

FUNDAMENTOS DE ENFERMERÍA I

Unidad I fundamentos históricos y teóricos de la profesión de enfermería.

Unidad II proceso de enfermería.

Actividad 1

PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA , incluir las 5 etapas del proceso.

Profesora: Msc. María del Carmen López Silba.

Alumna: Moreno Hernández Yuliana Guadalupe.



Proceso de atención de enfermería

Valoración

- Recolección de datos
 - Observación.
 - Entrevista.
 - Exploración física
- Validación de datos
 - Revisar los propios datos.
 - Solicitar que otra persona recolecte el mismo dato.
 - Identificar que no existan factores transitorios.
 - Revisar los datos críticos.
 - Comprobar congruencia entre los datos
- Organización de los datos
 - Agrupación de los datos en categorías de información de forma que tengan sentido, puedan verse las relaciones entre ellos e identificar las capacidades del paciente, y sus problemas de salud reales y potenciales.
- Registro de los datos
 - Informar y registrar los datos de la observación, entrevista y exploración física.
 - Las ventajas son favorecer la comunicación entre los miembros del equipo, facilitar la prestación de una asistencia de calidad, proporcionar mecanismos para la evaluación de la asistencia, formar y ser base para la investigación en enfermería.

Diagnostico

- Taxonomía NANDA/NOC/NIC
 - Ciencia que identifica y clasifica. Estudia teoría de clasificaciones sistemáticas incluyendo sus bases, principios, procedimientos y reglas.
 - NOC: Son los objetivos de enfermería.
 - NIC: Son las intervenciones de enfermería.
- Fases
 - Análisis de datos
 - Identificación del problema e inicia con la clasificación de la información
 - Formulación del diagnóstico de enfermería
 - Diagnóstico de enfermería de promoción de la salud, riesgo, real y síndrome de un juicio clínico.
 - Validación del diagnóstico de enfermería
 - Procesamiento de datos y confirmar la exactitud de la interpretación de los datos
 - Registro del diagnóstico de enfermería
 - El registro va a depender de las etapa de valoración y también del tipo de diagnóstico de enfermería.



Proceso de atención de enfermería

Planeación

Definición { Es considerada la tercera etapa del proceso de enfermería y es la elaboración de estrategias diseñadas para reforzar, evitar, reducir o corregir las respuestas de la persona.

- Fases** {
- Establecer prioridades** { Realizar cuidado, y acciones inmediatas en aquellas manifestaciones que representan una amenaza para la vida de la persona.
 - Elaborar objetivos** { El propósito de registrar los objetivos se centra en las intervenciones enfermeras individualizadas y para determinar la eficacia de las intervenciones.
 - Determinar los cuidados de enfermería** { Acciones pensadas para ayudar al individuo a progresar del estado presente de salud al que se describe en el objetivo y se mide en los resultados esperados
 - Documentar el plan de cuidados** { Es el registro que la enfermera realiza de los componentes de un plan de cuidados en un formato especial, permite guiar las intervenciones de enfermería y registrar resultados alcanzados

Ejecución

Definición { Está enfocada al inicio de aquellas intervenciones de enfermería que ayudan al paciente a conseguir los objetivos deseados". Etapa en la que se pone en práctica el plan de cuidados elaborado.

- Fases** {
- Preparación** { Requiere de conocimientos y habilidades, tener en mente las complicaciones, reunir el material y equipo, crear un ambiente confortable y seguro para el paciente persona correcta, comunicación correcta y evaluación correcta.
 - Intervención** { Es la implementación del plan de cuidados es una categoría de conductas enfermeras en las que se ha iniciado y completado las acciones necesarias para conseguir los objetivos y los resultados esperados del cuidado enfermero.
 - Documentación** { Es el registro que realiza la enfermera en las notas de enfermería, se debe considerar lo siguiente: las valoraciones, intervenciones y respuestas.



Proceso de atención de enfermería

Evaluación

Definición

Se considera una etapa que con fines didácticos se revisa como la quinta, pretende determinar el logro de los objetivos, las interferencias y obstáculos para la realización del plan de cuidados que evitaron el logro de los propósitos. La evaluación es compleja, se inicia en el momento que el profesional de enfermería interacciona con la persona, la familia o la comunidad. La evaluación mide la respuesta de la persona a las acciones enfermeras con los resultados esperados establecidos durante la planificación.

Fases

Establecimiento de criterios de resultados

Se expresan en términos de conducta para describir los efectos deseados de las acciones de enfermería. Los resultados esperados son afirmaciones de las respuestas graduales y progresivas o de la conducta de una persona que necesita seguir y conseguir. Cuando se consigue el objetivo los factores relacionados de un diagnóstico de enfermería han dejado de existir

Evaluación del logro de objetivos

La enfermera evalúa los objetivos tras comparar los datos de la evaluación con los resultados esperados. Cuando un 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

Es la identificación de las variables que afectan el logro de los objetivos y modificación/finalización del plan de cuidados. La evaluación se produce cuando compara los datos con los objetivos y realiza un juicio sobre el progreso de la persona.

► Bibliografía:

► <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/11/964686/41-48.pdf>

► <http://www.cij.gob.mx/tratamiento/pages/pdf/PAE.pdf>

► <https://plataformaeducativauds.com.mx/assets/docs/libro/LEN/f13be2a13e1522952ad505a8af118f5a-LC-LEN101%20FUNDAMENTOS%20DE%20ENFERMER%C3%8DA%20I.pdf>