

UNIVERSIDAD DEL SURESTE
FUNDAMENTOS DE ENFERMERIA



CUADRO SINÓPTICO PROCESO DE ATENCIÓN DE
ENFERMERÍA (PAE)

PROFESOR: LIC. MARÍA DEL CÁRMEN LÓPEZ SILVA
ALUMNA: ARIANA YOMALI HERNÁNDEZ LÓPEZ.

CARRERA: ENFERMERÍA GENERAL.

GRADO: 1° "B"

FECHA: 25/ SEP/ 2023
COMITÁN DE DOMÍNGUEZ, CHIAPAS.

PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

El proceso de atención es un método racional y sistemático de planificación y proporción de asistencia de enfermería

Etapas de valoración de enfermería

Valoración
 Consiste en reunir toda la información necesaria para obtener una imagen, lo más clara y completa posible de las necesidades de las personas, sus problemas y sus cuidados

- Recolección de datos: Primer contacto con la persona o familia, obteniendo información referente a las condiciones desde el punto de vista holístico de la salud de la persona.
- Validación de los datos: Es verificar y confirmar los datos para determinar si responden a los hechos
- Organización de los datos: Agrupación de los datos de forma que tengan sentido, ver la relación entre ellas e identificar las capacidades del paciente y sus problemas
- Registro de los datos: Consiste en informar y registrar los datos que se obtuvieron durante la observación, entrevista y exploración física.

- Clasificación de los datos
 - Subjetivos: Opinión y percepción de la persona sobre sí misma y su situación de salud (ideas, síntomas, sentimientos) esenciales para un diagnóstico.
 - Objetivos: Información observable y medible en el que la enfermera tiene la garantía que está sucediendo en el momento en una observación y exploración física

Diagnóstico
 Enunciado de un juicio clínico sobre las reacciones a los problemas de salud reales y potenciales, a los procesos vitales de una persona, de una familia o de una colectividad. Emitiendo una apreciación de llegar a una conclusión a partir de un conjunto de signos y síntomas al estado de salud de una persona.

- Validación del diagnóstico de enfermería: Procedimiento de datos confirma la exactitud de la interpretación de los datos.
- Registro del diagnóstico de enfermería: Depende de las recomendaciones que se hicieron en la etapa de valoración indicando el problema, causa del problema, sintomatología y signos

Planificación de cuidados
 Es la elaboración de estrategias diseñadas para reforzar, evitar reducir o corregir las respuestas de la persona.

Fases de planeación

- Establecer prioridades: Es donde se concluye la identificación del problema, en el cual se debe centrar cuidado y realizar acciones inmediatas en aquellas manifestaciones que representan una amenaza para la vida de la persona.
- Elaborar objetivos: Identifican los beneficios que se espera ver en la persona, familia después de brindar cuidados enfermeros
- Determinar los objetivos de enfermería: Son acciones pensadas para ayudar al individuo, para progresar del estado presente de salud
- Documentar el plan de cuidado: Es el registro que la enfermera realiza de los componentes de un plan de cuidados en un formato que permite guiar las intervenciones y registrar resultados alcanzados

- Intervenciones independientes: Acciones exclusivas del profesional de enfermería con base en sus conocimientos y experiencia tomando decisiones que contribuyan a la solución del diagnóstico.
- Intervenciones interdependientes: Son intervenciones de cuidados que la persona requiere donde, a través de decisiones la enfermedad se coordina con el equipo de salud u otros profesionales para mejorar las condiciones de salud de la persona.

Ejecución
 Éste está enfocado al inicio de que ellas intervenciones de enfermería que ayuda al paciente a conseguir los objetivos deseados poniendo en práctica el plan de cuidado elaborado.

Fases de ejecución

- Preparación: Son intervenciones enfermería cumple una conocimiento de razones y principios para tener una respuesta deseada
- Intervención: Implementación del plan de cuidados en las que se inicia y completa acciones necesarias para conseguir los objetivos y resultados esperados del cuidado de enfermería
- Documentación: Registro de notas realizados en documentos legal permanente del paciente como requisito indispensable en todas las instituciones de salud

Diagnóstico
 Crítica determinada en el logro de los objetivos las interferencias y obstáculos para realización del plan de cuidados midiendo respuesta de las personas a las acciones de enfermería

Fases de evaluación

- Establecimiento de criterios de resultado: Conductas para describir los efectos deseados de las acciones de enfermería. Evaluación de la capacidad de las personas para demostrar su conducta o respuesta establecida en los resultados.
- Evaluación de logro de objetivos: Comparación de los datos de evaluación con los resultados esperados. Especificando la conducta o la respuesta esperada que indica la resolución de un diagnóstico de enfermería o el mantenimiento del estado de salud.
- Medidas y fuentes de evaluación: Habilidades de valoración y las técnicas empleadas para recoger datos de la evaluación. Comparando los datos con los objetivos y realización de un juicio sobre el progreso gradual de la persona. Basándose en la crítica de la información presentada.

Bibliografía:

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 Sciencens.

Barrera, S. R., & Gómez, E.R. (2004). Fundamentos de enfermería.

Editorial El Manual Moderno

Aguirre Raya, Dalila Aida. (2020) Retos y desafíos de la Enfermería en el mundo moderno. Revisa Habanera de Ciencias Médicas, 19 (3), e3229. Epub 10 de julio de 2020.

Recuperado en 19 de agosto de 2022, de

[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=arttext&pid=S1729519X2020000300001&lng=es&tlng=es.](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=arttext&pid=S1729519X2020000300001&lng=es&tlng=es)