



**Nombre de alumno: Dulce Alejandra  
Martínez Aguilar**

**Nombre del profesor: María del  
Carmen López Silva**

**Nombre del trabajo: Ensayo**

**Materia: Fundamentos de enfermería II**

**Grado: 1º-**

**Grupo: B**

**PASIÓN POR EDUCAR**

# INTRODUCCIÓN

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. Como antecedentes históricos, reseñar que el PAE tiene sus orígenes, cuando fue considerado un proceso en 1955, gracias a Hall, a la que posteriormente se unieron otras teóricas como Jhonson 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 y EVALUACIÓN. Como todo método, el PAE, configura un número de pasos sucesivos que se relacionan entre sí, y aunque se estudien por separado todas las etapas se superponen. 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. Y si comentamos las ventajas, estas, tienen 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 propio cuidado y este se le presta de forma continua y con calidad en la atención de forma individualizada, y sobre la enfermera, aumentando su satisfacción y su crecimiento profesional ante la consecución de objetivos, hace que se convierta en experta, le impide omisiones o repeticiones innecesarias optimizando el tiempo, además de poder realizar una valoración continua del paciente, gracias a la etapa de evaluación, que permite la retroalimentación del proceso.

# Unidad IV

## EJECUCIÓN

### Problemas Interdependientes/ De Colaboración.

Tipos de diagnósticos según el enfermero:

- ✚ Real: representa un estado que ha sido clínicamente validado mediante características definitorias principales identificables. Tiene cuatro componentes: enunciado, definición, características que lo definen y factores relacionados. El enunciado debe ser descriptivo de la definición del diagnóstico y las características que lo definen.
- ✚ Riesgo: es un juicio clínico que un individuo, familia o comunidad son más vulnerables a desarrollar los problemas que otros en situación igual o similar. Para respaldar un diagnóstico potencial se emplea los factores de riesgo. La descripción concisa del estado de salud alterado de la persona va precedido por el término "alto riesgo".
- ✚ Bienestar: Es un juicio crítico que hace la enfermera ante situaciones o problemas de salud que están bien controladas, pero que el paciente expresa verbalmente que quiere mejorar, debe de basarse la enfermera en lo que expresa el paciente más que en la propia observación.

Fases de la ejecución:

- ✚ Preparación: consiste en una serie de actividades, cada una de las cuales exige el uso del razonamiento crítico.
  - Revisión de las intervenciones de enfermería para asegurarse de que son compatibles con el plan de cuidados establecido.
  - Análisis del conocimiento de enfermería y de las habilidades necesarias. Se debe identificar el grado de conocimientos y tipos de habilidades exigidas para la ejecución.
  - Reconocimiento de las complicaciones potenciales asociadas a actividades de enfermería concretas.
  - Proporcionar los recursos necesarios.
  - Preparación de un entorno seguro. La creación de un ambiente agradable debe tener en cuenta tanto componentes físicos como psicosociales.
- ✚ Intervención: Las intervenciones diseñadas para cubrir las necesidades físicas y emocionales del paciente son numerosas y variadas, dependiendo de los problemas individuales específicos.  
Generalmente, la ejecución de la atención de enfermería se ajusta a una de seis categorías:
  - Refuerzo de las cualidades.
  - Ayuda en las actividades de la vida diaria.

- Supervisión del trabajo de otros miembros del equipo de enfermería.
- Comunicación con otros miembros del equipo de atención de sanitaria.
- Educación.
- Prestación de cuidados para conseguir los objetivos del paciente.
- + Documentación: La enfermera debe anotar en la historia del paciente tanto la ejecución de la actividad como la respuesta a éste, prestando especial atención a cualquier dato anormal o inesperado. También en este caso es conveniente recordar y aplicar las normas para las anotaciones enfermeras en los registros clínicos.

### **Formulación.**

Para la construcción de un diagnóstico de enfermería, la NANDA recomienda utilizar el formato P.E.S., elaborado por Marjory Gordon en 1982. Estas siglas especifican el orden que debe seguir la formulación de un diagnóstico de enfermería: problema, etiología y signos y síntomas. Primero se determinará el Problema o etiqueta diagnóstica. Posteriormente se relacionará esta etiqueta con su factor relacionado o causa, es decir con su Etiología. Y por último, se especificarán los Signos y Síntomas que padece el paciente.

- + Problema. Es la parte que guía y define el resto del diagnóstico. Estará compuesto por la etiqueta diagnóstica y su definición. La definición describe de forma clara y precisa la etiqueta, diferenciando a un diagnóstico del resto.
- + Etiología. Se definirán los diferentes factores relacionados o agentes causales, que pueden haber provocado la respuesta en el paciente. Se pueden describir como antecedentes, asociados con, y habitualmente como “relacionado con”. La etiología o el “relacionado con” se suele expresar con la abreviación “r/c”.
- + Sintomatología. Se refiere a los signos y síntomas que se observan o refiere el paciente, los cuales especifican la magnitud de la respuesta producida. Las intervenciones enfermeras en caso de no poder estar orientadas hacia la eliminación de la etiología que causa el problema de salud, se centrarán en la disminución o eliminación de los síntomas.

### **La Planificación De Cuidados. Fases, Objetivos (Taxonomía NOC) E Intervenciones (Taxonomía NIC).**

Planificación: Es la etapa de elaboración de estrategias para prevenir, minimizar o corregir los problemas, determinar resultados e intervenciones enfermeras, plasmando este plan de actuación de forma escrita en un plan de cuidados.

Fases de la planificación:

A la hora de planificar los cuidados se deben llevar a cabo una serie de pasos que garanticen unos cuidados coherentes cuyo centro de atención es la persona.

1. Establecer prioridades.

2. Formulación de resultados.
3. Determinación de las intervenciones enfermeras.

La **taxonomía NOC** se utiliza para conceptualizar, denominar, validar y clasificar los resultados que se obtienen de la intervención de enfermería. Este lenguaje incluye resultados esperados, indicadores y escalas de medición.

La **taxonomía NIC**, es una clasificación global y estandarizada de las intervenciones que realiza el profesional de enfermería, que tiene como centro de interés la decisión que tome para llevar a la persona al resultado esperado.

### **La Ejecución Sistema De Organización Del Trabajo Enfermero.**

La ejecución es el comienzo del plan de cuidados de enfermería para conseguir objetivos concretos. La fase de ejecución comienza después de haberse desarrollado el plan de cuidados y está enfocado en el inicio de aquellas intervenciones de enfermería que ayudan al paciente a conseguir los objetivos deseados. Se ejecutan intervenciones de enfermería concretas para modificar los factores que contribuyen al problema del paciente.<sup>1</sup>

No obstante, "En aquellos diagnósticos reales o de riesgo en que la causa no puede ser modificada ni eliminada, pero sin embargo el problema sí es paliable o controlable mediante actividades independientes, éstas se centrarán en la reducción, control o eliminación de las manifestaciones. Por ejemplo, ante el diagnóstico "Duelo anticipado r/c la enfermedad terminal del cónyuge m/p negación del significado de la pérdida y trastornos alimentarios y del sueño" es evidente que no se puede actuar sobre la causa (no es posible evitar la pérdida inminente), pero sí se puede ayudar a la persona a progresar en las etapas del proceso del duelo hasta llegar a la aceptación de la pérdida"

### **Etapas Del Proceso.**

**LA VALORACIÓN DEL PAE:** En esta etapa vamos a recoger y examinar la información sobre el estado de salud del trabajador, buscando evidencias de funcionamiento anormal o factores de riesgo que pueden generar problemas de salud.

**DIAGNÓSTICO DEL PAE:** El Enfermero del Trabajo es un profesional que puede y debe de utilizar los diagnósticos enfermeros en el campo en el que desarrolla sus funciones y competencias, para una mejor y más eficaz atención enfermera hacia el trabajador, en las múltiples situaciones y problemas con los que se puede encontrar. La utilización de estos diagnósticos enfermeros en el ámbito de la salud laboral, los convierten en una pieza clave para combatir las patologías en este contexto.

**PLANIFICACIÓN DEL PAE:** Para alcanzar los objetivos previstos de la vigilancia de la salud, es necesaria una adecuada planificación conforme a los riesgos laborales a los que están expuestos los trabajadores 10. En esta fase se trata de

establecer y llevar a cabo unos cuidados de enfermería, que conduzcan al trabajador a prevenir, reducir o eliminar los problemas detectados.

**LA EJECUCIÓN DEL PAE:** En esta etapa se pone en práctica el plan de cuidados, teniendo en cuenta siempre unas prioridades en base a las necesidades y posibilidades del trabajador.

**LA EVALUACIÓN DEL PAE:** Este proceso de evaluación consta de dos partes:

1) Recogida de datos sobre el estado de salud/problema/diagnóstico que se quiere evaluar. Se trata de valorar y recoger información respecto a la situación actual y final de la lesión o problema que padecía el trabajador.

2) Comparación con los resultados esperados y un juicio sobre la evolución del trabajador hacia la consecución de los resultados esperados, comprobando si los resultados finales

### **Registros De Enfermería.**

Los registros de enfermería son actualmente más importantes que nunca, debido al aumento de las situaciones médico-legales, frente a las cuales es indispensable contar con un respaldo del trabajo realizado, respaldo que, idealmente, debe ser legible y oportuno. Los registros deben ser legibles y de fácil acceso; deben favorecer la comunicación entre los componentes del equipo de salud; y deben permitir que se les analice con fines estadísticos y de investigación. Los formularios son muchos y no todas las personas los llenan; por eso, los registros deben ser uniformes; porque así prestarán un servicio efectivo al paciente y al equipo de salud, y evitarán el problema que enfrentan muchos autores cuando quieren hacer una investigación y no encuentran los datos necesarios, porque se omitieron o están extraviados.

El buen registro es útil para el paciente, porque apoya, mantiene y mejora la calidad de la atención clínica, que necesita una buena fuente de información del estado del paciente. Es una fuente de evaluación para la toma de decisiones y un documento legal que traduce los actos del equipo de salud y apoya la investigación.

Los objetivos de gestión, para las enfermeras, son los siguientes: evaluar la calidad de la atención, por ejemplo, mediante el análisis de la ejecución del programa planificado y de las cargas asistenciales; evaluar la complejidad de los pacientes que se está atendiendo; analizar el número de procedimientos realizados y el tiempo que demora cada uno de ellos, con el fin de optimizar la distribución de los recursos humanos, de acuerdo con las cargas asistenciales, en las diferentes unidades. El registro permite identificar al personal que estuvo a cargo de un paciente determinado, analizar la oportunidad de la atención y realizar la vigilancia de enfermería (por ejemplo, tiempo que el paciente lleva puesto un catéter o sonda, etc.).

También permite hacer un análisis frente a los problemas legales originados por error en la administración de fármacos o por accidentes de los pacientes. Un buen registro puede ser una herramienta atenuante o esclarecedora de lo que sucedió.

## **Criterios De Cumplimentación.**

### **PRECISIÓN Y EXACTITUD:**

- a) Deben ser precisos, completos y fidedignos.
- b) Los hechos deben anotarse de forma clara y concisa.
- c) Expresar sus observaciones en términos cuantificables.
- d) Los hallazgos deben describirse de manera meticulosa, tipo, forma, tamaño y aspecto.
- e) Se debe hacer constar fecha, hora.
- f) Firma legible de la enfermera responsable.

**LEGIBILIDAD Y CLARIDAD:** Deben ser claros y legibles, puesto que las anotaciones serán inútiles para los demás sino pueden descifrarlas.

- a) Si no se posee una buena caligrafía se recomienda utilizar letra de imprenta.
- b) Anotaciones correctas ortográfica y gramaticalmente
- c) Usar sólo abreviaturas de uso común y evitar aquellas que puedan entenderse con más de un significado, cuando existan dudas escribir completamente el término.
- d) No utilizar líquidos correctores ni emborronar. Corregir los errores, tachando solamente con una línea, para que sean legibles, anotar al lado "error" con firma de la enfermera responsable.
- e) Firma y categoría profesional legible: Inicial del nombre más dos apellidos completos

**SIMULTANEIDAD:** Los registros deben realizarse de forma simultánea a la asistencia y no dejarlos para el final del turno.

- a) Evitando errores u omisiones.
- b) Consiguiendo un registro exacto del estado del paciente.
- c) Nunca registrar los procedimientos antes de realizarlos, puesto que estas anotaciones pueden ser inexactas e incompletas. Ej: Si se registra "ha descansado bien toda la noche" y a las 6:00h se produce una PCR, el registro ya no es fidedigno. No dejar espacios en blanco, ni escribir entre líneas.

# CONCLUSIÓN

La visión global de los procesos de salud y enfermedad constituye una característica fundamental de Enfermería, que adquiere una importancia especial en las nuevas funciones y obligaciones que asume la profesión en desempeños laborales muy especializados que, con frecuencia, reducen las funciones asistenciales y el cuidado directo de pacientes, en favor de tareas más técnicas y con menos contacto humano.

A pesar de los diversos desempeños laborales, esta visión holística extiende la capacidad de cuidar a todos los ámbitos de actuación enfermera, e incluso al propio equipo. El Proceso Enfermero constituye una herramienta poderosa y eficiente para diagnosticar, abordar y aplicar los cuidados de Enfermería, incluyendo la propia labor profesional.

La comunicación fluida y constructiva entre los profesionales de enfermería en un clima de entendimiento positivo genera una retroalimentación cuyo mayor y principal beneficiario es el paciente/cliente, cuyo cuidado es nuestro objetivo común.

La ejecución del Proceso Enfermero aplicada al propio desempeño profesional, con revisión continuada de diagnósticos e intervenciones por parte del equipo de enfermería, refuerza la cohesión de grupo, generando que favorece la resiliencia de las enfermeras y permite realizar un trabajo exigente, duro y continuado.