



PASIÓN POR EDUCAR

NOMBRE DE ALUMNO: Mirna Abigail López Santis

NOMBRE DEL PROFESOR: María del Carmen López

NOMBRE DEL TRABAJO: RESUMEN

MATERIA: Fundamentos de enfermería 1.

GRADO: 1°

GRUPO: "A"

Comitán de Domínguez Chiapas, Septiembre 2020

1.1.- Proceso de enfermería

ANTECEDENTES E INTRODUCCIÓN

El proceso de atención de enfermería (PAE), es la aplicación del método científico en la práctica asistencial enfermera, lo que permite prestar cuidados de una forma racional, lógica y sistemática.

El PAE fue considerado un proceso en 1955, gracias a Hall, posteriormente se unieron otras teóricas como Johnson en 1959, Orlando en 1961 y Wiedenbach en 1963, consistía en un proceso de tres etapas: valoración, planeación y ejecución.

En 1967, yura y walsh establecieron cuatro etapas: Valoración, planificación, realización y evaluación.

La etapa diagnóstica fue incluida entre 1974 y 1976, por Bloch, Roy y Aspinall, quedando como actualmente conocemos como PAE.:

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

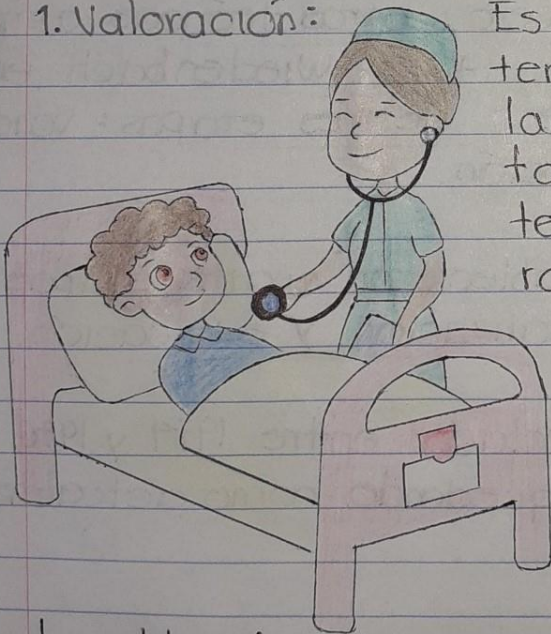
El principal objetivo de PAE, se centra en construir una estructura que pueda cubrir de forma individualizada, las necesidades del paciente, familia y comunidad.

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.

ETAPAS DEL PROCESO.

1. Valoración:



Es el proceso organizado y sistemático de recogida y recopilación de datos sobre el estado de salud del paciente, también puede ser valoración física "de cabeza a pies".

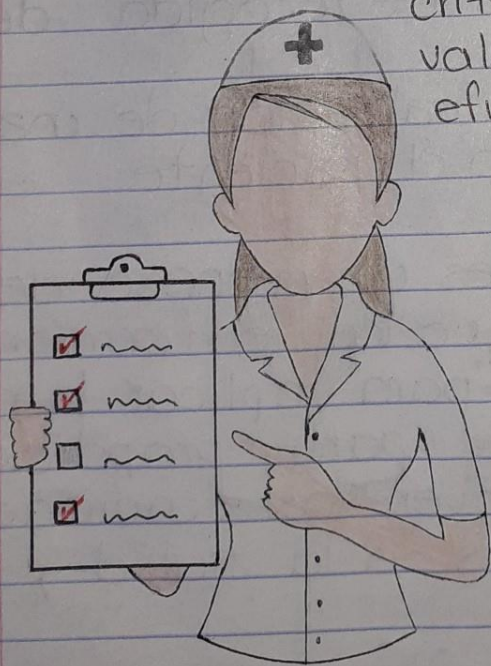
2. Diagnóstico: Etapa del proceso, es el enunciado del problema o potencial del paciente que requiera de

la atención del paciente, que requiera de la intervención enfermera para disminuirlo o resolverlo.

3. **Planificación:** Se refiere a la organización del plan de cuidados, se deben establecer unas prioridades, plantear objetivos según la taxonomía NOC, elaborar las intervenciones y actividades de enfermería según la taxonomía de NIC y proceder a su documentación y registro.

4. **Ejecución:** Es llevar a la práctica el plan de cuidados. Se realizarán todas las intervenciones enfermeras dirigidas a la resolución de problemas y necesidades de cada persona tratada.

5. **Evaluación:** Última fase del proceso. Los dos criterios más importantes que valoran la enfermería son: la eficacia y efectividad.



1.2.-PRIMERA

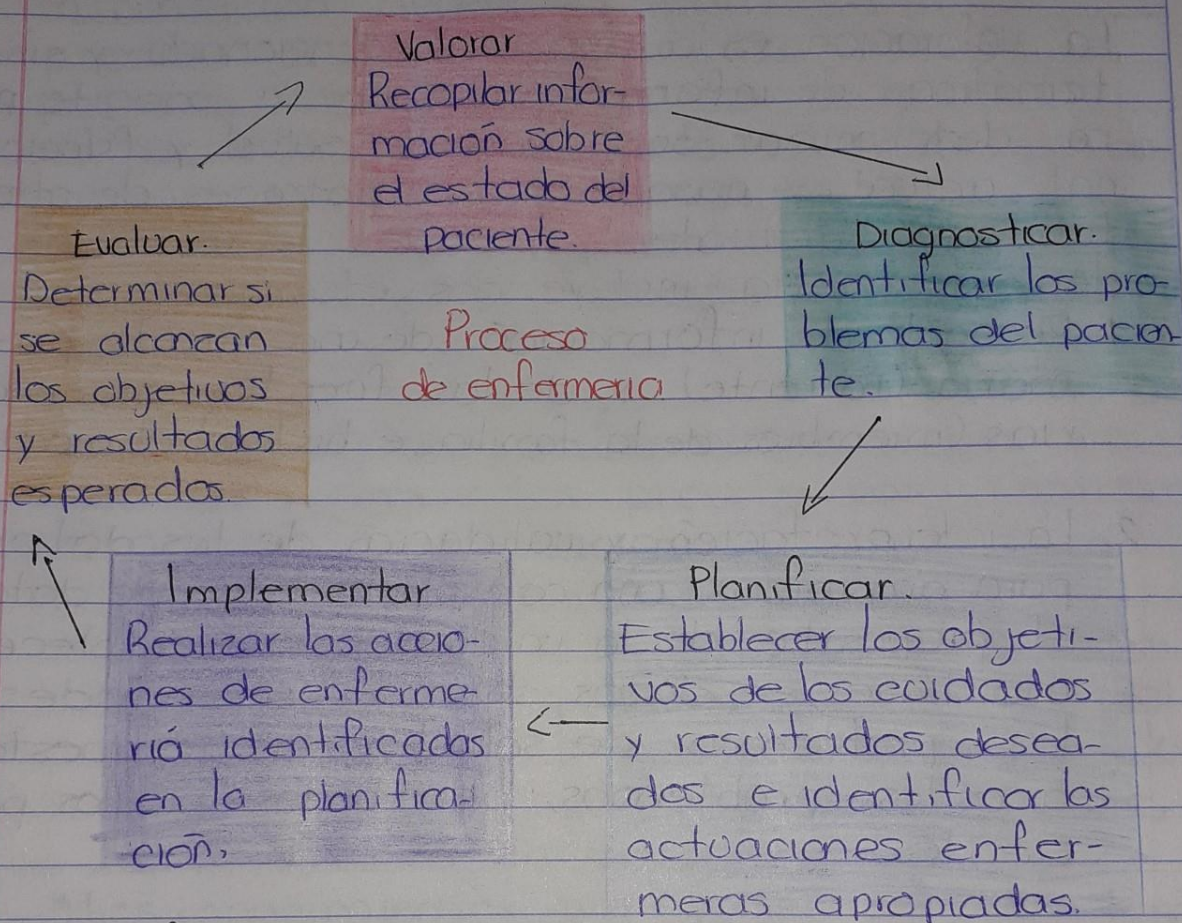
ETAPA. Valoración de enfermería

•OBJETIVOS.

- Analizar la relación entre el pensamiento crítico y la valoración de enfermería.
- Explicar el proceso de recogida de datos.
- Distinguir entre los datos subjetivos y objetivos.
- Describir los métodos de recogida de datos.
- Analizar el proceso de realización de una entrevista centrada en el paciente.

El proceso enfermero es un proceso de pensamiento crítico que las enfermeras profesionales utilizan para aplicar la mejor evidencia disponible para proporcionar cuidados y promover las funciones y respuestas humanas a la salud y a la enfermedad.

Pensamiento crítico en la práctica de enfermera:



Las 5 fases del proceso enfermero

Este proceso es una variación del razonamiento científico. Practicarlas nos permite ser organizados y realizar nuestra práctica de una manera sistemática. Aprendemos a hacer inferencias sobre el significado de la respuesta de un paciente ante un problema de salud o generalizar sobre el estado funcional de la salud del paciente.

Enfoque de pensamiento crítico sobre la valoración:

La valoración es la recogida intencionada y sistemática de información sobre un paciente para determinar su estado de salud y funcional actual y pasado y sus patrones de afrontamiento actuales y pasados. La valoración de enfermería incluye dos etapas:

1. Recogida de información de una fuente primaria (Paciente) y de las fuentes secundarias (miembros de la familia, e historia clínica).
2. La interpretación y validación de los datos para organizar una completa base de datos. El propósito de la valoración es establecer una base de datos sobre las necesidades, los problemas de salud y las respuestas a estos problemas, percibidos por los pacientes.

El pensamiento crítico es una parte vital de la valoración. Permite ver el panorama general cuando se formulan conclusiones o se toman decisiones sobre el estado de salud de un paciente.

Recogida de datos:

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

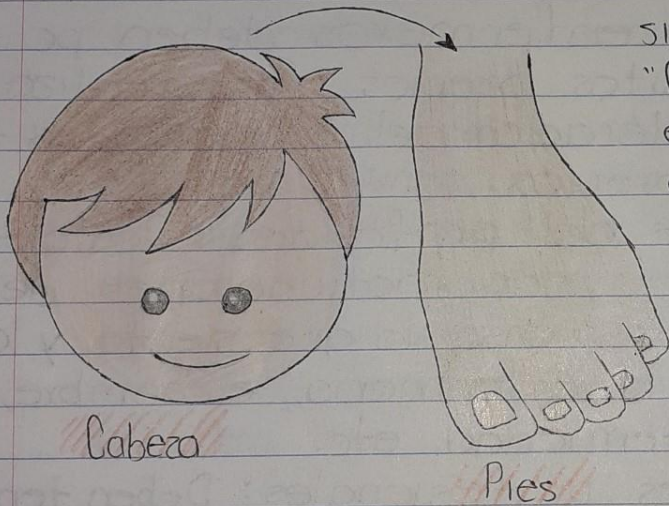
- El paciente, a través de la entrevista, las observaciones y la exploración física.
- Los informes de los miembros de la familia y allegados y las respuestas a las entrevistas.

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

- Las convicciones del profesional: Conforman la actitud y las motivaciones del profesional, lo que piensa, lo que siente y lo que cree sobre la enfermería, el hombre, la salud, la enfermedad, etc.
- Los conocimientos profesionales: Deben tener una base de conocimientos sólida, que permita hacer una valoración del estado de salud integral del individuo, la familia y el medio.
- Habilidades: En la valoración se adquiere con la utilización de métodos y procedimientos que hacen posible la toma de datos.
- Comunicarse de forma eficaz. Implica el conocer la teoría de la comunicación y de aprendizaje.

- Observar sistemáticamente. Implica la utilización de formularios o guías que identifican los tipos específicos de datos que necesitan recogerse.

Es primordial seguir un orden de valoración, obteniendo la máxima información en el tiempo disponible de la consulta de enfermería. La sistemática a seguir puede basarse en distintos criterios:



- Criterios de valoración siguiendo un orden de "cabeza a pies": sigue el orden de valoración de los diferentes órganos del cuerpo, comenzando por el aspecto general desde la cabeza hasta las extremidades dejando para el final la espalda, de forma sistemática.

- Criterios de valoración por "sistemas y aparatos": se valora el aspecto general y las constantes vitales y a continuación cada sistema o aparato de una forma independiente, comenzando por las zonas más afectadas.
- Criterios de valoración por "Patrones funcionales de salud": la recogida de datos pone de manifiesto los hábitos y costumbres del individuo/familia determinados.

Esta etapa cuenta con una valoración inicial, donde deberemos de buscar:

- Datos sobre los problemas de salud detectados en el paciente.
- Factores contribuyentes en los problemas de salud.

En las valoraciones posteriores, tenemos que tomar en cuenta:

- Confirmar los problemas de salud que hemos detectado.
- Análisis y comparación del proceso o retroceso.
- Determinación de la continuidad del plan de cuidados establecidos.
- Obtención de nuevos datos que nos informen del estado de salud del paciente.

En la recogida de datos necesitamos:

- Conocimientos científicos (Anat., fisio... etc), y básicos (Capacidad de la enfermera de tomar decisiones).
- Capacidad creadora.
- Sentido común
- Flexibilidad.

Los tipos de datos a recoger:

- Subjetivos: No se pueden medir, son propios del paciente.
- Objetivos: Se puede medir (tensión arterial).
- Históricos o antecedentes: Han ocurrido anteriormente, u hospitalizaciones previas.
- Actuales: Son los datos sobre el problema de salud actual.

Metodos para obtener datos:

1. Entrevista clínica:

Existen dos tipos de entrevista; Formal es la comunicación en la cual la enfermera realiza la historia del paciente. Informal; conversación entre enfermera y paciente durante el curso de cuidados.

Tiene cuatro finalidades:

1. Obtener inf. específica, para la planificación de cuidados.
2. Facilitar la relación enfermera/Paciente.
3. Permitir al paciente informarse y participar en la identificación de problemas.
4. Ayudar a la enfermera a determinar que otras áreas requieren un análisis.

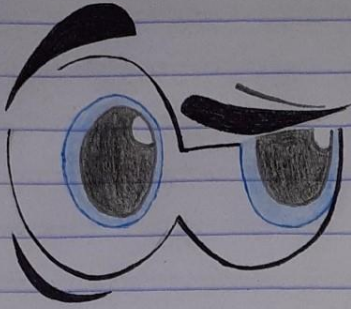
La entrevista clínica comprende de dos ámbitos

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

1. Puede verse interrumpida. Existen tres tipos de interferencia:

- Cognitiva: El problema del paciente no es percibido por el entrevistador.
- Emocional: Reacción emocional adversa del paciente o entrevistador.
- Social: La dif. social conlleva en el profesional una menor conexión emocional a una menor implicación y a prestar menor información al paciente.

2. La observación:



En el momento del primer encuentro con el paciente, la enfermera comienza la fase de recolección de datos por la observación.

La exploración física: Se centra en determinar a profundidad la respuesta de la persona al proceso de la enfermedad.

La enfermera utiliza cuatro técnicas:

- Inspección: Examen visual cuidadoso y global del paciente.
- Palpación: Utilización del tacto para determinar ciertas características, textura, temperatura, pulsos, etc.
- Percusión: Implica el dar golpes con uno o varios dedos, con el fin de obtener sonidos.
- Auscultación: Escuchar sonidos producidos por los órganos del cuerpo. Se utiliza el estetoscopio.