



**Mi Universidad**

**Mapa Conceptual**

*Nombre del Alumno: Dulce Maria Alvarez López*

*Nombre del tema: Proceso de Atención de Enfermería PAE*

*Parcial: 2o*

*Nombre de la Materia: Fundamentos de Enfermería I*

*Nombre del profesor: María del Carmen López Silba*

*Nombre de la Licenciatura: Enfermería*

*Cuatrimestre: 1er*

# PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA

Es

Un conjunto de acciones que el profesional de enfermería, apoyándose en modelos y teorías, realiza un orden específico, con el fin de asegurar que la persona que necesita de cuidados de salud reciba lo mejor posible por parte de enfermería.

Los

Antecedentes

Las

Características

Ventajas

Kozier, plantea la evolución de las etapas del proceso de enfermería.

En 1953 Fry propuso la enfermería creativa

En la actualidad Berman A Snyder S, Krozier B, Erb, G, menciona que:

El proceso de enfermería es un método racional y sistemático de planificación y de proporción del sistema de enfermería.

- +Tiene una finalidad: se dirige a un objetivo
- +Es sistemático: organizarlo para lograr su objetivo.
- +Tiene valides universal.
- +Es dinámico. Responde a un cambio continuo.
- +Interactivo: basado en las relaciones reciprocas.
- + Es flexible: adaptable en cualquier lugar o área.
- +Tiene una base teórica: sustentada en conocimientos.
- + Trata a la persona como un todo (holístico).
- +Imprime a la profesión un carácter científico.

El proceso de enfermería tiene cualidades esenciales.

- >Sistemático: en las etapas didácticas se separan para la comprensión, pero en la implementación se relacionan.
- >Dinámico: cada etapa se adecua a las necesidades de la persona, familia o comunidad.

PAE COMUNITARIO

Dirigido a

La familia y la comunidad, es el mismo que se aplica cuando dirigimos nuestra atención a un individuo, partiendo de un mapa conceptual que guía el proceso de atención en sus diferentes etapas.

- Asegurar la calidad de los cuidados.
- Permite evaluar el impacto de la intervención de la enfermería.
- Facilita la comunicación.
- Concede flexibilidad en el cuidado.
- Satisfacción potencial. Ahorras tiempo y energía evitando frustración por los ensayos y errores en la practica de la enfermería.

1ª etapa

2ª etapa

5ª etapa

**VALORACION**

Se debe tener en cuenta:  
 La capacidad de cambio está en la familia.  
 La enfermería puede y debe ofrecer ayuda.  
 La aceptación de ayuda depende de la familia.

Técnicas para la obtención de datos.

Recolección, validación, organización de datos (objetivos y subjetivos) sobre el estado de salud de la persona.

**DIAGNOSTICO**

Es

Un juicio clínico sobre las respuestas humana sobre una persona, familia o comunidad o problema de salud reales o potenciales procesos vitales.

El diagnostico se deriva de la inferencia de datos confirmado por la valoración y de las percepciones que, a su vez investigado, conducen a tomar decisiones.

En 1970 la ANA reconoce de manera oficial los diagnósticos de enfermería.

**PLANIFICACION**

3ª etapa

Es el acto de determinar que puede hacerse para apoyar al paciente en el establecimiento conservada o el fomento de salud.

Debe tener en cuenta

- 1.-Determinación de prioridades.
- 2.-Formuacion de objetivos.
- 3.-Determinacion de actividades.
- 4.-Determinacion de los recursos disponibles.
- 5.-Plan de acción centrado en el cliente.
- 6.-Regisstro del plan de cuidados de enfermería.

**EJECUCION**

4ª etapa

Es

La actividad basada en la ciencia de enfermería, que la profesional realiza para garantizar resultados que evidencian en cuidado de calidad humana.

Incluyen 5 elementos a validación de plan, fundamenta la científica en cada una de las acciones otorgamiento de cuidado, continuidad y registro de esto.

Las fases son

**EVALUACION**

Determinar el adelanto del paciente para alcanzar las metas objetivas establecidas.

Es

La puesta en práctica del plan de cuidados. Las necesidades son cambiantes, por lo tanto, la recogida y valoración de datos debe ser continua.

A través de

**a) Observación:** en el momento del primer encuentro con el paciente.  
**b) Entrevista:** interrogatorios formales/ informales.  
**c) Examen general** exploración física.  
 \*Validar sus datos.  
 \*Organizarlos  
 \*Hacer el registro  
 \*Registro de la

Las fases son

**Análisis de datos:** finalidad la identificación del problema.  
 Formulación del diagnóstico de enfermería.

LA NANDA

Emplea 4 formas

- 1.- Diagnóstico de enfermería de la promoción de la salud.
- 2.- Diagnóstico de enfermería de riesgo.
- 3.- Diagnóstico de enfermería real.
- 4.- Síndrome

Comprende 3 pasos

- >Establecimiento de prioridades.
- >Identificación de objetivos.
- >Planificación de acciones de enfermería.

- +La preparación: Es prepararse para actuar y asegurarse de que sabe que va hacer, porqué y como lo hará y como reducir riesgos.
- +Intervención: es la implantación del plan de cuidados.
- +Documentación. Es el registro que realiza la enfermera en las notas de enfermería.

Evaluación del logro de los objetivos y la revaloración o modificación del plan de cuidado.

Comprende 3 fases

- >Establecimiento de criterios de resultado.
- >Evaluación de logro de objetivo.
- >Medidas y fuentes de evaluación.

## Bibliografía

Antología UDS

Fundamentos de Enfermería I

Licenciatura en Enfermería

1er cuatrimestre.

Bibliografía adicional.

Gómez, E.R.(2015). Fundamentos de Enfermería: ciencia, metodología y tecnología.  
Editorial El Manual Moderno.

Potter, P.A., Perry, A.G.& Stockert, P.A. (Eds). 2013. Fundamentos de Enfermería.  
Elsevier Health Sciences.