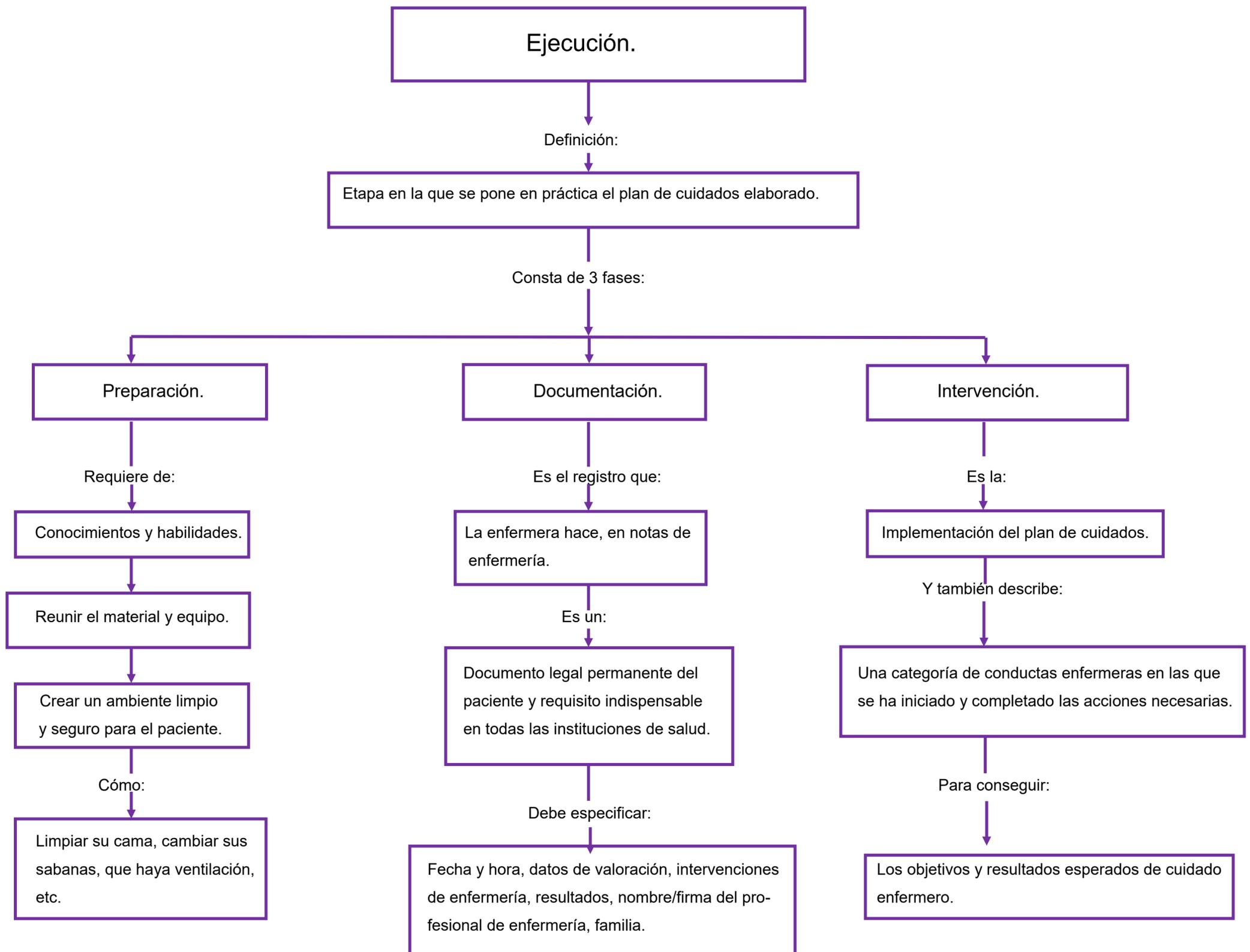
Las necesidades de cuidado del individuo

Comunica a las enfermeras y profesionales:

Los datos de valoración pertinentes, una Lista de problemas y tratamientos.

Esta organizado, de forma:

Qué cualquier enfermera pueda identificar rápidamente las acciones enfermeras que se deben llevar a cabo.



Evaluación.

Definición:

Pretende determinar el logro de los objetivos, las interferencias y obstáculos para la realización del plan de cuidados que evitarán el logro de los propósitos.

Consta de 3 fases:

Establecimiento de criterios de resultados.

Se expresan en:

Términos de conducta, para describir los efectos deseados de las acciones de enfermería.

Cuando se consigue el objetivo:

Los factores relacionados de un diagnóstico deja de existir.

Se debe conseguir los resultados:

En un espacio corto.

La enfermera evalúa:

La capacidad de la persona para demostrar su conducta o respuesta establecida en los resultados.

Evaluación del logro de objetivos.

La enfermera evalúa:

Los objetivos tras comprar los datos de la evaluación, con los resultados esperados.

Cuando el objetivo se ha cumplido:

La enfermera sabe que las intervenciones han tenido éxito.

En cuanto a:

La mejora del bienestar del individuo, familia o comunidad.

Medidas y fuentes de evaluación.

Trata de determinar:

Si los problemas conocidos han mejorado, empeorado o experimentado algún tipo de cambio.

Cuando se:

Ordena los datos y se determina qué otros hechos se necesitan para evaluar el progreso de la persona.

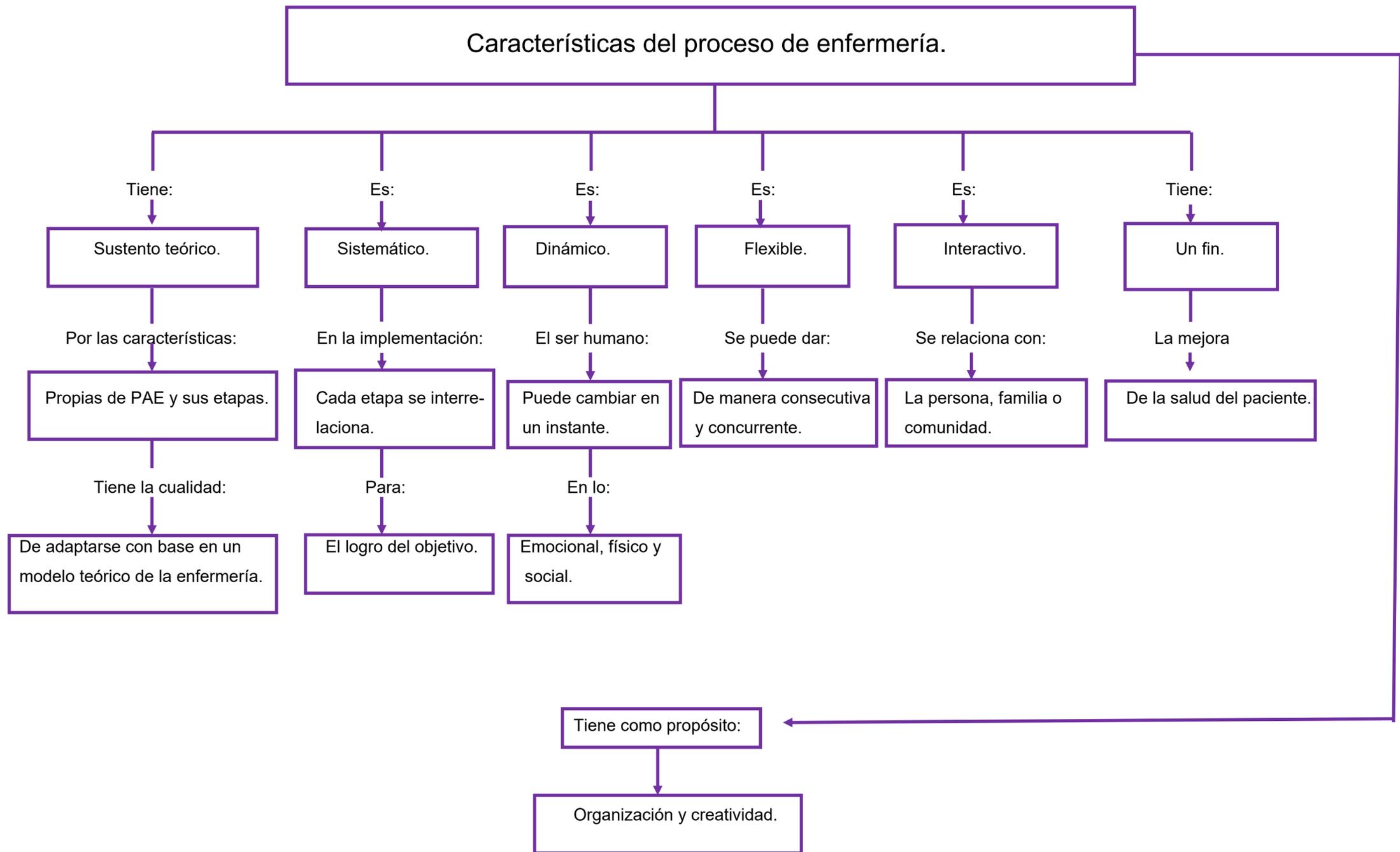
Se utiliza el:

Razonamiento crítico y la habilidad analítica.

Si el paciente ha logrado todos los objetivos y no se ha identificado nuevos problemas.

Se ha logrado:

El propósito de los cuidados de enfermería.



Bibliografía:

Eva Reyes Gómez, “Fundamentos de enfermería” (Capítulo IV). Editorial el manual moderno.