

NOMBRE DEL ALUMNO: HANNIA JIMENEZ
RUEDA

NOMBRE DEL TEMA: CUADRO SINOTICO
ETAPAS DE PROCESO DE ATENCION DE
ENFERMERIA

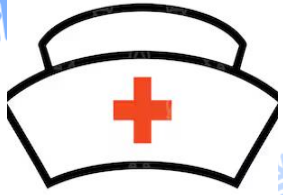
NOMBRE DE LA MATERIA: FUNDAMENTOS
DE ENFERMERIA

PARCIAL: 1ERO

E.E.Q: CECILIA DE LA CRUZ SANCHEZ

NOMBRE DE LA LICENCIATURA: LIC.
ENFERMERIA

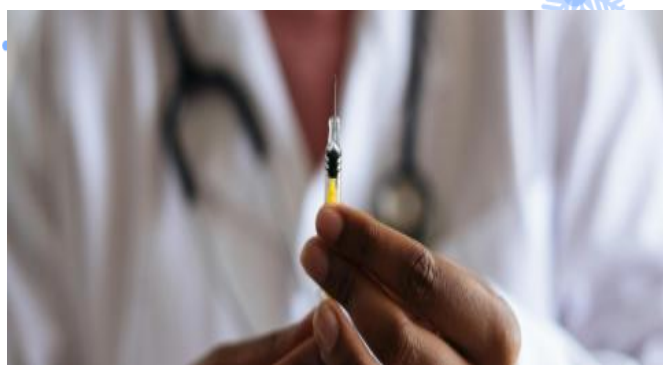
CUATRIMESTRE: 1



INTERPERTACION DE LOS TEXTOS:

Las etapas del proceso de enfermería se definen como el sistema de la práctica de enfermería, en el sentido de que proporcionan el mecanismo por el que el profesional de enfermería utiliza sus opciones, conocimientos y sus habilidades para diagnosticar y tratar las respuestas del cliente.

El proceso de enfermería esta constituido por una serie de etapa, subsecuentes, engranas, interrelacionada que son 5: **VALORACION, NDIAGNOSTICO, PLANEACION, EJECUSION, EVALUACION** donde cada una se relaciona permanentemente de forma clínica y dinámica.



PROCESO DE ENFERMERIA

En el año de 1953, fry propuso que la enfermería podría ser mas creativa mediante la formulación de diagnósticos y un plan de cuidados individualizado para favorecer una práctica más independiente y no estar guiada a una práctica sujetas a las indicaciones medicas. El proceso de enfermería y sus etapas, tiene la cualidad de adaptarse con base en un modelo teórico de enfermería



El proceso de enfermería tiene cualidades esenciales que lo caracterizan lo cual le dan un carácter propio a este método de cuidado:

SISTEMATICO: cada una de las etapas son fines didácticos se separan para su comprensión, pero en la implementación cada una de ellas se interrelaciona para el logro del objetivo del proceso de enfermería

ETAPAS: las etapas son las propuestas del método de cuidados, ya que se requiere de medios y de procedimientos para actuar, es decir, mientras el método sería el elemento conceptual utilizable para la coordinación de las operaciones, las etapas serían los elementos concretos para aplicar el proceso.



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

Es identificar el estado de salud del paciente y sus problemas de salud reales. Y potenciales para establecer ser planes que aborden las necesidades identificadas y aplicar intervenciones de enfermería específicas que cubran tales necesidades.

DINAMICO: el ser humano por naturaleza puede cambiar, en un instante, en lo emocional, fisico y social, por tal motivo cada etapa se adecuará a las necesidades de las personas, familiar o comunidad.

INTERACTIVO: es fundamental durante la implementación del método de cuidado, donde el profesional de enfermería se relaciona con la persona, la familia y la comunidad, lo cual es esencial para la individualización de dichos cuidados.

En la actualidad, las etapas del proceso de enfermería son 5 se sabe que inicia con la valoración, pero de forma paralela se diagnostica, planifica, ejecuta, evalúa, y cada una de ellas se sobrepone por que la persona como ser humano es cambiante dependiendo del entorno y las relaciones interpersonales que tenga con la familia



El proceso de enfermería en la actualidad hace que se adapte a cada circunstancia específica del individuo, familia y comunidad, se sustenta en un Marco teórico que le da una amplia base de conocimiento, tanto de la disciplina con aquellas que lo son afines.

FLEXIBLE: Los escenarios de practica del profesional de enfermería en la actualidad se encuentra en cuatro ámbitos: **ASITENCIAL, EDUCATIVO, ADMINISTRATIVO E INVESTIGACION**, y el proceso de enfermería se puede adaptar a acaba uno de ellos.

No cabe duda que la en enfermera inicia un proceso enfermero para el cuidado de una persona, esta sintetizado de manera simultánea conocimientos de pensamientos critico experiencia, estándares y actitudes.

SUTENTARSE TEORICAMENTE: por las características propias del proceso de enfermería y sus etapas, tienen la cualidad de adaptarse con base



La valoración, primera etapa del proceso, debe organizarse y sistematizarse para la recopilación de información sobre la situación de salud de la persona y su entorno mediante diversas fuentes. Se considera un paso muy importante porque obtener todas las decisiones e intervenciones se basan en la información obtenida de estas etapas



FUENTES PARA LA OBTENCION DE LOS DATOS: Significa de donde se puede originar la información y se puede obtener de diferentes formas: PRIMARIA O DIRECTA Y SECUNDARIA O INDIRECTA. La fuente directa es la persona a la que se va a cuidar, es la quien proporciona

. **REVISAR LOS PROPIOS DATOS (ESCALAS DE MEDICIÓN).**

. **SOLICITAR QUE OTRA PERSONA RECOLECTE EL MISMO DATO.**

. **REVISAR LOS DATOS CRÍTICOS.**

_ IDENTIFICAR QUE NO EXISTEN FACTORES TRANSISTORES



DEFINICION: consiste en reunir toda la información necesaria para obtener una imagen, lo mas clara y completa posible de las necesidades de la persona sus problemas y sus capacidades. Permite ala enfermera conocer ala persona que va a cuidar y determinar cuales es su situación actual.

LA OBSERVACION: es un proceso deliberado, que incluyen atención voluntaria y la inteligencia.

Es un sistema lógico, se realiza a través de los órganos de los sentidos, debe ser selectiva, objetiva, ilustrada y ordenada, pero, además, son fundamentales.

_ CUMPLIR NORMAS. _EVITAR JUICIOS DE VALOR.

_ REALIZAR ANOTACIONES CLARAS, COMPLETAS Y CONCISAS.

_ INFORMAR ANOTACIONES RELEVANTES E IMPOTANTES.

_EVITAR TACHADURAS O APLICACIÓN DE CORRECTOR Y ESPESIFICAR COMO ERROR/CORRECTO.

_ ACOMPAÑAR LAS INTREFERENCIA CON LA EVIDENCIA



FASES: La etapa para su interpretación e implementación requiere de fases: es importante considerar, que al igual que las etapas, las fases se separan para profundizar en los aspectos teóricos de la valoración y medios para su aplicación, pero en la practica se dan de manera simultánea.

VALIDACION DE LOS DATOS: Es fundamental para evitar la omisión de información relevantes, realizar interpretación incorrecta, llegar a conclusiones

OBJETIVOS: se obtienen de la opinión y percepción de la persona sobre si misma y su situación de salud, por ejemplo, ideas, síntomas, sentimientos, acontecimientos o ambos, de los cuales la enfermera no tiene la seguridad de confirmar en el momento pero que son esenciales para confirmar o destacar un diagnóstico de enfermería.

RELACION DE DATOS: es esencial por que se inicia el primer contacto con la persona, familia o comunidad, es un proceso dinámico y continuo. ¿QUE ES UN DATO? Es información que la persona, familia, comunidad o ambos vierten sobre su estado de salud.



Es importante considerar también el marco teórico que está sustentando el proceso de enfermería; por ejemplo, si es de modelo conceptual que virginia Henderson, dicha agrupación será por necesidades.

La recolección de datos es la obtención de la información referentes a las condiciones, desde el punto características: ser completa, sistemática y ordenada, seguir el modelo teórico(necesidades, patrones funcionales, requerimientos universales que plantea Orem, por mencionar algunos) bajo el cual sustenta el proceso de enfermería, por que con base el permitirá tener una secuencias para obtención de datos, el análisis de los datos y facilitando con ellos la implementación de las demás fases.



ANTECEDENTES: es la segunda etapa del proceso de enfermería, el termino diagnóstico de enfermería fue introducido en 1953 por Vere Fry, donde afirmaba que una vez identificadas las necesidades del paciente se pasa al siguiente apartado: formular un diagnóstico de enfermería. Años más tarde Johnson, Abdellah y otros autores escriben y definen el diagnóstico de enfermería como una función independiente



LAS ACTIVIDADES DE ENFERMERIA: la formulación del diagnóstico de enfermería va a depender del tipo de diagnóstico que se haya identificado a partir del análisis realizado.



VALORACION DEL DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA: Es el proceso de datos, en esta fase el profesional de enfermería intenta confirmar la exactitud de la interpretación de los datos. Estos consiguen con mayor frecuencia mediante la interacción directa con la persona, familia o comunidad y consultando con otros profesionales del equipo de salud a fin de comparar los datos con una referencia autorizada.

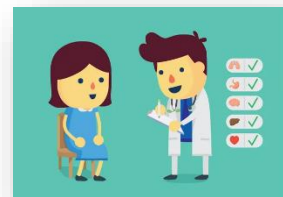


ANTECEDENTES: En el decenio 1970-79 la Asociación Norteamericana de Enfermeras (ANA, por sus siglas en ingles), reconoce de manera oficial los diagnósticos de enfermería, ya que los incluyen en los "estándares de las prácticas de enfermería". En 1982 se crea la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) que proporcionan la estructura organizativa y estable para el desarrollo de los diagnósticos de enfermería.



DEFINICION: enunciando de un juicio clínico sobre las reacciones a los problemas de salud y potenciales, a los procesos vitales de una persona, de una familia o colectividad. Los diagnósticos enfermeros sirven de base para pasar a la etapa de planeación (Phaneuf, M 1999).

REGISTRO DEL DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA: El registro va a depender de las recomendaciones que se hicieron de las etapas de valoración y también del tipo de diagnósticos de enfermería, es importante considerar que en el momento que se plantea un diagnóstico de enfermería es porque el profesional tiene injerencia en el cuidado de la persona, familia y comunidad y de sí mismo será líder ante otros profesionales del área de salud.



El termino de diagnóstico de enfermería fue introducido en 1953 por Vere Fry, donde afirmaba que una vez las necesidades del paciente son identificadas se pasa al siguiente apartado. escriben y definen el diagnóstico de enfermería como una función independiente.

ANALISIS DE DATOS: El análisis de los datos tiene como finalidad la identificación del problema e inicia con la clasificación de la información. Este proceso comienza después de la valoración de enfermería y permite al personal desarrollar clases de información mas manejables. También estimula la discriminación entre, lo cual ayuda al profesional de enfermería a centrarse en los datos que están relacionados con las necesidades concretas de la persona.



El juicio clínico es el acto del intelecto de emitir una apreciación, una opinión, de llegar a una conclusión a partir de un conjunto de signos y síntomas de referencia al estado de salud de una persona

1. **DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA DE PROMOCION DE SALUD**
2. **DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA DE RIESGO**
3. **DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA REAL**
4. **SINDROME es un juicio clínico que describe un conglomerado específico de diagnósticos enfermeros que ocurren juntos y que se tratan mejor en conjunto a través de intervenciones similares**

El diagnóstico de enfermería de riesgo, solo se conforma por dos enunciados: el primero es el problema y el segundo la posible causa que probablemente lo que está generando y esto permite al profesional plantear intervenciones de prevención para que no se manifieste el problema.



DEFINICION: Es considerado la tercera etapa del proceso de enfermería y es la elaboración de estrategias diseñadas para reforzar, evitar, reducir o corregir las respuestas de las personas.

ESTABLECER PRIORIDADES: las prioridades de las intervenciones de enfermería dependen del diagnóstico de enfermería, es donde se concluye la identificación del problema, en el cual se debe centrar el cuidado, y realizar acciones inmediatas en aquellas manifestaciones que representan una amenaza para la vida de la persona según las circunstancias, determinar medidas de prevención de riesgo que la comunidad, familia o individuo presentan.

ELABORAR UN OBJETIVO: el establecimiento de diagnósticos de enfermería y de prioridades individualizadas ayuda a terminar los objetos de cuidados, que se definen como pautas para la selección de las intervenciones enfermeras y los criterios para su evolución. El propósito de registrar los objetivos y los resultados esperados se centra en proporcionar una guía para las intervenciones enfermeras individualizadas y en formular estándares para determinar la eficacia de las intervenciones

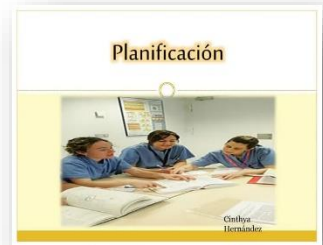
DETERMINAR LOS CUIDADOS DE ENFERMERIA: cuidados, intervenciones, estrategias o acciones de enfermería se seleccionan después de haber establecidos los objetos y los resultados esperados. Los cuidados son las acciones pensadas para ayudar al individuo a progresar del estado presente de salud al que se describe en el objetivo y se mide en los resultados esperados.

Las independientes son toda aquella acción que son competencia exclusiva del profesional de enfermería, y es quien, con base en sus conocimientos y experiencia, toman decisiones, la enfermera se coordina con el equipo que contribuye a la solución de diagnóstico de enfermería o en un momento dado replantearlo.



DOCUMENTAR EL PLAN DE CUIDADOS: posterior a la identificación de las intervenciones se procede a conformar el plan de cuidados, el cual integra tanto el diagnóstico, objetivos, resultados esperados, actividades o estrategias y evaluación específica de enfermería.

La documentación también es el registro que la enfermera realiza de los componentes de un plan de cuidados en un formato especial, permite guiar.



La documentación también es el registro que la enfermera realiza de los componentes de un plan de cuidados en un formato especial, permite guiar las intervenciones de enfermedad y registrar resultados alcanzados. Y de acuerdo a su registro los planes de cuidados pueden ser individualizado.



CUARTA ETAPA "DE EJECUCION"

Es la cuarta etapa del proceso de enfermería, que comienza una vez que se han elaborado los planes de cuidados "y 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.

Preparación: Según Alfaro, prepararse para actuar implica asegurarse de que sabe qué va a hacer, por qué va a hacerlo, cómo lo hará y cómo reducirá los riesgos de lesiones. Implica realizar las intervenciones enfermeras con pleno conocimiento de las razones y principios implicados, observando con cuidado las respuestas

4. las acciones de enfermería a menudo requieren componentes de educación. Apoyo y bienestar.
5. las acciones de enfermería debe ser siempre holísticas.
6. las acciones de enfermería deben respetar la dignidad del paciente y favorecer su autoestima, a través de darle intimidad y fomentar que tome sus propias decisiones.
7. la participación activa del individuo en la ejecución de las acciones de enfermería debe fomentarse según lo permite se salud.

La fase de 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 y delegar cuidados enfermeros que se apeguen a tareas correctas, persona correcta, comunicación correcta y evaluación correcta.

LA REVALORACION CONCISTE EN ANALIZAR LAS ACCIONES, CARACTERISTICAS DEL PACIENTES Y COMPATIBLES CON LAS INTERVENCIONES DE OTROS PROFECIONALES, PROPORCIONA UN MECANISMO QUE PERMITE ALA ENFERMERA DETERMINAR SI LA ACCION PROPUESTA RESULTE ADECUADA DEBIDO A LOS CAMBIOS EN EL ESTADO DE LA PERSONA, PUEDE NECESITAR UNA MODIFICACION DE CUIDADO ENFERMERO PLANIFICADO.

DOCUMENTACION: es el registro que realiza la enfermería en las notas de enfermería, documentos legales permanentes del paciente y como requisitos indispensables de todas las instituciones de salud.



La revaloración consiste en analizar las acciones, características del paciente y compatibles con las intervenciones de otros profesionales, proporciona un mecanismo que permite a la enfermera determinar si la acción propuesta resulta adecuada debido a los cambios en el estado de la persona, puede necesitar una modificación del cuidado enfermero planificado

INTERVENCION: es la implementación del plan de cuidados, y también describe 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. La implementación convierte el plan de cuidado en una acción.



La implementación del proceso enfermero tiene cinco pasos: reevaluación de la persona, revisión y modificación del plan de cuidados urgente, organización de los recursos y de la prestación de cuidados, anticipación y prevención de las complicaciones e implementación de las intervenciones de enfermería

1. la enfermera debe estar actualizada de los fundamentos teóricos, metodológico y técnicas de las actuaciones y de cualquier posible efecto secundario de las complicaciones de las actividades.
2. Las acciones de enfermería están adaptadas al individuo, es fundamental considerar las creencias de las personas, sus valores, edad, estados de salud y entorno, factores que pueden afectar a la acción de enfermería.
3. las acciones de enfermería a menudo requieren competentes de educación, apoyo y bienestar. Estas actividades de enfermería independientes a menudo pueden aumentar la eficacia de una acción de enfermería específica.

EVOLUCION DEL LOGRO DE OBJETIVOS: el objetivo se especifica la conducta o la respuesta del estado de salud. La enfermera evalúa los objetivos tras comparar los datos de la evaluación con los resultados esperados.

Por lo último, si el paciente ha logrado todos los objetivos establecidos y no se han identificado nuevos problemas, es que ha logrado el propósito de los cuidados de enfermería.

La evaluación se produce cuando compara los datos con los objetivos y realizar un juicio sobre el progreso de la persona. Los objetivos de este juicio, el cual se basa en la capacidad de analizar de forma crítica la información presentada, pueden llevar a la revisión del plan de cuidados-



Cuando un objetivo se ha cumplido, la enfermera sabe que las intervenciones han tenido éxito en cuanto a la mejora del bienestar del individuo, la familia o comunidad. Los datos nuevos o las respuestas de la persona se comparan con los criterios de resultados.

Es decir, cuando se ordenan 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: identificación de las variables que afectan el logro de los objetivos y modificación/finalización del plan de cuidados.

Los datos nuevos o las respuestas de las personas se comparan con los criterios de resultados para determinar si se han producido los cambios previstos.



MEDIDAS Y FUENTES DE EVALUACION: son las habilidades de valoración y las técnicas empeladas para recoger los datos de la evaluación. Mientras al propósito de la valoración es identificar si existe algún problema, la intención de la evaluación trata de terminar

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.

Es decir, se produce cuando compara los datos y se determina que otros hechos se necesitan para evaluar el progreso de la persona, se utiliza el razonamiento crítico y la habilidad analítica: identificación de las variables que afectan el logro de los objetivos y de modificación/finalización del plan de cuidados.



CONCLUSION:

en estas etapas de enfermería hablaremos sobre los 5 procesos de enfermería. Todo lo anterior, permite concluir que es de vital importancia que se fortalezca desde la academia el Proceso de Enfermería como instrumento fundamental para brindar cuidado de enfermería, comenzando con los docentes que se encargan de supervisar las prácticas de los estudiantes, afianzando previamente sus conocimientos sobre la aplicación de éste de forma conjunta, para hacer fácil la transición de la parte teórica del proceso a la práctica propiamente dicha, entendiéndolo como un instrumento necesario para el uso diario, que permite el registro por turnos de la labor de Enfermería. Señalar que también es un compromiso para los colegas de Enfermería en todos los ámbitos del ejercicio profesional que se actualicen de manera continua con el avance de la profesión y que desde los líderes de Enfermería en los servicios de salud tanto en el contexto individual como de colectivos se fomente y apoye la aplicación del proceso de Enfermería y la investigación para demostrar con evidencia la necesidad y perfeccionamiento de la profesión. Ería.

BIBLIOGRAFIA:

[1] Grupo de Cuidado. Dimensiones del cuidado. Facultad de Enfermería. Universidad Nacional de Colombia. Unibiblos. Bogotá. Colombia. 1998. p.8.

[2] P. Iyer, B. Taptich, y D. Bernocchi. Proceso de enfermería diagnósticos de enfermería. 3ra edición. MC Graw-Hill. 1997. p.11.

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

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

Barrera, S. R., y 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. Revista Habanera de Ciencias Médicas, 19(3), e3229. Epub 10 de julio de 2020. Recuperado en 19 de agosto de 2022, de