



UDS
Mi Universidad

Cuadro sinóptico

Nombre del Alumno: **DOLLYS SANCHEZ VILLAFUERTE**

Nombre del tema: **ETAPAS DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA**

Parcial: **1ero**



Nombre de la Materia: **FUNDAMENTOS DE ENFERMERIA**

Nombre del profesor: **EEQX. CECILIA DE LA CRUZ SÁNCHEZ**

Nombre de la Licenciatura: **LIC. EN ENFERMERIA**

Cuatrimestre: **1ero D**

Pichucalco Chiapas, 11 de octubre 2024



PROCESO DE ATENCIÓN EN ENFERMERÍA

El proceso de atención de enfermería (PAE), es la aplicación del método científico en la práctica asistencial enfermera, lo que nos permite prestar cuidados de una forma racional, lógica y sistemática, lo que resulta de vital importancia cuando se trabaja en el ámbito de las urgencias.

OBJETIVO

Constituir una estructura que pueda cubrir, individualizándolas, las necesidades del paciente, la familia y la comunidad.

Identificar las necesidades reales y potenciales del paciente, familia y comunidad.

Establecer planes de cuidados individuales, familiares o comunitarios.

Actuar para cubrir y resolver los problemas, prevenir o curar la enfermedad.

CARACTERÍSTICAS



Tiene una finalidad: Se dirige a un objetivo.

Es sistemático: Implica partir de un planteamiento organizado para alcanzar un objetivo.

Es dinámico: Responde a un cambio continuo.

Es interactivo: Basado en las relaciones recíprocas que se establecen entre la enfermera y el paciente, su familia y los demás profesionales de la salud.

Es flexible: Se puede adaptar al ejercicio de la enfermería en cualquier lugar o área especializada que trate con individuos, grupos o comunidades. Sus fases pueden utilizarse sucesiva o conjuntamente.

Tiene una base teórica: El proceso ha sido concebido a partir de numerosos conocimientos que incluyen ciencias y humanidades, y se puede aplicar a cualquier modelo teórico de enfermería.



ETAPAS DEL PROCESO DE ATENCIÓN

PRIMERA ETAPA
"VALORACIÓN DE ENFERMERÍA"



SEGUNDA ETAPA
"DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA"



TERCERA ETAPA
"PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS"



CUARTA ETAPA
"EJECUCIÓN"



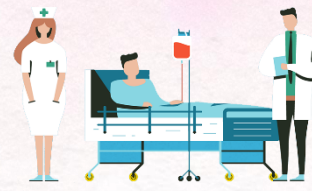
QUINTA ETAPA
"EVALUACIÓN DE ENFERMERÍA"



TIPOS DE VALORACIÓN

Según la complejidad del examen

- Valoración Global o inicial.**
 - Cubre todas las perspectivas.
 - Es la primera valoración a paciente
- Valoración Focalizada o continua.**
 - Centrado en situaciones clínicas
 - Situado en problemas concretos



Según su sistemática

- Valoración siguiendo el orden de "cabeza a pies".
- Valoración por "sistemas y aparatos".
- Patrones Funcionales de Salud de Marjory Gordon.
 1. Percepción y manejo de la salud.
 2. Nutricional y metabólico
 3. Eliminación
 4. Actividad y ejercicio.
 5. Sueño y descanso.
 6. Cognitivo y perceptual.
 7. Auto percepción y autoconcepto.
 8. Rol y relaciones.
 9. Sexualidad y reproducción.
 10. Adaptación y tolerancia al estrés.
 11. Valores y creencias.
- Necesidades de Virginia Henderson.
 1. Respirar normalmente.
 2. Comer y beber adecuadamente.
 3. Eliminación de los desechos del organismo.
 4. Movimiento y mantenimiento de una postura adecuada.
 5. Descansar y dormir.
 6. Seleccionar vestimenta adecuada, vestirse y desvestirse.
 7. Mantener la temperatura corporal.
 8. Mantener la higiene corporal y la integridad de la piel.
 9. Evitar los peligros del entorno.
 10. Comunicación y relación con los demás.
 11. Valores y Creencias.
 12. Autorrealización.
 13. Entretenimiento y ocio.
 14. Aprendizaje.



PRIMERA ETAPA: VALORACIÓN DE ENFERMERÍA

Es la primera fase del proceso de Enfermería que consiste en la recogida y organización de los datos que conciernen a la persona, familia y entorno. Son la base para las decisiones y actuaciones posteriores.

FASES DE VALORACIÓN

Recolección de datos

- Entrevista de Enfermería**
 - Los principales tipos de entrevista según su estructura son:
 - Entrevista estructurada y dirigida.
 - Entrevista semiestructurada o semidirigida.
 - Entrevista no estructurada o libre.
- La observación.**
 - Proviene del
 - sentido
 - entorno
 - interacción de ambos
- La exploración física.**
 - Se realizan después de la entrevista clínica.

Con el fin de evitar interferencias cognitivas, sociales o emocionales, las enfermeras al entrevistar a un paciente, tenemos que transmitir las siguientes habilidades:

- Calidez.
- Empatía.
- Respeto.
- Concreción.
- Asertividad.

Validación de los datos.

Consiste en confirmar que los datos objetivos y subjetivos que se han obtenidos son verdaderos.

- Inspección**
 - Características físicas tamaño, forma, posición, localización anatómica, color, movimiento, simetría etc
- Palpación:**
 - Características de algunas estructuras corporales situadas debajo de la piel a fin de conocer su tamaño, forma, textura, temperatura, humedad, pulsación.
- Percusión**
 - Golpeteo suave con un dedo o dedos sobre la superficie corporal y análisis acústico de los sonidos producidos, que varían dependiendo del tipo de estructura que haya debajo.
- Auscultación**
 - Escucha de los sonidos producidos por los órganos corporales. Esta técnica permite identificar la frecuencia, intensidad, calidad y duración de los sonidos detectados..

Organización de los datos.

La información recogida será agrupada, de tal manera que se facilite y oriente la etapa de diagnóstico

Registro de la valoración.

Los objetivos de un registro correcto de la valoración son:

- Establecimiento de un sistema de comunicación entre el personal sanitario.
- Extraer conclusiones sobre la efectividad de los cuidados aplicados.
- Validar un testimonio legal.





SEGUNDA ETAPA: DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA

Es el juicio o conclusión que se produce como resultado de la valoración de Enfermería.

V E N T A J A S

- Adoptar un vocabulario común.
- Identificar los problemas de las personas.
- Centrar los cuidados en aspectos de enfermería.
- Ofrecer a la persona cuidados de calidad, personalizados, humanizados.
- Facilitar la coordinación del trabajo en equipo.
- Dar mayor prevención.
- Proporcionar elementos de información.
- Establecer una base para la evaluación.
- Dar al trabajo de enfermería un carácter más científico y profesional.
- Acentuar la importancia del rol de la enfermera.



C A R A C T E R Í S T I C A S

-Los diagnósticos de enfermería se centran en los problemas derivados de las respuestas humanas acontecidas tras una alteración de la salud particular.

-Así, las respuestas humanas son los actos de adaptación que se producen en una persona ante una situación clínica específica.

-Los diagnósticos de enfermería describen las respuestas de los pacientes ante situaciones clínicas que pueden ser tratadas o abordadas por las enfermeras.

FORMULACION DE UN DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

Es la base sobre la que se sustentan las intervenciones enfermeras. La importancia de esta fase para la resolución del problema de salud es reflejada en la formulación del diagnóstico.

PROBLEMA. Es la parte que guía y define el resto del diagnóstico. Estará compuesto por la etiqueta diagnóstica y su definición.

ETIOLOGIA. Se definirán los diferentes factores relacionados o agentes causales que pueden haber provocado la respuesta de salud en el paciente. Se pueden describir como antecedentes, asociados con, y habitualmente como "relacionado con". La etiología, o el "relacionado con", suele expresarse con la abreviación "r/c".

SINTOMATOLOGÍA. Se refiere a los signos y síntomas que tiene el paciente, los cuales especifican la magnitud de la respuesta producida.

TIPOS DE DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

Los diagnósticos NANDA-I se pueden categorizar en las siguientes categorías:

Diagnóstico Enfermero Real o Focalizado en el Problema

Juicio clínico en relación con una respuesta humana no deseada de una persona, familia, grupo o comunidad, a una afección de salud/proceso vital.

COMPUESTO POR: tres elementos del formato P.E.S.: problema, etiología y signos y síntomas.

Diagnóstico Enfermero de Riesgo

Juicio clínico en relación con la vulnerabilidad de una persona, familia, grupo o comunidad para desarrollar una respuesta humana no deseada a una afección de salud/proceso vital. Está apoyado por factores de riesgo que contribuyen al aumento de vulnerabilidad.



Diagnóstico Enfermero de Promoción de la Salud

Es un juicio clínico sobre la motivación y deseo de una persona, familia o comunidad de aumentar su bienestar, actualizar su potencial humano de salud, y mejorar conductas de salud específicas.





POR FALTA DE :

- Disponibilidad de la enfermera.
- De la familia.
- Posibilidades reales de intervención
- Falta de recursos económicos, materiales y humanos



**E
T
A
P
A
S
E
N
E
L
P
L
A
N
D
E
C
U
I
D
A
D
O**

Establecer prioridades en los cuidados.

Selección. Todos los problemas y/o necesidades que pueden presentar una familia y una comunidad raras veces pueden ser abordados al mismo tiempo



Planteamiento de los objetivos del cliente con resultados esperados.

- Determinación de prioridades.
- Para determinar resultados NOC e intervenciones NIC que realizaremos para solucionar el problema de salud, es necesario fijar unas prioridades.
- Siempre será necesario consensuar con el paciente la importancia relativa de cada diagnóstico, con el fin de tratar primero los problemas más importantes.

Es determinar los criterios de resultado. Describir los resultados esperados, tanto por parte de los individuos y/o de la familia como por parte de los profesionales.

Resultados de Enfermería NOC.

La NOC es la clasificación estandarizada de resultados de enfermería, que tiene como principal objetivo evaluar la eficacia de las intervenciones enfermeras.

- Los Resultados NOC tendrán los siguientes componentes:
- Etiqueta.
 - Definición.
 - Listado de indicadores.
 - Escala de Likert. 1 la peor puntuación y 5 la puntuación más deseable
 - Bibliografía.

Intervenciones de Enfermería NIC.

Se entiende como intervención de enfermería NIC, todo tratamiento basado en el conocimiento y juicio clínico, que realiza un profesional de enfermería para favorecer el resultado esperado del paciente.

- Los Intervenciones NIC tienen los siguientes componentes:
- Etiqueta.
 - Código.
 - Definición.
 - Actividades.
 - Bibliografía.

- Aprobación de la intervención seleccionada por parte del paciente.
- Resultados esperados en el paciente.
- Etiología y sintomatología relacionada con el diagnóstico de enfermería.
- Soporte científico de la intervención.
- Posibilidad de utilizar en la práctica una intervención.
- Conocimientos y habilidades para realizar la intervención.



TERCERA ETAPA "PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS"

Se desarrollan estrategias para prevenir, minimizar o corregir los problemas, así como para promocionar la Salud.

CONLLEVA LAS SIGUIENTES ACTIVIDADES

- Continuar con la recogida y valoración de datos.
- Registro de los cuidados de enfermería realizados.
- Transmitir el estado de salud de nuestros pacientes al resto de los profesionales sanitarios que intervienen directamente en su atención, mediante la realización informes verbales.
- Actualizar el plan de cuidados de enfermería.

EXISTEN DOS TIPOS DE PLANES DE CUIDADOS:

- Planes Individualizados.** Documentan la valoración, diagnósticos, resultados NOC e intervenciones NIC para un paciente particular.
- Planes Estandarizados:** son protocolos generales perfeccionados, que resultan útiles cuando los problemas son predecibles en relación con una respuesta humana alterada.

SE DEBERÁN COMPLETAR LOS SIGUIENTES REGISTROS:

- Valoración de enfermería.
- Diagnósticos de enfermería.
- Resultados NOC. Los indicadores de los resultados serán puntuados antes de ejecutar las intervenciones de enfermería y periódicamente mientras se aplican las intervenciones.
- Intervenciones NIC.

REGISTRO DEL PLAN DE CUIDADOS

CUARTA ETAPA EJECUCIÓN

Es la realización o puesta en práctica de los cuidados programados.



INFORMATIZACIÓN DEL PLAN DE CUIDADOS

Los principales beneficios que provoca la informatización de los planes de cuidados

- Mejora en la comunicación dentro del equipo de cuidados de la salud.
- Facilita la aplicación de un lenguaje estandarizado.
- Descripción del conocimiento y habilidades de la clínica enfermera.
- Eficacia en la gestión de cuidados.
- Evidencia clínica.
- Facilita la formación.
- Evidencia de las Intervenciones enfermeras.
- Registro rápido, claro y conciso.
- Ausencia de las iatrogenias causadas por una interpretación errónea de la información manuscrita.
- Se evita duplicar información.
- Eliminación del registro físico o papeleo.





QUINTA ETAPA "EVALUACIÓN DE ENFERMERÍA"

Comparar las repuestas de la persona, determinar si se han conseguido los objetivos establecidos.

F A S E S D E L A E V A L U A C I Ó N

LA EVALUACIÓN SE COMPONE DE:

- Medir los cambios del paciente/cliente.
- En relación a los objetivos marcados.
- Como resultado de la intervención enfermera
- Con el fin de establecer correcciones.

Puntuación de los indicadores.

-De la misma manera que en la etapa de planificación, se otorgará para cada indicador seleccionado una puntuación de entre 1 y 5 puntos mediante de una escala de Likert.

-Tipos de indicadores NOC.

- Datos anatomofisiológicos.
- Síntomas.
- Conocimientos.
- Competencias o Habilidades.
- Sentimientos.
- Valores y Creencias.



Comparación de los resultados.

Las puntuaciones obtenidas tras la realización de las intervenciones serán comparadas con la puntuación previa a la ejecución de los cuidados de enfermería.

Tres posibles conclusiones (resultados esperados), a las que podremos llegar:

1.- El paciente ha alcanzado el resultado esperado.



2.- El paciente está en proceso de lograr el resultado esperado.



3.- El paciente no ha alcanzado el resultado esperado y no parece que lo vaya a conseguir



CONCLUSIÓN

Como futuros profesionistas en enfermería, debemos estar familiarizados y conocer cual es el proceso de atención que debemos seguir, para ser eficaces y eficientes en nuestra labor.

El proceso de atención en enfermería, es un método de 5 etapas que nos proporcionan el mecanismo y las pautas para ser profesionales. Se convierte en la metodología mas importante porque esta basado en el método científico.

Cabe mencionar que estos 5 pasos que son: valoración, diagnostico, planeación, ejecución y evaluación componen la perspectiva de todo buen profesional de enfermería. Si se llevan correctamente se obtienen buenos resultados.

El proceso de enfermería se caracteriza por ser sistemático, ya que se realiza secuencialmente de una forma periódica, controlada y organizada; también es dinámico porque las necesidades de las personas pacientes son cambiantes.

Para aplicar este proceso, el profesional de enfermería tiene que tener conocimientos y habilidades para poder llevarlos a cabo sin problemas, comprender los conceptos y teorías de las ciencias básicas.

El proceso de atención en enfermería será pues lo que nos ayude a desarrollar plenamente nuestra profesión, porque se rige desde las necesidades más básicas de un paciente.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1.- Eva Reyes Gómez. FUNDAMENTOS DE ENFERMERIA. Ciencia, metodología y tecnología. Editorial El manual Moderno. Pág. 70-71

2.-Antología Fundamentos de Enfermería. Universidad del Sureste.

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

