

"Fundamentos de Enfermería" I

1.1.- Proceso de Enfermería

Antecedentes de Introducción

En el proceso de enfermería son los cuidados y atención de una forma racional, lógica y sistemática, que es vital importancia cuando se trabaja en el ámbito de enfermería. Consistía en un proceso de 3 fases: Valoración, Planeación y ejecución. Yura y Walsh en 1967, establecieron, 4 fases. Valoración, Planificación ejecución y evaluación. La fase diagnóstica ha sido incluida entre 1974 y 1976 por Bloch, Roy y Aspinall, quedando a partir de entonces el PAE como en la actualidad conocemos: Valoración, Diagnóstico, Planificación, ejecución y Evaluación. Y si comentamos las ventajas, estas, poseen repercusiones sobre la profesión, tomando en cuenta a la enfermería como una disciplina con carácter científico que se reúne en la respuesta humana del sujeto; sobre el paciente, que participa en su propio cuidado y este se le presta de manera continua y con calidad en la atención de manera individualizada, y sobre todo la enfermera, aumentando su satisfacción y su incremento profesional frente a la consecución de objetivos, provoca que convierta en experta, le impide omisiones repeticiones innecesarias optimizando la época, además de hacer una valoración continua del paciente, debido a la fase de evaluación, que

Posibilita la retroalimentación del Proceso.

Características del Proceso:

- Tiene una finalidad, se dirige a un objetivo.
- Es sistemático
- Es dinámico e interactivo
- Es flexible
- Tiene una base teórica y se puede aplicar a cualquier modelo de enfermería.

Valoración: Es el proceso organizado y sistemático de recolección y recopilación de datos sobre el estado de salud del Paciente.

Diagnóstico: El Paciente requiere intervención de diagnóstico en urgencias incluidos de la NANDA: dolor agudo, deterioro de la integridad cutánea, mantenimiento inefectivo de la salud, deterioro de la movilidad física. En esta fase, identificamos los problemas y los formulamos, tanto los diagnósticos de enfermería como los problemas interdependiente.

Planificación: Es la organización del Plan de Cuidados, se deben establecer unas prioridades, objetivos, taxonomía, intervenciones y actividades.

Ejecución: Es llevar a la práctica los Cuidados, Problemas y las necesidades a cada persona tratada.

Evaluación: En la última fase valora la enfermería si es eficaz y efectiva ya que tendrá que ir introduciendo modificaciones en el Plan de Cuidados.

1.2.- Primera etapa. Valoración de Enfermería Objetivo.

"Objetivo"

El proceso de enfermero es un proceso de pensamiento crítico que las enfermeras profesionales utilizan ejercer la mejor prueba disponible para proporcionar cuidados. Es el modelo importante para proteger a los pacientes. El proceso enfermero es también un estándar de práctica que, cuando se sigue de manera correcta, protege. Como estudiante de enfermería se aprenden las 5 etapas del proceso enfermero. Sin embargo, en realidad el proceso enfermero es dinámico y continuo. Cuando nos encontremos con un paciente aplicamos el proceso de enfermería, como Tonya hizo mientras cuidaba al Sr. Jacobs para proporcionar unos cuidados apropiados y efectivos. Una vez que se definen los diagnósticos de enfermería apropiados, se crea un plan de cuidados. La planificación incluye el establecimiento de objetivos y resultados esperados para los cuidados y la selección de intervenciones. Después de realizar intervenciones se evalúa la respuesta del paciente y si las intervenciones fueron eficaces. Hay cinco fases del proceso enfermero.

- Valorar
- Evaluar
- Implementar
- Planificar
- Diagnosticar.

La valoración de enfermería incluye dos etapas

1. Recogida de información de una fuente primaria y de las fuentes secundarias.
2. La interpretación y validación de los datos para garantizar una completa base de datos.

El pensamiento crítico es una parte vital de la valoración. Permite ver el panorama general cuando se formula conclusiones o se toman decisiones sobre el estado de salud de un paciente. La experiencia clínica previa contribuye a las habilidades de valoración.

Recogida de Datos.

Se realiza la valoración para recopilar la información necesaria para hacer un juicio preciso sobre el estado actual de paciente.

Las enfermeras y enfermeros deben poseer unos requisitos previos para realizar una adecuada valoración del cliente, estos requisitos son

- Las Convicciones del Profesional
- Los conocimientos Profesionales
- Habilidades
- Comunicarse de forma eficaz
- Observar sistemáticamente
- Diferenciar entre signos e inferencias y confirmar las impresiones.

La sistemática puede basarse en distintos criterios.

"Cabeza a pies" "sistema y aparatos" "Patrones funcionales de salud"

Tipos de datos a Recoger:

Información concreta, referido a su estado de salud o las respuestas del paciente como consecuencia de su estado. Los tipos de datos son:

- * Datos subjetivos
- * Datos objetivos
- * Datos actuales
- * Datos históricos

En la entrevista clínica; existen dos tipos de entrevista que puede ser formal o informal.

La entrevista formal es la cual la enfermera realiza la historia del paciente durante el curso de los cuidados. Y el aspecto informal es cuando la enfermera y el paciente durante el curso de los cuidados.

La entrevista consta de 3 partes: Iniciación, cuerpo y Cierre.

También en la entrevista clínica tiene que ser comprendido desde dos ámbitos:

- Un ámbito interpersonal en el que dos o más individuos se ponen en contacto y se comunican.
- Otro ámbito de la entrevista es el de una habilidad técnica.

Las técnicas verbales son: 9 y para finalizar la entrevista y siguiendo a Briggs, J.

Y Garza G.M. concretamos las cualidades que debe tener un entrevistador: Empatía, Calidez,

Concreción y Respeto. Cibanal nos aporta una quinta característica del entrevistador...

La autenticidad.

La Segunda es la Observación.

Es el primer momento de encuentro con el paciente, la enfermera comienza la fase de recolección de datos para la observación, que continúa a través de la relación enfermera-paciente.

La exploración Física.

Es la actividad final de la recolección de datos es el examen físico. Debe explicarse al paciente en qué consiste el examen y pedir permiso para efectuar.

Se centra en determinar en profundidad la respuesta de la persona al proceso de la enfermedad, obtener una base de datos para poder establecer comparaciones y valorar la eficacia de las actuaciones, confirmar los datos subjetivos obtenidos durante la entrevista.

La enfermera utiliza cuatro técnicas específicas

• Inspección • Palpación • Percusión • Auscultación.

Una vez descrita las técnicas de exploración física posemos a ver las diferentes formas de abordar un examen físico: Desde la cabeza a los pies, por sistemas/aparatos corporales y por patrones funcionales de salud.

La información física del paciente que se obtiene es idéntica en cualquiera de los métodos que utilizemos.