



UDS

FUNDAMENTOS DE ENFERMERIA

PRIMER CUATRIMESTRE GRUPO C

MODALIDAD: EJECUTIVO SABADOS

RESUMEN

DELEON ANGUIANO ANA KAREN

PROCESO DE ENFERMERÍA

El Proceso de Atención de Enfermería tiene sus orígenes cuando, por primera vez, fue considerado como un proceso, esto ocurrió con Hall (1955), Jhonson (1959), Orlando (1961) y Wiedenbach (1963), consideraron un proceso de tres etapas (valoración, planeación y ejecución); Yura y Walsh (1967), establecieron cuatro (Valoración, planificación, realización y evaluación); y Bloch (1974), Roy (1975), Aspinall (1976) y algunos autores más, establecieron las cinco actuales al añadir la etapa diagnóstica.

Valoración: es la primera fase del proceso de Enfermería que consiste en la recogida y organización de los datos que conciernen a la persona, familia y entorno. Son la base para las decisiones y actuaciones posteriores.

Diagnóstico de Enfermería. Es el juicio o conclusión que se produce como resultado de la valoración de Enfermería.

Planificación. Se desarrollan estrategias para prevenir, minimizar o corregir los problemas, así como para promocionar la Salud.

Ejecución. Es la realización o puesta en práctica de los cuidados programados.

Evaluación. Comparar las repuestas de la persona, determinar si se han conseguido los objetivos establecidos.

DEFINICIÓN

El proceso de atención de enfermería (PAE), es la aplicación del método científico en la práctica asistencial enfermera, 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 las urgencias.

CARACTERÍSTICAS DEL PAE

- Tiene una finalidad: Se dirige a un objetivo.
- Es sistemático: Implica partir de un planteamiento organizado para alcanzar un objetivo.
- Es dinámico: Responde a un cambio continuo.

- Es interactivo: Basado en las relaciones recíprocas que se establecen entre la enfermera y el paciente, su familia y los demás profesionales de la salud.
- Es flexible: Se puede adaptar al ejercicio de la enfermería en cualquier lugar o área especializada que trate con individuos, grupos o comunidades. Sus fases pueden utilizarse sucesiva o conjuntamente.
- Tiene una base teórica: El proceso ha sido concebido a partir de numerosos conocimientos que incluyen ciencias y humanidades, y se puede aplicar a cualquier modelo teórico de enfermería.

Los Patrones Funcionales son una serie de comportamientos comunes a la mayoría de las personas, que contribuyen a su salud, calidad de vida, y al logro de su potencial humano, y que se dan de una manera secuencial a lo largo del tiempo.

El manejo de los Patrones Funcionales permite una valoración enfermera sistemática y planificada, con la que se obtiene gran cantidad de datos relevantes del paciente (físicos, psíquicos, sociales, y espirituales), de una manera clara y organizada.

Los 11 Patrones Funcionales son:

- Patrón 1. Percepción y manejo de la salud.
- Patrón 2. Nutricional y metabólico
- Patrón 3. Eliminación
- Patrón 4. Actividad y ejercicio.
- Patrón 5. Sueño y descanso.
- Patrón 6. Cognitivo y perceptual.
- Patrón 7. Autopercepción y auto concepto.
- Patrón 8. Rol y relaciones.
- Patrón 9. Sexualidad y reproducción.
- Patrón 10. Adaptación y tolerancia al estrés.
- Patrón 11. Valores y creencias.

Los diagnósticos de enfermería describen las respuestas de los pacientes ante situaciones clínicas que pueden ser tratadas o abordadas por las enfermeras.

En caso de que no haya ninguna intervención enfermera que pueda solucionar el problema de salud, hablaríamos de un problema interdependiente. Es decir, de un problema que se centra en la respuesta fisiopatológica del organismo, y que debe ser atajado con la colaboración de otros profesionales sanitarios.

Para seleccionar un diagnóstico concreto para un paciente particular, primero es necesario analizar la información recogida y organizada durante la fase de valoración. El objetivo será reconocer una serie de claves o unidades de información relacionadas con el proceso que está padeciendo el paciente.

Estas claves serán la base para generar mentalmente una hipótesis diagnóstica, que tendrá que ser contrastada con los datos recogidos.

En determinados casos, principalmente cuando no hay una certeza total sobre la elección del diagnóstico, se realiza una recogida focalizada de datos con el fin de validar los datos y acordar entre la enfermera y el paciente los diagnósticos de enfermería.