



SUPER NOTA

Nombre del alumno (a): Karla Lucía Contreras Alegría

Nombre del tema: Proceso de atención de enfermería

Parcial: I ro

Nombre de la Materia: enfermería comunitaria

Nombre del profesor: Alfonso Velásquez Ramírez

Nombre de la Licenciatura: Enfermería

Cuatrimestre: séptimo

PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

¿Qué es?

Enfermería se caracteriza por proporcionar cuidados basados en conocimientos y técnicas específicas; que permitieron desarrollar un método de trabajo propio, es decir, el Proceso de Atención de Enfermería (PAE), que es un conjunto de procedimientos lógico, dinámico y sistemático para brindar cuidados sustentados en evidencias científicas.



El profesional de enfermería enfoca su trabajo en el cuidado humano basado en el PAE, por medio del cual diagnostica, planifica, ejecuta y evalúa sus acciones, también considera la integralidad, totalidad, seguridad, así como la continuidad requerida por el sujeto de cuidado en diferentes momentos y en diferentes escenarios. En la atención se da un proceso interactivo entre el cuidador y ser cuidado; el primero tiene el papel activo pues realiza acciones y comportamientos para cuidar. El segundo, ser cuidado, tiene un rol más pasivo y en función de su situación, puede contribuir y ser responsable del propio cuidado en situaciones de educación para la salud.

Evolución

La aplicación del Proceso Atención de Enfermería es considerada por algunos autores como el comienzo de la madurez profesional. La ciencia de la Enfermería se basa en un amplio marco teórico. Este proceso, es el método mediante el cual se aplica este marco a la práctica de enfermería, diferentes pasos:

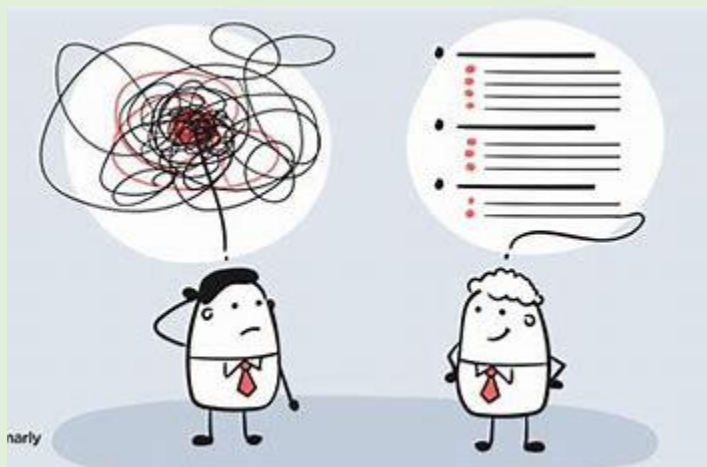
- Ida Orlando (1961) y Virginia Wiedenbach (1963), desarrollaron un proceso de tres fases: valoración, intervención, evaluación.
- En 1967 Yura y Walsh crearon uno de cuatro fases: valoración, planificación, intervención, evaluación.
- Bloch (1974), Roy (1975) y Mundiger, Jauron y Aspinall en 1976, añadieron la fase de diagnóstico, tratándose entonces de un Proceso de cinco pasos valoración, diagnóstico de Enfermería, expectativas intervenciones de Enfermería (órdenes o Plan de Cuidados), evaluación.

Inicio

Pérez Viltres M et al. (plantearon que en Cuba desde la década del 60 se viene trabajando en la búsqueda de nuevos métodos de trabajo con vista a elevar la calidad de la atención de Enfermería.



En esta etapa se implantó el Plan de Cuidados de Enfermería o Plan de Atención, el cual se instrumentó mediante el kardex que no es más que el (registro utilizado para el cumplimiento de las indicaciones médicas y órdenes de Enfermería).



Pérez Viltres M et al. consideran que no es posible lograr una atención completa sólo con el cumplimiento de los tratamientos médicos, se necesita de un pensamiento científico donde se aplique la base teórica de la profesión, el Proceso Atención de Enfermería que sirve de guía para el trabajo práctico: permite

- Organizar pensamientos.
- Observaciones e interpretaciones.
- Proporciona las bases para las investigaciones. contribuye a la promoción.
- Prevención.
- Curación.
- Rehabilitación de la salud del individuo, la familia y la comunidad.
- Exige del profesional capacidades profesionales y culturales.
- Para cubrir las necesidades afectadas y permite sintetizar conocimientos teóricos y prácticos.
- Además, permite cambiar el modo de actuación de enfermería de un modo automático a uno deliberado, responsable y profesional, que sea capaz de interpretar las necesidades afectadas del paciente para prestarle ayuda calificada.

Pasos.

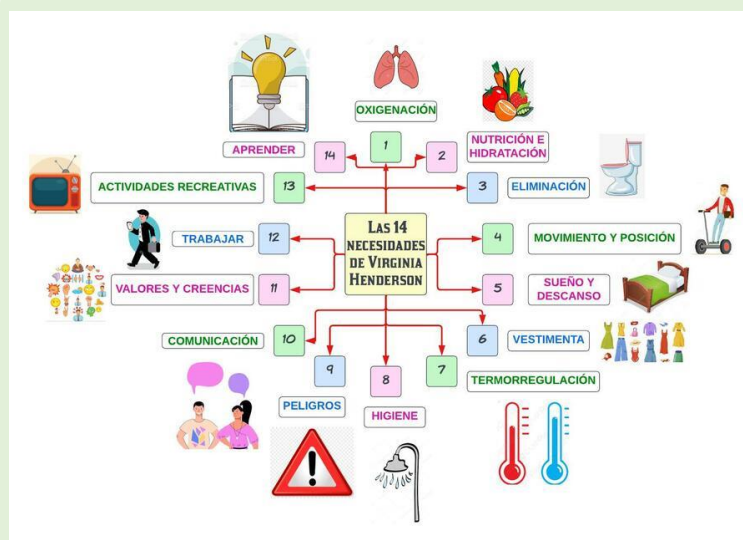
1. Valoración.

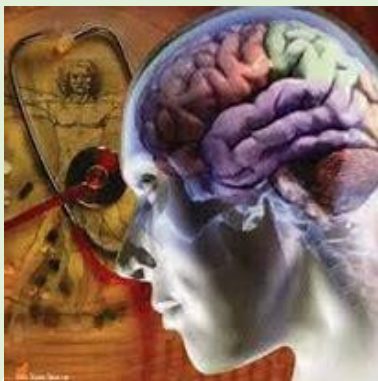
Es un proceso planificado, sistemático y continuo, que los profesionales de enfermería realizan mediante un pensamiento crítico para:

- Recolectar.
- Seleccionar.
- Organizar la información de salud y/o respuestas humanas de la persona sana o enferma.
- Con el fin de garantizar la efectividad y seguridad de los cuidados.

Para alcanzar dicho propósito, existen diversos modelos teóricos que fundamentan la forma de realizar la valoración como:

- Los patrones funcionales.
- Las necesidades humanas.
- El autocuidado.





Tipos de datos:

- Los correspondientes a las repuestas humanas.
- Fisiopatológicas como consecuencia de la enfermedad.

El profesional debe llevar a cabo una valoración de Enfermería completa y holística de cada una de las necesidades del paciente, sin tener en cuenta la razón del encuentro. Usualmente, se emplea un marco de valoración basado en una teoría de Enfermería o en la escala de Glasgow. En dicha valoración se contemplan problemas que pueden ser tanto reales como potenciales (de riesgo).

- Datos objetivos: son aquellos que se obtienen mediante la observación y la exploración física. Esta clase de datos involucra información que está asociada con el entorno sanitario del paciente y con sus sentidos: ya sea la vista, el oído, el tacto, el olfato o el gusto. Sin embargo, la recolección de datos objetivos también incorpora información que se pueda obtener del comportamiento, las acciones, el lenguaje corporal o el examen físico del paciente. La observación detallada del paciente será clave para recolectar adecuadamente datos objetivos, desde el contacto visual hasta los gestos o posiciones corporales que adopta mientras se le examina.



- Datos subjetivos: se obtienen por medio de la entrevista clínica y tienen que ver más con la información que provee el paciente sobre el motivo de su visita a la enfermería.



- Datos históricos consisten en situaciones o acontecimientos que han tenido lugar en el pasado. Estos datos son especialmente importantes para identificar las características de la salud normal del usuario y para determinar experiencias pasadas que pudieran tener algún efecto en el estado de salud actual del usuario.
- Datos actuales el padecimiento por el que llega el paciente a la unidad de salud.

Fuentes que se utilizan:

- Primarias:
 - ✓ Observación.
 - ✓ Exploración física.
 - ✓ Interrogatorio (directo o indirecto).
 - ✓ Estudios de laboratorio y gabinete.
- Secundarias:
 - ✓ Expediente clínico.
 - ✓ Referencias bibliográficas (artículos, revistas, guías de práctica clínica, etc.)



Fases:

- Recolección de datos llamada también **anamnesis** es la primera etapa del proceso de cuidados; Constituye un elemento importante de la planificación de los cuidados. Se lleva a cabo mediante 3 acciones que son fundamentales:
 - ✓ Observación lo utiliza como un primer paso para el conocimiento de la persona sobre la base de lo que representa, lo que es y lo que manifiesta, ya sea en forma verbal y/o en forma no verbal, lo que permite que parta de lo general o conocido, a lo particular o lo desconocido, de lo consciente a lo inconsciente.
 - ✓ Exploración física exploración que se practica a toda persona a fin de reconocer las alteraciones o signos producidos por la enfermedad, valiéndose de los sentidos y de pequeños aparatos o instrumentos llevados consigo mismo.
 - ✓ Entrevista es un diálogo que desentraña las historias detrás de los síntomas, un acercamiento genuino a las preocupaciones y necesidades de quienes confían en nuestra atención.



2. Diagnóstico.

Es un proceso fundamental en el campo de la enfermería, que permite identificar y clasificar los problemas de salud de los pacientes. Se trata de una herramienta clave para establecer un plan de cuidados individualizado y adecuado a las necesidades de cada persona. El diagnóstico de enfermería se realiza a través de una valoración exhaustiva del paciente, que incluye la recopilación de datos subjetivos y objetivos, así como el análisis de los resultados de pruebas y estudios médicos.

TIPOS.

1. Diagnóstico de enfermería actual se basa en la evaluación de los signos y síntomas actuales del paciente. Los enfermeros analizan los datos recopilados durante la valoración y los comparan con los criterios establecidos en las clasificaciones y taxonomías para determinar el diagnóstico de enfermería actual. Este diagnóstico es fundamental para identificar los problemas de salud actuales y establecer los cuidados necesarios.

2. Diagnóstico de enfermería de riesgo se realiza cuando existe la posibilidad de que el paciente desarrolle un problema de salud en el futuro. Los enfermeros evalúan los factores de riesgo presentes en el paciente y utilizan su conocimiento y experiencia para predecir la probabilidad de que ocurra una complicación o afección. El diagnóstico de enfermería de riesgo permite tomar medidas preventivas y brindar cuidados anticipados para evitar la aparición de problemas de salud.





3. Diagnóstico de enfermería de bienestar se enfoca en el estado de salud óptimo del paciente. Los enfermeros evalúan los factores que contribuyen al bienestar del paciente y reconocen los logros y fortalezas en su salud. El diagnóstico de enfermería de bienestar se utiliza para promover y mantener la salud, así como para prevenir problemas de salud futuros.

4. Diagnóstico de enfermería de síndrome se utiliza cuando el paciente presenta una serie de signos y síntomas que están relacionados y forman un patrón reconocible. Los enfermeros identifican estos patrones y los comparan con los criterios establecidos en las clasificaciones y taxonomías para determinar el diagnóstico de síndrome. Este diagnóstico ayuda a comprender y abordar los problemas de salud complejos que no se pueden explicar por un solo diagnóstico.

Objetivos

- Identificar las necesidades de salud del paciente.
- Evaluar el estado actual del paciente.
- Planificar intervenciones de enfermería específicas.
- Garantizar la adecuación, efectividad y centralización en el paciente del plan de atención.
- Abordar respuestas humanas de manera independiente.
- Prevenir, resolver o reducir problemas mediante actividades independientes de enfermería.



Pasos

- **Etiqueta diagnóstica:** Es el nombre del diagnóstico que utilizamos y está apoyado por referencias y revisiones bibliográficas.
- **Definición:** Es la descripción del diagnóstico y refuerza y aclara el significado de la etiqueta diagnóstica. También está sustentada y validada en referencias bibliográficas.
- **Factores relacionados:** Son los elementos que se sabe que están asociados a un problema de salud de forma específica. Sólo los diagnósticos enfermeros reales tienen factores relacionados.
- **Código diagnóstico:** Un número de cinco dígitos que no solo es un código, sino una identificación única para cada diagnóstico. Este código se convierte en la clave para la comunicación eficiente y precisa entre profesionales de la salud, proporcionando un lenguaje común.
- **Características definitorias:** Son las referencias observables y medibles que constituyen los signos y síntomas del problema de salud real. Estas no son solo manifestaciones; son las piezas clave que definen y representan el diagnóstico de salud en su totalidad. Son la piedra angular para una identificación precisa y un enfoque de tratamiento personalizado.
- **Factores de riesgo:** Estos elementos, que pueden ser físicos, genéticos, fisiológicos, entre otros, aumentan la probabilidad de que aparezca un problema de salud en el individuo, la familia o la comunidad. Son pistas cruciales que indican posibles desafíos futuros, permitiendo a los profesionales anticipar y abordar proactivamente las posibles amenazas para la salud.

3. Planificación.

Etapa de elaboración de estrategias para prevenir, minimizar o corregir los problemas, determinar resultados e intervenciones enfermeras, plasmando este plan de actuación de forma escrita en un plan de cuidados. A la hora de planificar los cuidados se deben llevar a cabo una serie de pasos que garanticen unos cuidados coherentes cuyo centro de atención es la persona.

Rara vez se pueden abordar todos a la vez, por lo que es necesario valorar cuáles de ellos necesitan una atención inmediata y cuáles pueden ser tratados posteriormente. Este proceso de establecimiento de prioridades lo debe hacer la enfermera con el paciente en conjunto, ya que el objetivo es ordenar la provisión de los cuidados enfermeros, de forma que los problemas más importantes o aquellos que amenazan la vida de la persona sean tratados antes que aquellos que son menos críticos.



Una vez recopilada esta información, se procede a establecer los objetivos de cuidado. Estos objetivos deben ser claros, específicos y alcanzables, y deben estar orientados a mejorar la salud y bienestar del paciente. En esta etapa, también se determinan las intervenciones y acciones que se llevarán a cabo para alcanzar dichos objetivos.

En resumen, la planificación de los cuidados es una etapa esencial en el proceso de atención de enfermería. A través de este proceso, se establecen los objetivos y acciones concretas que se llevarán a cabo para brindar una atención personalizada y de calidad. Es fundamental tener en cuenta la información relevante del paciente y fomentar la colaboración entre todos los involucrados en su cuidado.

4. Ejecución.

El enfermero tiene toda la responsabilidad en la ejecución del plan, pero incluye al paciente y a la familia, así como a otros miembros del equipo. En esta fase se realizarán todas las intervenciones enfermeras dirigidas a la resolución de problemas (diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes) y las necesidades asistenciales de cada persona tratada.

De las actividades que se llevan a cabo en esta fase cabe mencionar la continuidad de la recogida y valoración de datos, esto es debido a que por un lado se debe profundizar en la valoración de datos que quedaron sin comprender, y por otro lado la propia ejecución de la intervención es fuente de nuevos datos que deberán ser revisados y tenidos en cuenta como confirmación diagnóstica o como nuevos problemas.



Actividades.

- Continuar con la recogida y valoración de datos.
- Realizar las actividades de enfermería.
- Anotar los cuidados de enfermería. Existen diferentes formas de hacer anotaciones, como son las dirigidas hacia los problemas
- Dar los informes verbales de enfermería,
- Mantener el plan de cuidados actualizado.

5. Evaluación.

Se define como la comparación planificada y sistematizada entre el estado de salud del paciente y los resultados esperados. Evaluar, es emitir un juicio sobre un objeto, acción, trabajo, situación o persona, comparándolo con uno o varios criterios. Los dos criterios más importantes que valora la enfermería, en este sentido, son: la eficacia y la efectividad de las actuaciones.

Recogida de datos sobre el estado de salud/problema/diagnóstico que queremos evaluar. Comparación con los resultados esperados y un juicio sobre la evolución del paciente hacia la consecución de los resultados esperados.



Referencia bibliografica.

1. [Proceso de Atención de Enfermería como instrumento del cuidado, significado para estudiantes de último curso \(scielo.org.mx\)](#)
2. [Proceso Atención de Enfermería desde la perspectiva docente \(sld.cu\)](#)
3. [Significado de la valoración clínica en estudiantes de licenciatura en enfermería: Una costumbre \(scielo.org.mx\)](#)
4. [Valoración, proceso de atención de enfermería \(yoamoenfermeriablog.com\)](#)
5. [Datos objetivos y subjetivos en enfermería: Aprende a valorarlos \(agendapro.com\)](#)
6. [http://artemisa.unicauca.edu.co/%7Epivalencia/archivos/ProcesoDeAtencionDeEnfermeria-PAE.pdf](#)
7. [EXAMEN FÍSICO PARA ENFERMERÍA \(yoamoenfermeriablog.com\)](#)
8. [Entrevista clínica en Enfermería 【 Guía completa y práctica 】 \(enfermeriaactual.com\)](#)
9. [Diagnóstico de enfermería: ¿Qué es y cómo se realiza? - Zona Green](#)
10. [Diagnósticos de Enfermería - \(enfermera.org\)](#)
11. [Diagnósticos de Enfermería: Definiciones, Partes y Etapas \(enfermeriaactual.com\)](#)
12. [PLANIFICACIÓN, EJECUCIÓN, Y EVALUACIÓN PROCESO ENFERMERO \(yoamoenfermeriablog.com\)](#)