



CUADRO SINÓPTICO

Nombre del alumno: keidi Janeth Álvarez Rincón

Nombre del tema :Etapas del proceso de atención de Enfermería.

Parcial: 2

Nombre de la materia : Fundamentos de enfermería.

Nombre del profesor: E. E. Q Cecilia De La Cruz Sánchez.

Nombre de la licenciatura: Licenciatura en enfermería.

Cuatrimestre: 1

Las etapas del proceso de atención de enfermería (PAE) son cinco: Valoración, Diagnóstico, Planificación, Ejecución, Evaluación.

Estas etapas son interrelacionadas y se abordan de forma individual en la teoría, pero se superponen en la práctica diaria.

La valoración es la base de las demás etapas y se considera la piedra angular del PAE. En esta etapa se recopilan datos del paciente para conocer su situación, principalmente a través de su historial médico, el paciente, su familia o alguna persona relacionada con él.

El diagnóstico se basa en la valoración de los datos recopilados y se llega a una conclusión desde el punto de vista de la enfermería. El diagnóstico de enfermería puede ser diferente del diagnóstico médico.

En la etapa de planificación se establecen los cuidados de enfermería que se van a realizar. En la ejecución se ponen en práctica las decisiones tomadas en la etapa anterior. En la evaluación se determina si el estado del paciente se corresponde con los resultados esperados.

El PAE es la aplicación de la resolución científica de problemas a los cuidados de enfermería.

VALORACIÓN DE ENFERMERÍA

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 todas las decisiones e intervenciones se basan en la información obtenida de esta etapa



PRIMERA ETAPA : VALORACION DE ENFERMERÍA.

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 práctica se dan de manera simultánea

RECOLECCIÓN DE DATOS

Se clasifica en inicial y focalizada. La inicial se da en la primera entrevista con la persona y constituye el punto de partida para determinar el problema o necesidad prioritario (a) del individuo, sus hábitos y comportamiento, tratando siempre de ver al ser humano de una manera holística. La focalizada consiste en identificar de manera concreta el problema; es decir, es la búsqueda de la información en una dirección determinada, a través de ella se confirma o descarta un problema sobre un punto específico de la persona.

VALIDACIÓN DE DATOS

verificar y confirmar los datos para determinar si responden a los hechos. Es fundamental para evitar la omisión de información relevante, realizar interpretación incorrecta, llegar a conclusiones precipitadas o ambas, a través de: Revisar los propios datos (escala de medición)/Solicitar que otra persona recolecte el mismo dato/Identificar que no existen factores transitorios/ Revisar los datos críticos/ Comprobar congruencia entre los datos

ORGANIZACIÓN DE DATOS

Consiste en la 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 DATOS

Consiste en informar y registrar los datos que se obtuvieron durante la observación, entrevista y exploración física. En este sentido se sugiere seguir las siguientes recomendaciones para el registro de los datos/Escribir con letra clara y con tinta indeleble/Evitar dejar espacios en blanco/Cuidar la ortografía y evitar abreviaturas/Anotar siempre la fecha y hora en que se realiza el registro/Escribir toda la información que proporcionó el equipo de salud/ Registrar cuando un usuario o su familia rechazan determinado cuidado o medida terapéutica.

Antecedentes: es la segunda etapa del proceso de enfermería, el término diagnóstico de enfermería fue introducido en 1953 por Vera Fry, Donde afirmaba que una vez identificadas las necesidades del paciente se pasa al siguiente apartado :formular un diagnóstico de enfermería.



SEGUNDA ETAPA: DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA

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. Los diagnósticos enfermeros sirven de base para pasar a la etapa de planeación. 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 en referencia al estado de salud de una persona.

Las intervenciones de enfermería son estrategias concretas diseñadas para ayudar a la persona, familia o comunidad a conseguir los resultados esperados, son genéricas y cada una de ellas incluye varias actividades. Las intervenciones de enfermería pueden ser:

1. **Interdependientes:** actividades que el personal de enfermería lleva a cabo junto a otros miembros del equipo de salud; pueden implicar la colaboración de asistentes sociales, expertos en nutrición, fisioterapeutas, médicos, entre otros.
2. **Independientes:** acciones que ejecuta el personal de enfermería dirigidas a la atención de las respuestas humanas, para las cuales está legalmente autorizada a realizar gracias a su formación académica y experiencia profesional. Son actividades que no requieren la indicación médica previa.

Las actividades de enfermería

- Las ventajas del diagnóstico de enfermería son:
- 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.
 - Desarrollar el saber enfermero.

Las actividades de enfermería son todas las acciones que realiza la enfermera para llevar a cabo la intervención y que le permitirá avanzar hacia el resultado esperado. También una intervención se define como "cualquier tratamiento, basado en el conocimiento y juicio clínico, que realiza un profesional de enfermería para favorecer los resultados esperados del paciente"

Consulta inmediata a **TAXONOMÍAS NANDA, NIC, NOC** en **ClinicalKey Student**

Cómo integrarlo en el plan de estudios

Para integrar con éxito la plataforma **ClinicalKey Student** con las taxonomías **NANDA-I, NIC** y **NOC** en el plan de estudios, nuestros expertos sugieren algunas estrategias:



Brindar a los miembros del cuerpo docente y discente capacitación integral y apoyo continuo del equipo especializado de Elsevier.



Hacer una revisión sistemática de los contenidos ofrecidos y a que materias/ asignaturas apoyan.



Amplia utilización de métodos de acceso ya disponibles en otras plataformas de Elsevier, como IP, Proxy, VPN, Open Athens, Shibboleth, Red Iris e códigos de acceso individualizados.



Estrategias efectivas de gestión de datos como uso de estadísticas detalladas por tipo de contenido accedido, fecha y número de usuarios.



Al abordar estos desafíos, la educación en enfermería puede aprovechar plenamente los beneficios de la plataforma **ClinicalKey Student** y **mejorar la experiencia de aprendizaje de los estudiantes**.



Fuente: Elsevier Docencia.

NANDA-I, NIC , NOC (NNN)

Uso en seis fases del proceso enfermero



NANDA-I, NANDA Internacional; NIC, Clasificación de intervenciones de enfermería; NOC, Clasificación de resultados de enfermería

TAXONOMÍA NANDA/NOC/NIC

Kozier cita a Rash, quién refiere que la taxonomía es la ciencia que identifica y clasifica. También estudia teoría de clasificaciones sistemáticas incluyendo sus bases, principios procedimientos y reglas. Un sistema de clasificación de los grupos, clases o conjuntos. El diagnóstico de enfermería proporciona la base para elegir las intervenciones enfermeras para conseguir los resultados de los que el profesional enfermero es responsable.

Establecer prioridades : las prioridades en las intervenciones de enfermería dependen del diagnóstico de enfermería, en 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 o según las circunstancias determinar medidas de prevención de riesgo que la comunidad, familia o individuo presentan.

Determinar los cuidados de enfermería :Cuidados, intervenciones, estrategias o acciones de enfermería se seleccionan después de haber establecido los objetivos y los resultados esperados.

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.

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 las personas. Consta de 4 fases, las cuales son :

1. _Establecer prioridades
2. _Elaborar Objetivos
3. _Determinar los cuidados de enfermería
4. _Documentar el plan de cuidados

4.-Los verbos que se deben evitar por ser no mensurables son: saber, comprender, apreciar, pensar, aceptar, sentir.
5.-Verificar que los objetivos y los indicadores sean medibles, considerando los siguientes componentes para formular objetivos muy específicos que puedan usarse para identificar las intervenciones, controlar los progresos, ser realistas respecto a las capacidades actuales y potenciales de la persona, y asimismo estén escritos en forma tal que especifiquen el momento en que se espera alcanzarlos y proporcionen las directrices para la continuidad de los cuidados:



Elaborar Objetivos : el establecimiento de diagnóstico de enfermería y prioridades individualizadas ayudan a determinar los objetivos de cuidados que se definen como pautas para la selección de las intervenciones enfermeras y los criterios para su evaluación. Los objetivos identifican los beneficios que espera ver en la persona después de brindar cuidados enfermeros.

1.-Los objetivos a corto plazo describen los beneficios tempranos que se esperan de las intervenciones enfermeras (minutos, horas, día, entre otros).
a) Los objetivos a largo plazo describen las ventajas que se esperan ver en cierto momento después de haber puesto en marcha el plan (semanas, meses, entre otros).
b) El sujeto del objetivo es la persona o una parte de ella misma.
2.-Los objetivos se diseñan a partir de los problemas identificados.
3.-El registro de los objetivos se anota usando términos mensurables (son verbos que describen exactamente lo que se espera ver u oír cuando haya alcanzado el objetivo),

TERCERA ETAPA : PLANIFICACION de cuidados

Ejecución



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. “Realizar las intervenciones enfermeras significa estar preparada, ejecutar las intervenciones, determinar la respuesta y hacer los cambios necesarios”.

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 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.

primera fase de ejecución

Preparación : Según Alfaro, prepararse para actuar implica asegurarse de que sabe qué va 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. Si no obtiene la respuesta deseada, se formularán preguntas para averiguar qué va mal antes de continuar. Cuando se sepa qué es lo que no funciona, hacer los cambios requeridos y anotarlos en el plan de cuidados según sea necesario

Segunda Fase de ejecución

Documentación : Es el registro que realiza la enfermera en las notas de enfermería, documento legal permanente del paciente y como requisito indispensable en todas las instituciones de salud. Posterior a los cuidados enfermeros y evaluar las respuestas, en el registro se debe considerar lo siguiente: las valoraciones, intervenciones y respuestas.

tercera fase de ejecución .

intervenciones : Kozier, sugiere que el profesional de enfermería considere las siguientes estrategias durante la implementación de los cuidados de enfermería:

1. La enfermera debe estar actualizada de los fundamentos teóricos, metodológicos y técnicos 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 la persona, sus valores, edad, estado de salud y entorno, factores que pueden afectar a la acción de enfermería.
3. Las acciones de enfermería deben ser siempre seguras. Las enfermeras y las personas necesitan tomar precauciones para prevenir la lesión.
4. Las acciones de enfermería a menudo requieren componentes de educación, apoyo y bienestar. Estas actividades de enfermería independientes a menudo pueden aumentar la eficacia de una acción de enfermería específica.
5. Las acciones de enfermería deben 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 permita su salud. La participación activa fomenta la sensación de independencia y control de la persona

CUARTA ETAPA : EJECUCIÓN

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.

La evaluación crítica (evaluación cuidadosa, deliberada y detallada de diversos aspectos de los cuidados de la persona) es la clave para la excelencia en la provisión de los cuidados. Puede marcar la diferencia entre las prácticas de cuidados predestinadas a repetir los errores y prácticas de cuidados seguras, eficientes y en constante mejora. También la evaluación proporciona retroalimentación necesaria para valorar la satisfacción del individuo y maximizar el valor de la provisión de cuidados.

QUINTA ETAPA : EVALUACIÓN

primera fase

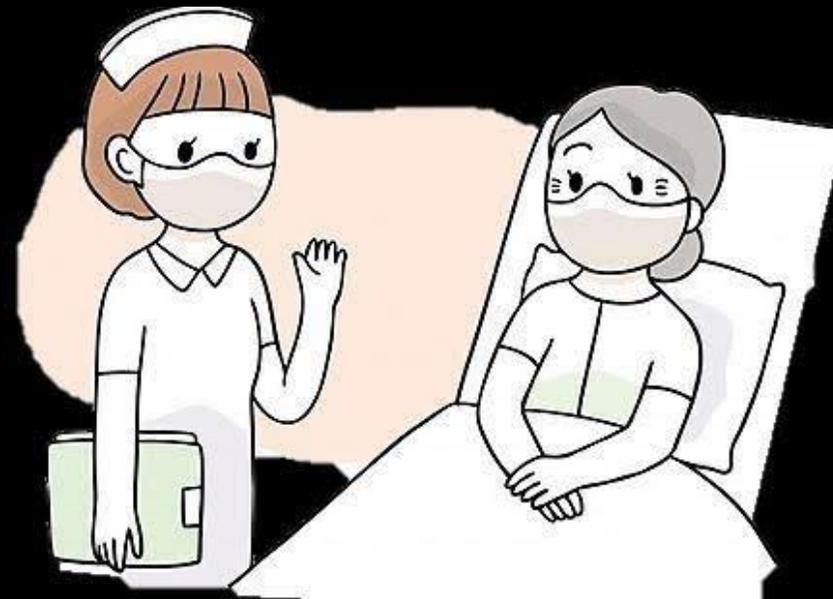
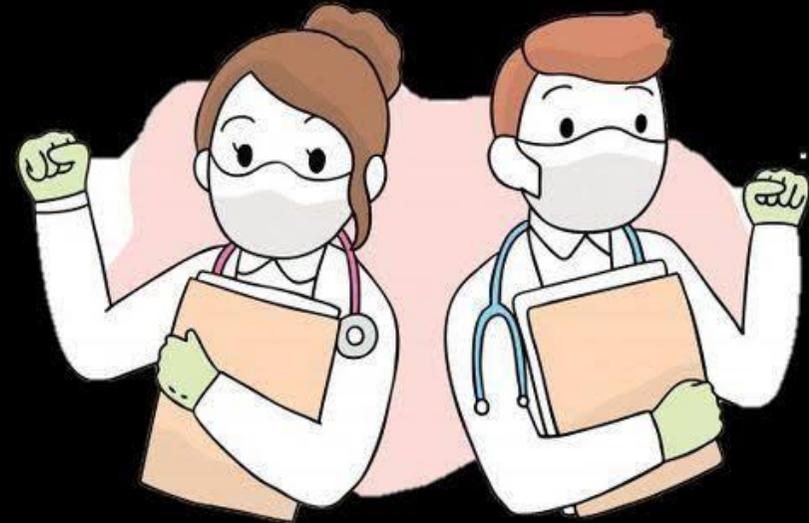
establecimiento de criterios de resultados: Se expresan en términos de conducta para describir los efectos deseados de las acciones de enfermería.

Segunda Fase

Evaluación del logro de objetivos: El objetivo especifica la conducta o la respuesta esperada que indica la resolución de un diagnóstico de enfermería o el mantenimiento del estado de salud

Tercera fase

Medidas y fuentes de evaluación : Son las habilidades de valoración y las técnicas empleadas para recoger los datos de la evaluación



CONCLUSIÓN

Las etapas del PAE son:

Valoración: Se recopilan datos sobre el paciente y su estado de salud para identificar sus necesidades y diseñar un plan de cuidados, en esta etapa se conoce al paciente y sus necesidades.

Diagnóstico: Se detectan los problemas de salud y se establecen prioridades de actuación, en esta etapa se identifican las necesidades reales y potenciales de nuestro paciente.

Planeación: Se diseña un plan de cuidados personalizado para cada persona, de acuerdo a sus necesidades.

Ejecución: Se ponen en práctica los cuidados para atender las necesidades identificadas.

Evaluación: Se evalúa la eficacia y efectividad de los cuidados.

FUENTE BIBLIOGRAFICA

<https://www.universidadviu.com>

<https://www.codem.es>

<https://enfermería en desarrollo.es>

<https://www.scielo. Org.mx>

<https://www.hospitalneuquen.org.ar>

<https://www.cij. gob. mx>

<https://www.nureinvestigacion. es>

<https://docs. Bvsalud. Org>

<https://www.euroinnova.com>