

1.1

Proceso de enfermería

El proceso de atención de enfermería (PAE), es la aplicación del método científico en la práctica esencial de enfermería, 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 enfermería. Fue considerado un proceso en 1955, gracias a Hall, a la que 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. Yura y Walsh en 1967, establecieron cuatro etapas: valoración, planificación, realización, y evaluación.

La etapa diagnóstica fue incluida entre 1974 y 1976 por Bloch, Roy y Aspinall, quedando desde entonces el PAE como actualmente conocemos: • Valoración • Diagnóstico • Planificación • Ejecución • Evaluación.

El PAE, configura un número de pasos sucesivos que se relacionan entre sí.

En cuanto a los objetivos del PAE, el principal se centra, en constituir una estructura, que pueda cubrir de forma individualizada, las necesidades del paciente, familia y comunidad. Las ventajas que nos brinda son repercusiones sobre la profesión, considerando a la enfermería como una disciplina con carácter científico que se centra en la

respuesta humana del individuo, sobre el paciente; que participa en su propia curación y este se le presta de manera continua y con calidad en la atención de forma individualizada, y sobre la enfermera, aumentando su satisfacción y crecimiento profesional ante la consecución de objetivos.

⇒ Características del Proceso

- Tiene una finalidad, se dirige a un objetivo.
- Es sistemático.
- Es dinámico y flexible.
- Es interactivo.
- 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. Se puede hacer basándose en distintos criterios, siguiendo un orden "cabeza a pies", por "sistemas y aparatos" o por "patrones funcionales de salud". Se recogen los datos, que se deben validar, organizar y registrar.
2. Diagnóstico: 2º etapa del proceso, es el enunciado del problema real o potencial

del paciente, que requiera de la intervención enfermera para disminuirlo o resolverlo. En esta fase, identificamos los problemas y los formulamos, tanto los diagnósticos de enfermería como los problemas interdependientes.

En relación a los diferentes tipos de diagnósticos encontramos:

- D. Real: consta de tres partes, formato PE: problema (P) + etiología (E) + Signo/sintoma(s).
- D. Alto Riesgo: es un juicio clínico que consta de dos fases, formato PE: Problema + etiología.
- Posible: describen de un problema sospechado para el que se necesitan datos adicionales, consta el formato PE.
- De bienestar: que describen un nivel espiritual de bienestar hacia un nivel más elevada que pretende alcanzar el paciente.

3. Planificación: es la organización del plan de cuidados, se deben establecer unos prioridades, plantear unos objetivos según la taxonomía NOC, elaborar las intervenciones y actividades de enfermería según la taxonomía NIC, y proceder a su documentación y registro. Los registros documentales de todo plan de cuidados son: diagnósticos de enfermería y problemas interdependientes, unos criterios de resultados, las actividades enfermeras y un informe de evolución.

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

5. Evaluación: última fase del proceso, los dos criterios más importantes que valoran la enfermería son: la eficacia y efectividad. Una característica de esta etapa es que pueden resolverse los diagnósticos establecidos o bien surgir unos nuevos, se tendrá que introducir modificaciones en el plan de cuidados para que la atención resulte más creativa.

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 objetivos y subjetivos.
- 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 los enfermeros 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 (American Association, 2010).

Es el modelo fundamental para cuidar a los pacientes. El proceso enfermero es también un estándar que protege a los enfermeros frente a problemas legales relacionados con la atención.

El proceso comienza en la primera fase, la valoración y recogida de datos, análisis de la información sobre el estado de salud del paciente. El proceso de enfermería es fundamental para proporcionar cuidados apropiados en el momento correcto a los pacientes.

→ "Enfoque de pensamiento crítico sobre la valoración"

La valoración es recogida intencionada y sistemática de información sobre un paciente para determinar en su estado de salud y funcional actual y pasado y sus patrones de afrontamiento actuales y pasados (Coppenstein-Majet, 2009). La valoración de enfermería incluye dos etapas:

1. Recogida de información de una fuente

primaria (paciente) y de las fuentes secundarias (familia).

2. La interpretación y validación de los datos. Para garantizar 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 frente a estos problemas.

El pensamiento crítico es una parte vital de la valoración, permite ver el panorama general cuando se formulan conclusiones o se toman necesidades y conclusiones del paciente.

Mientras se recogen datos sobre un paciente, se sintetizan los conocimientos pertinentes, se recuerdan experiencias clínicas anteriores, se establecen estándares y actitudes de pensamiento crítico, y se utilizan estándares de práctica para dirigir nuestra valoración de una manera significativa e intencionada.

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

- Las creencias del profesional: confirman la actitud y las motivaciones del personal, lo que piensa, siente y cree sobre la enfermería, el hombre, la salud, la enfermedad, etc, estas creencias se consideran constantes durante el proceso.

- Los conocimientos profesionales deben tener una base de conocimientos sólidos, que permita hacer una valoración del estado de salud integral.
- Habilidades en la valoración se adquieren con la utilización de métodos y procedimientos.
- Comunicarse de forma eficaz, implica conocer la técnica de la comunicación y del aprendizaje.
- Observar sistemáticamente: implica la utilización de formularios o guías que identifican los tipos específicos de datos.
- Observar sistemáticamente: implica la utilización de formularios o guías que identifican los tipos específicos de datos.
- Diferencia entre signos e inferencias y confirmar las inferencias. un signo es un hecho que uno percibe a través del uso de los sentidos y una inferencia es el juicio o interpretación de esos signos.

→ Métodos para obtener datos

1. Entrevista Clínica: existen dos tipos de entrevistas, esta puede ser formal e informal. la entrevista formal consiste en una conversación con un propósito específico, el aspecto