



Nombre de alumno: Karla Berenice Santis Tovilla.

Nombre del profesor: María del Carmen López.

Nombre del trabajo: Proceso Enfermero.

Materia: Fundamentos de Enfermería.

Grado: 2°

Grupo: B

Comitán de Domínguez Chiapas. Marzo 2021.

PROCESO DE ATENCION DE
ENFERMERIA.

PAE



Introducción

El proceso enfermero es una herramienta útil humanística , con enfoque holístico, universal e interpersonal por lo que es apto para que el personal de salud obtenga más información acerca del estado de salud de los pacientes de acuerdo con sus distintas etapas que son la valoración ,diagnostico, planeación, ejecución y evaluación ayuda a identificar problemas únicos de cada persona así como el de participar en su propio cuidado garantizando una respuesta ante los problemas de salud reales o potenciales ya sea con acciones independientes o dependientes llevando a cabo un previo registro de toda la información siguiendo con distintos criterios de cumplimentación que serán explicados con mas claridad , ademas de incluir hojas para la administración de medicamentos siendo indispensable para tener un registro completo y adecuado para evitar ciertas controversias dentro de la área hospitalaria y mejorar la calidad para brindar cuidados.

Desarrollo

El pae es un método organizado y sistemático para brindar y administrar cuidados de enfermería centrados en la identificación y tratamiento de las respuesta de acuerdo con las necesidades de salud de cada persona, ciertas etapas lo forman se inicia con una previa valoración por lo que se debe tener cierta capacidad y conocimientos adecuados para lograr identificar diferentes datos ya que consiste en la recogida de información del estado de salud del paciente se busca reconocer los factores que llevan a un mal funcionamiento o diferentes factores de riesgo que lo contribuyen , nos conlleva a generar un diagnóstico que será adecuado para combatir el cuadro clínico ya que es considerado como un enunciado del problema donde puede ser real , potencial, posible y de bienestar ,se utiliza el formato PES que consiste en buscar el problema o respuesta de la persona relacionado con , etiología o factor relacionado y signos y síntomas que manifieste , se llevaran a cabo diferentes actividades para cada tipo de diagnóstico , las reales encargadas a la reducción , control y eliminación de las manifestaciones , los de riesgo basados en la detección oportuna de los datos que indiquen que el problema es real , las de bienestar que consiste en mantener o mejorar el estado de salud de acuerdo a problemas que presente interdependientes o de colaboración .

La siguiente etapa es nombrada como planeación trata de establecer y llevar acabo cuidados de enfermería ya sea para prevenir , reducir o eliminar los problemas que obtuvo el paciente , seleccionar el modo de intervención, inducir a la persona a generar su propio cuidado y como su nombre lo indica se ajustan objetivos para garantizar una adecuada comunicación, dar una continuidad asistencial y proporcionar pautas de evaluación de la asistencia prestada , se encuentra estructurado mediante tres fases, la primera fase busca generar un orden de las prioridades de los problemas del paciente ,como personal de enfermería nos compete brindar cuidados inmediatos o cuando sean más urgentes y así ir priorizando , objetivos a conseguir se lleva a cabo gracias a la participación de la enfermera en el enfoque hacia las medidas preventivas oportunas , centrándose en el estudio y vigilancia del diagnóstico , trabajar conjuntamente con el medico para vigilar la evolución y tomar medidas correctoras oportunas en base al patrón

funcional o la respuesta humana que se manifieste . En la última fase se activan las actividades de enfermería llevando a cabo todas las intervenciones dirigidas a promover pautas de comportamiento favorecedoras de la salud , preventivas para la enfermedad y protectoras de riesgo nombrándose educación sanitaria . Dando lugar a la ejecución que corresponde a una etapa más del pae, la enfermera pone en práctica todo el plan de cuidados que se establecieron ayudando a la persona en mantener su salud , a una recuperación oportuna de su enfermedad o dar una muerte digna , se debe seguir dando continuidad en la recogida y valoración de datos , anotar los cuidados que se brinden y mantener el plan de cuidados actualizado , todas estas acciones son de manera personalizada ya que dependen de los principios fisiológicos , edad, formación cultural , equilibrio emocional , capacidad física y mental de cada persona .La enfermera finalmente debe realizar una evaluación de todo el proceso que se llevó acabo por lo que esta dividido en dos partes la primera consiste en tratar de valorar y recoger información respecto a si situación actual de salud o final de alguna lesión por lo tanto la siguiente consiste en comparar los resultados que se pretendían tener en dado caso se busca tratar de mejorar las intervenciones o bien se puede llegar a casos legales .

Es muy importante reconocer cada uno de los pacientes que llegan a las áreas hospitalarias clasificar sus necesidades , adecuar un modelo de cuidados de acuerdo a las necesidades básicas de Virginia Henderson o los patrones funciones de Gordon ,para poder nombrar nuestro plan de cuidados estandarizado o no ya sea con soporte informativo o en las hojas de registro , las hojas de registro como tal son testimonios documentales sobre actos y conductas profesionales donde se plasma toda la información de las actividades de enfermería como su tratamiento y evolución son muy importantes para la asistencia sanitaria , facilita la investigación clínica y docencia de enfermería para formular protocolos y procedimientos específicos y necesarios , conforman una base para la obtención de recursos sanitarios y mejora la calidad de la información recogida , los registros de enfermería están integrados en la historia clínica del paciente conlleva a repercusiones y responsabilidades de índole profesional y legal.

Por lo que se deben seguir ciertos criterios de cumplimentación para la información de los registros ,deben ser precisos , completos y correctos , anotarse de forma clara y concisa , expresar observaciones en términos cuantificables ,escribir los hallazgos de manera clara , el tipo , forma , tamaño y aspecto además de establecer la fecha y hora con la firma legible de la enfermera , algunas de las cosas que facilitan el registro es que se pueden utilizar abreviaturas de uso común y lo que se debe evitar correctores ni emborrar únicamente tachar con una línea media , no dejar espacios en blanco ni escribir entre líneas y nunca se debe registrar los procedimientos antes de realizarlos . También podemos encontrar hojas para la administración de medicamentos en la cual se debe incluir la fecha , hora , información acerca del medicamento , iniciales de la enfermera o las enfermeras responsables verificar que el medicamento sea correcto en caso de que la letra del medico no sea legible y nunca tomar ordenes verbales o telefónicas .

En ambas hojas de registro se evita anotar adjetivos que califiquen las conductas o comportamientos del paciente si no que especificar a que se refiere dicho comportamiento , conflicto entre compañeros , no intentar explicar nuestros errores, no redactar un informe de incidencias si no uno administrativo confidencial con esto lograremos tener nuestros registros ordenados y de buena calidad.

Conclusión

El ser enfermero es un acto maravilloso y de alta responsabilidad ya que se tratan con diferentes pacientes lo cual incluye gran capacidad para poder diferenciar que plan de cuidados de va a ejecutar siguiendo las cinco etapas del pae , herramienta de mayor importancia para propiciar cuidados , en cada una de ellas debemos estar pendientes para lograr desempeñar un buen trabajo , al final del proceso se tiene que llevar acabo un registro completo de todas la actividades por lo que si existe alguna alteración seremos responsables y debemos actuar legalmente.

Bibliografía

Antología UDS

GRACIAS

