



Cuadro sinóptico

Nombre del Alumno: DOLLYS SANCHEZ VILLAFUERTE

Nombre del tema: PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERIA

Parcial: 2DO

Nombre de la Materia: FUNDAMENTOS DE ENFERMERIA II

Nombre del profesor: EQQ. CECILIA DE LA CRUZ SÁNCHEZ

Nombre de la Licenciatura: LIC. EN ENFERMERIA

Cuatrimestre: 2DO

Pichucalco Chiapas 04 de abril 2025

ETAPAS DEL PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA

¿QUE ES?

- Una forma dinámica y sistematizada de brindar cuidados enfermeros.
- Camino hacia un fin determinado, mediante una serie de pasos fijados de antemano, de forma reflexiva y consciente”

PROPÓSITO

- Construir una estructura teórica que pueda cubrir las necesidades del paciente, la familia y la comunidad.
- Garantizar la calidad en los cuidados y la calidad de vida.

VENTAJAS

- La satisfacción por el trabajo y potencia el desarrollo profesional.
- La satisfacción profesional
- Favorece continuidad de los cuidados.
- Proporciona cuidados individualizados.
- Demuestra el alcance de la práctica de enfermería.
- Favorece el desarrollo de las capacidades cognitiva, técnica e interpersonal.
- Mejora la calidad de los cuidados.

CARACTERISTICAS

- Es sistemático.
- Dinámico
- Interactivo.
- Flexible.
- Se sustenta teóricamente

ETAPAS

- Valoración.
- Diagnóstico.
- Planificación
- Ejecución.
- Evaluación.

VALORACIÓN

DEFINICIÓN

- Consiste en reunir toda la información necesaria para obtener una imagen, lo más clara y completa posible de las necesidades de la persona, sus problemas y sus capacidades.
- Permite a la enfermera conocer a la persona que va a cuidar y determinar cuáles es su situación actual.

FASES

RECOLECCIÓN DE DATOS

- Se inicia el primer contacto con la persona, familia o comunidad, es un proceso dinámico y continuo.
- La obtención de la información referente a las condiciones, desde el punto de vista holístico, de la salud de la persona, familia o comunidad.
- Debe ser completa, sistemática y ordenada, para ello debe seguir el modelo teórico.
- Se clasifica en inicial y focalizada.
- Aquí se utilizan las técnicas y métodos para la exploración física

VALIDACIÓN DE DATOS

- Verificar y confirmar los datos para determinar si responden a los hechos.
 - Consiste, también, en analizar la información con el fin de identificar posibles vacíos o incongruencias.
- Para evitar la omisión de información relevante, realizar interpretación incorrecta, y/o llegar a conclusiones precipitadas 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.

ORGANIZACIÓN DE DATOS

- Consiste en la agrupación de los datos en categorías de información de forma que tengan sentido.
- Es importante considerar también el marco teórico que está sustentado el proceso de enfermería.

REGISTRO DE DATOS

- Consiste en informar y registrar los datos que se obtuvieron durante la observación, entrevista y exploración física.
 - Favorecer la comunicación entre los miembros del equipo de atención sanitaria.
- Se sugiere seguir las siguientes recomendaciones para el registro de 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.



DIAGNÓSTICO

DEFINICIÓN

- ✓ 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.
- ✓ Sirven de base para pasar a la etapa de planeación.
- ✓ La etiqueta diagnóstica proporciona un nombre al diagnóstico.

VENTAJAS

- ✓ 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.
- ✓ TAXONOMIA NANDA, NOC Y NIC

FASES

ANÁLISIS DE DATOS:

- El análisis de los datos tiene como finalidad la identificación del problema e inicia con la clasificación de la información.
- Comienza después de la valoración de enfermería.
- Permite al personal desarrollar clases de información más manejables.
- Ayuda al profesional de enfermería a centrarse en los datos que están relacionados con las necesidades concretas de la persona.
- La clasificación consiste en dividir la información en clases concretas y la interpretación.
- Es importante determinar los indicios y deducciones que se desarrollan a partir de la base de conocimientos científicos de enfermería

FORMULACIÓN DEL DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA.

La NANDA-I 2007-2008, plantea cuatro formas distintas:

1. Diagnóstico de enfermería de promoción de la salud.
2. Diagnóstico de enfermería de riesgo.
3. Diagnóstico de enfermería de salud.
4. Diagnóstico de enfermería real.

Propuestas de lineamientos para la formulación de un diagnóstico de enfermería:

- a) Destacar o subrayar los síntomas relevantes.
- b) Hacer una lista corta de síntomas.
- c) Agrupar síntomas parecidos.
- d) Analizar/interpretar los síntomas.
- e) Elegir una etiqueta diagnóstica que se ajuste a los factores relacionados y a las características definitorias adecuadas.

VALIDACIÓN DEL DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA.

- Es el procesamiento de datos.
- el profesional de enfermería intenta confirmar la exactitud de la interpretación de los datos.
- Se consigue con mayor frecuencia mediante la interacción directa con la persona, familia o comunidad.
- Se consulta otros profesionales del equipo de salud,

REGISTRO DEL DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA.

Va a depender de las recomendaciones que se hicieron en la etapa de valoración y también del tipo de diagnóstico de enfermería.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERIA REAL: Este se estructura por 3 enunciados

- El primero indica el problema. (P)
- El segundo la etiología o causa del problema. (E)
- El tercero indica la sintomatología y los signos (S)

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERIA DE RIESGO: Este se estructura por 2 enunciados

- El primero es el problema.
- El segundo la causa.

EL DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA DE SALUD Y PROMOCIÓN DE LA SALUD es un enunciado que indica las fortalezas que la persona, familia o comunidad tienen para seguir estilos de vida saludables.



PLANEACIÓN

DEFINICIÓN

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

FASES

ESTABLECER PRIORIDADES

- ❖ Dependen del diagnóstico de enfermería.
- ❖ La clasificación de las prioridades es altas, intermedias o bajas, según el escenario donde se encuentre la persona y las condiciones de salud en las que esté.
- ❖ importante que la enfermera utilice el juicio clínico y el razonamiento para asignar prioridades a los diagnósticos de enfermería.

ELABORAR OBJETIVOS

- ❖ Se definen como pautas para la selección de las intervenciones enfermeras y los criterios para su evaluación.
 - ❖ El propósito y los resultados esperados se centra en proporcionar una guía para las intervenciones enfermeras individualizadas.
 - ❖ Los objetivos a corto plazo describen los beneficios tempranos que se esperan de las intervenciones enfermeras.
 - ❖ Los objetivos se diseñan a partir de los problemas identificados.
 - ❖ El registro de los objetivos se anota usando términos medibles.
 - ❖ Los verbos que se deben evitar por ser no medibles son: saber, comprender, apreciar, pensar, aceptar, sentir.
 - ❖ Verificar que los objetivos y los indicadores sean medibles.
- Sujeto, verbo, condición, criterio y momentos específicos. En este ultimo considerar dominio cognitivo, afectivo y psicomotor.

DETERMINAR LOS CUIDADOS DE ENFERMERIA

- ❖ 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 intervenciones las clasifican en independientes y de colaboración

DOCUMENTAR EL PLAN DE ESTUDIOS

- 1) Un plan de cuidados escrito está diseñado para disminuir el riesgo de que produzca un cuidado incompleto, incorrecto o inexacto.
- 2) Está organizado de manera que cualquier enfermera puede identificar rápidamente las acciones enfermeras que se deben llevar a cabo.
- 3) Identifica y coordina los recursos utilizados para proporcionar cuidados enfermeros.
- 4) Favorece la continuidad de cuidados por medio de listas de acciones necesarias para alcanzar los objetivos del cuidado.
- 5) Establece la intervención de la persona y la familia.
- 6) Proporciona criterios para la puesta en práctica del plan y un entorno de evaluación de la respuesta del individuo, familia y comunidad a las acciones enfermeras.



EJECUCIÓN

DEFINICIÓN

Está enfocada al inicio de aquellas intervenciones de enfermería que ayudan al paciente a conseguir los objetivos deseados.

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

PREPARACIÓN

- ✚ 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.
- ✚ Requiere de: conocimientos
- ✚ De habilidades, tener en mente las complicaciones, reunir el material y equipo.
- ✚ Crear un ambiente confortable y seguro para el usuario y delegar cuidados enfermeros que se apeguen a tareas correctas, persona correcta, comunicación correcta y evaluación correcta.

INTERVENCIÓN

Estrategias durante la implementación de los cuidados de enfermería.

- 1) La enfermera debe estar actualizada de todos los fundamentos, técnicas y métodos.
- 2) Las acciones de enfermería están adaptadas al individuo.
- 3) Las acciones de enfermería deben ser siempre seguras.
- 4) Las acciones de enfermería a menudo requieren componentes de educación, apoyo y bienestar.
- 5) Las acciones de enfermería deben ser siempre holísticas.
- 6) Las acciones de enfermería deben respetar la dignidad del paciente y favorecer su autoestima.
- 7) La participación activa del individuo en la ejecución de las acciones de enfermería debe fomentarse según lo permita su salud.

FASES

DOCUMENTACIÓN

En el registro se debe considerar lo siguiente las valoraciones, intervenciones y respuestas.

- ✚ Comunicar los cuidados a otros profesionales de la salud que tienen necesidad de saber qué es lo que ha hecho y cómo está evolucionado el usuario.
- ✚ Ayudar a identificar patrones de respuesta y cambios en la situación.
- ✚ Proporcionar una base para la evaluación, investigación y mejora de la calidad de los cuidados.
- ✚ Crear un documento legal que más tarde pueda usarse en los tribunales para evaluar el tipo de cuidados brindados.
- ✚ Proporciona validación para el pago de los servicios.
- ✚ El registro debe especificar: fecha y hora, datos de valoración, intervenciones de enfermería, resultados y nombre/firma del profesional de enfermería responsable directo del cuidado de la persona, familia o comunidad.



DEFINICIÓN

Se inicia en el momento que el profesional de enfermería interacciona con la persona, la familia o la comunidad.

Está presente en todo el proceso.

La evaluación mide la respuesta de la persona a las acciones enfermeras con los resultados esperados establecidos durante la planificación.

EVALUACIÓN

FASES

ESTABLECIMIENTO DE CRITERIOS DE RESULTADOS

- ♥ Se expresan en términos de conducta para describir los efectos deseados de las acciones de enfermería.
- ♥ Los resultados esperados son afirmaciones de las respuestas graduales y progresivas o de la conducta de una persona que necesita seguir y conseguir.
- ♥ Se deben conseguir los resultados en un espacio corto de tiempo.

La enfermera debe seguir los siguientes pasos:

- ♥ ¿Los objetivos e intervenciones eran realistas y apropiados para este individuo?
- ♥ ¿Las intervenciones se llevaron a cabo tal como estaban prescritas?
- ♥ ¿Los nuevos problemas o las reacciones adversas se detectaron tempranamente y se hicieron los cambios apropiados?
- ♥ ¿Cuál es la opinión de la persona respecto al logro de los objetivos y el plan de cuidados?
- ♥ ¿Qué factores impidieron el progreso?
- ♥ ¿Qué factores potenciaron el progreso?

MEDIDAS Y FUENTES DE EVALUACIÓN

- ♥ Son las habilidades de valoración y las técnicas empleadas para recoger los datos de la evaluación.
- ♥ Propósito de la evaluación trata de determinar si los problemas conocidos han mejorado, empeorado o experimentado algún tipo de cambio.
- ♥ La valoración consiste en la recolección de datos.
- ♥ La evaluación se produce cuando compara los datos con los objetivos y realiza 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

Si el paciente ha logrado todos los objetivos establecidos y no se ha identificado nuevos problemas, es que se ha logrado el propósito de los cuidados de enfermería.



BIBLIOGRAFIA

EVA REYES GOMEZ Fundamentos de enfermería: ciencia, metodología y tecnología D.R. © 2009 por Editorial El Manual Moderno S.A de C.V. ISBN: 978-607-448-036-6 Miembro de la Cámara Nacional de la Industria Editorial Mexicana, Reg. Núm. 39. PAG. 87-109