



# USC

## Mi Universidad

*Nombre del Alumno: Cinthia Valeria Peralta Arguello*

*Nombre del tema : Ensayo unidad 3 y 4*

*Parcial : I*

*Nombre de la Materia : Fundamentos De Enfermería*

*Nombre del profesor: María Del Carmen Lopez Silba*

*Nombre de la Licenciatura : Licenciatura En Enfermería Ejecutivo Sábados*

*Cuatrimestre: 2do cuatrimestre*

## INTRODUCCION

el proceso de enfermería es considerado como el Método del Cuidado de los profesionales de enfermería, el cual tiene fines particulares y una forma de proceder que le es propia; Así como sus etapas y fases que le dan su carácter operativo y en un sentido global. Al mismo tiempo, consideran que el proceso de enfermería se individualiza para el cuidado a la persona, familia o comunidad con base en sus necesidades y su entorno a fin de favorecer una calidad de vida. El propósito de este capítulo es presentarle un panorama general del proceso de enfermería para que tenga un primer acercamiento con los aspectos teóricos, metodológicos e instrumentales que lo sustentan y considerarlos en el aprendizaje y la aplicación del cuidado al individuo, familia o comunidad, en los diversos escenarios donde ejerce la enfermera(o) profesional. Por último, es importante resaltar que el proceso de enfermería incluye actuaciones importantes iniciadas por el profesional de enfermería para prestar cuidados a la persona y forman la base de la toma de decisiones clínicas.

También conoceremos los registros y la manera en que se ejecutara cada etapa ya que hablamos de que cada intervención que nosotros hagamos tenemos que plasmarla en la hoja de enfermería y la hoja de enfermería se convierte en un documento legal que nos avalara en caso de algún problema dentro del turno laboral .

Como también conoceremos distintas aportaciones y los inicios del proceso de atención de enfermería .

## DESARROLLO

### UNIDAD III GENERALIDADES

#### 3.1. Introducción a la metodología enfermera.

El cuidado es una actividad tan antigua como el hombre. En el estudio de las primeras civilizaciones ya se podían identificar miembros de la comunidad encargados de realizar tareas relacionadas con la conservación de la vida y el cuidado de las personas.

La evolución de la enfermería está íntimamente ligada a la estructura social, económica y política de cada época. Asimismo, los valores y la filosofía dominantes han originado diferentes concepciones de salud y de persona, lo que ha hecho que la atención de enfermería se adaptara y se desarrollara paralelamente a los cambios.

**La salud como supervivencia.** Esta concepción es propia de las sociedades más primitivas. Las actuaciones van dirigidas al mantenimiento de la vida a través de la cobertura de las necesidades más básicas: de abrigo, alimentación, hidratación etc.

**La salud como valor sobrenatural.** La enfermedad era entendida como un castigo divino. La curación y la adquisición de la salud eran explicadas a través de la magia. Los tratamientos se basaban en experiencias sobrenaturales y en interpretaciones cosmológicas. Durante esta etapa eran los chamanes, magos o líderes religiosos los encargados de proporcionar salud a la comunidad.

**La salud como valor religioso.** Muy ligada a las interpretaciones filosóficas cristianas de la época. Como consecuencia de la concepción divina de persona, los cuidados se dirigen fundamentalmente al alma o sustancia inmaterial. El cristianismo crea la idea de salvación a través de la caridad y el cuidado humanitario al enfermo.

**La salud como ausencia de enfermedad.** Como consecuencia del avance científico que tiene lugar a lo largo del siglo XIX, se encuentran explicaciones de la enfermedad mediante relaciones de causalidad. Por ejemplo, a raíz de los descubrimientos de Pasteur sobre las bacterias y el desarrollo de la teoría germinal de las enfermedades infecciosas, Koch o Lister, entre otros, colaboraron con sus descubrimientos a la concepción de salud como ausencia de enfermedad.

**La salud como equilibrio de la persona con su entorno.** La salud es entendida como el equilibrio de la persona consigo misma y con su entorno ecológico y social, es la idea vigente actualmente.

1965, la Asociación Americana de Enfermería (ANA) formación en enfermería: “Una escuela de enfermería independiente de los organismos de servicio, pero que proporcione formación, con enfermeras educadoras competentes, y oportunidades de aprendizaje bien seleccionadas. El desarrollo de la estudiante como persona. La

dignidad del paciente como ser humano. La provisión de la enfermería como servicio comunitario, cuidado institucional.

El modelo de la enfermera como persona de cultura, y como profesional competente.

Otra asociación importante es el Consejo Internacional de Enfermeras (CIE), fundado en 1899 que agrupa una federación de más de 130 Asociaciones Nacionales de Enfermeras (ANE). Trabaja para conseguir unos cuidados de enfermería de calidad para todos, unas políticas de salud acertadas en todo el mundo, el avance de los conocimientos de enfermería, la presencia mundial de una profesión de enfermería respetada y unos recursos humanos de enfermería competentes y satisfactorios. El CIE fue pionero en interesarse por cuestiones ético-legales y elaboró en 1953 el primer Código Ético de la profesión.

En la actualidad la enfermería es considerada una profesión que está constituyendo su cuerpo disciplinar mediante la investigación.

### **3.2. El Proceso Enfermero.**

Es un método sistemático y organizado de administrar cuidados de enfermería integrales y progresivos; se centra en la identificación y tratamiento de las respuestas a las necesidades de salud.

Objetivos

- Permite a la persona participar en su propio cuidado.
- Garantiza la respuesta a los problemas de salud reales o potenciales.
- Ofrece atención individualizada continua y de calidad.
- Ayuda a identificar problemas únicos de la persona.

Características :Interpersonal , Universal ,Enfoque holístico,Humanístico

Etapas Consta de 5 fases: Valoración ,Diagnóstico, Planeación ,Ejecución, Evaluación.

### 3.3. La Valoración. Concepto, objetivos y fases.

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. Normalmente a esta fase se la califica como la de mayor importancia.

#### Fases

las fases se separan para profundizar en los aspectos teóricos y medios para su aplicación, pero en la práctica se dan de manera simultánea.

#### Dato

es información que la persona, familia y /o comunidad vierte sobre su estado de salud, y se obtiene y analiza a través de:

- Recolección de datos
- Validación de datos
- Organización de datos
- Registro de los datos

### 3.4. La observación, la exploración física y la entrevista.

“vigilancia de la salud de los trabajadores” serie de actividades, orientadas a la prevención de los riesgos, como objetivos generales tienen que ver con la identificación de problemas de salud y la evaluación de intervenciones preventivas.

En esta primera etapa de valoración, utilizaremos una serie de herramientas, que son:

- Entrevista la efectuaremos en la anamnesis y cuestionarios existentes en cada examen de la salud, que dependerá del puesto de trabajo desarrollado y del protocolo aplicado, teniendo en cuenta los riesgos laborales a los que el trabajador está expuesto.
- Observación se debe prestar atención a la lesión que el trabajador tenga: ya sea un corte, herida, contusión, a las características de las mismas: si está inflamada, infectada, si hay presencia de cuerpos extraños o de hematoma, supuración de algún tipo, si precisará sutura, y también observar el estado en que se encuentre el trabajador en el momento de su presencia en el centro asistencial, valorando de forma rápida y concreta, su estado general, atendiendo a datos como su estado de

conciencia, coloración e integridad de la piel, presencia o ausencia de dolor, higiene y estado de la zona lesionada.

- Exploración, mediante la inspección, auscultación, palpación y percusión. mediante actos como la toma de tensión arterial, valoración de la frecuencia cardíaca y temperatura. Todos estos datos los anotaremos en la historia clínico-laboral, que es el documento que recoge toda la información y documentación relativa a la vigilancia y control de la salud de los trabajadores.

la Ley, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, vinculante también para el ámbito de la salud laboral. la Enfermería viene siendo responsable de la guarda y custodia de la mayoría de la documentación clínica.

En esta etapa determinamos el Grado de dependencia/independencia en la satisfacción de cada una de las 14 necesidades, propuestas por Henderson.

Para determinar qué necesidad está afectada y formular un diagnóstico de enfermería. Estos diagnósticos pueden ser: Reales, Potenciales y de Salud. Otra formulación para diagnósticos es la del formato P.E.S (P=problema, E= etología, S=signos y síntomas)

### **3.5. Organización de la información:Guía de valoración según los Patrones Funcionales de Salud de Marjory Gordon (AMP)**

El cuidado, dirigido al individuo, la familia y la comunidad, es el principal elemento que define el papel de la enfermera de Atención Primaria. Proceso de Enfermería como herramienta fundamental para la gestión de los cuidados, con la estandarización y sistematización de los mismos y la utilización de un lenguaje normalizado, han contribuido al gran avance que ha experimentado la práctica enfermera en los últimos años.

En el Área Sanitaria de salud se iniciado en el año 2002 un proceso de implantación y desarrollo de la metodología enfermera dentro de una línea estratégica de potenciación y mejora de la calidad de los cuidados enfermeros. la informatización de los cuidados y la utilización de los patrones funcionales de valoración de M. Gordon y las taxonomías NANDA , NOC y NIC .

La valoración es importante para conocer la respuesta de individuos y familias a procesos vitales o problemas de salud, reales o potenciales, que pueden ser tratados por las enfermeras.

Constituye un proceso planificado y sistematizado de recogida de información e interpretación de la misma que implica toma de decisiones como por ejemplo en los cuidados, la existencia del mayor grado de evidencia en las distintas herramientas utilizadas para las valoraciones (escalas, tests, cuestionarios, etc.) y el enfoque hacia la respuesta humana integral y global ante un problema de salud.

La valoración por Patrones Funcionales de Marjory Gordon La valoración tiene una gran importancia para conocer la respuesta de individuos y familias a procesos vitales o problemas de salud, reales o potenciales, que pueden ser tratados por las enfermeras, es decir, para llegar al diagnóstico de enfermería. al estar en el origen de la clasificación por dominios de la NANDA.

La valoración es la primera fase de este proceso, y la base de las demás. La valoración se define como un proceso planificado, sistemático, continuo y deliberado de recogida e interpretación de información, que permite determinar la situación de salud, y la respuesta que las personas dan a ésta. La valoración enfermera es útil en la planificación de cuidados a la persona, a la familia y/o a la comunidad, y no solamente en situación de enfermedad Proceso Enfermero.

el modelo de los Patrones Funcionales de Marjory Gordon define los patrones como una configuración de comportamientos que contribuyen a su salud , calidad de vida y al logro de su potencial humano; La valoración se realiza mediante la recogida de datos subjetivos, objetivos, la revisión de la historia clínica ó informes de otros profesionales. Los 11 patrones son una división artificial y estructurada del funcionamiento humano integrado.

Marjory Gordon, establecer los campos definitorios del resultado del patrón y por último analizar cada ítem presente en el módulo de planes de cuidados del programa OMI. Así pues, el esquema seguido en el desarrollo de este documento es describir: lo que valora cada patrón, como se valora, como establecer el resultado del patrón y un conjunto de aclaraciones relativas a diversos ítems que aparecen en la historia informática.

**Patrón 1: Percepción- Manejo de salud** Qué valora: Como percibe el individuo la salud y el bienestar. Como maneja todo lo relacionado con su salud, respecto a su mantenimiento o recuperación La adherencia a las prácticas terapéuticas. Incluye prácticas preventivas (hábitos higiénicos, vacunaciones...)

**Patrón 2: Nutricional- Metabólico** Qué valora: Describe el consumo de alimentos y líquidos en relación con sus necesidades metabólicas Horarios de comida. Preferencias y suplementos. Problemas en su ingesta. Altura, peso y temperatura. Condiciones de piel, mucosas y membranas. Cómo se valora: Valoración del IMC.

**Patrón 3: Eliminación** Qué valora: Describe las funciones excretoras intestinal, urinaria y de la piel. Como se valora: Intestinal: Consistencia, regularidad, dolor al

defecar, sangre en heces, uso de laxantes, presencia de ostomías, incontinencia. Urinaria: Micciones/día, características de la orina, problemas de micción, sistemas de ayuda (absorbentes, colectores, sondas, urostomías), incontinencias Cutánea: Sudoración copiosa.

Patrón 4: Actividad /ejercicio Qué valora: El patrón de ejercicio La actividad Tiempo libre y recreo Los requerimientos de consumo de energía de las actividades de la vida diaria (higiene, compra, comer, mantenimiento del hogar, etc.) La capacidad funcional El tipo, cantidad y calidad del ejercicio. Las actividades de tiempo libre. Como se valora: Valoración del estado cardiovascular: Frecuencia cardíaca o PA anormales en respuesta a la actividad, cambios ECG que reflejen isquemia o arritmia, etc.

Patrón 5: Sueño- Descanso Que valora: Describe la capacidad de la persona para conseguir dormir, descansar o relajarse a lo largo de las 24 horas del día La percepción de cantidad y calidad del sueño – descanso La percepción del nivel de energía. Las ayudas para dormir (medicamentos, rutinas, etc).

Patrón 6: Cognitivo-Perceptivo Qué valora: Patrones sensorio- perceptuales y cognitivos Nivel de conciencia de la realidad Adecuación de los órganos de los sentidos Compensación o prótesis Percepción del dolor y tratamiento Lenguaje Ayudas para la comunicación Memoria Juicio, comprensión de ideas Toma de decisiones.

Patrón 7: Autopercepción- Auto concepto Qué valora: Auto concepto y percepciones de uno mismo. Actitudes a cerca de uno mismo. Percepción de las capacidades cognitivas, afectivas o físicas. Imagen corporal, social. Identidad. Sentido general de valía. Patrón emocional. Patrón de postura corporal y movimiento Contacto visual, Patrones de voz y conversación.

Patrón 8: Rol- Relaciones Qué valora: El patrón de compromisos de rol y relaciones (las relaciones de las personas con los demás) La percepción de los roles más importantes (el papel que ocupan en la familia, sociedad.) Responsabilidades en su situación actual. Satisfacción o alteraciones en: familia, trabajo, relaciones sociales.

Patrón 9: Sexualidad y Reproducción Qué valora: Los patrones de satisfacción o insatisfacción de la sexualidad Alteraciones en la sexualidad o en las relaciones sexuales Seguridad en las relaciones sexuales. Patrón reproductivo Pre menopausia y posmenopausia Problemas percibidos por la persona.

Patrón 10: Adaptación Tolerancia al estrés Qué valora: Las formas o estrategias de afrontamiento general de la persona. Las respuestas habituales que manifiesta el individuo en situaciones que le estresan y forma de controlar el estrés. La capacidad de adaptación a los cambios. El soporte individual y familiar con que cuenta el

individuo. La percepción de habilidades para controlar o dirigir situaciones estresantes

Patrón 11: Valores y Creencias. Qué valora: Los patrones de valores y creencias que guían las elecciones o decisiones. Lo que se considera correcto, apropiado; Bien y mal, bueno y malo. Lo que es percibido como importante en la vida. Las percepciones de conflicto en valores, creencias o expectativas relativas a la salud. Las decisiones a cerca de: tratamientos, prioridades de salud, vida o muerte. Las prácticas religiosas.

### **3.6. El Diagnóstico Análisis e interpretación de los datos.**

El término diagnóstico de enfermería fue introducido en 1953 por Vera Fry, donde afirmaba que una vez las necesidades del paciente son identificadas se pasa al siguiente apartado: formular un diagnóstico de enfermería. Años más tarde Jonson, Abdellah y otros autores Escriben y definen el diagnóstico de enfermería como una función independiente. En 1960 hay debates sobre el uso del término diagnóstico de enfermería. En el decenio 1970-79 la Asociación Norteamericana de Enfermeras (ANA, por sus siglas en inglés), reconoce oficialmente los diagnósticos de enfermería, ya que los incluye en los “Estándares de la Práctica de Enfermería”. En 1973 Kistine Gebbie y Mary Ann Lavin, convocan a la Primera Conferencia Nacional para la Clasificación de los Diagnósticos de Enfermería, a partir de esta conferencia surge el Grupo Nacional para la Clasificación de los Diagnósticos de Enfermería. En 1982 se crea la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) que proporciona la estructura organizativa y estable para el desarrollo de los diagnósticos de enfermería. Convoca cada dos años al gremio a través de una Conferencia Internacional para la revisión de la clasificación de los diagnósticos de enfermería (Kozier, 1993). En 1996 en la duodécima conferencia NANDA, celebrada en Pittsburg, se planteó el sistema de clasificación.

### **3.7. Diagnósticos enfermeros: tipos y formulación.**

NIC: Sistema de Clasificación de Intervenciones de Enfermería.

NOC: Sistema de Clasificación de Resultados.

EJE: Para el propósito de la Taxonomía NANDA-I, se define operacionalmente como la dimensión de la respuesta humana que se considera en el proceso diagnóstico.

muestra los siete ejes y su relación entre sí:

- Eje 1: Concepto de diagnóstico.
- Eje 2: Sujeto del diagnóstico (persona, familia, comunidad).

- Eje 3: Juicio (deteriorado, inefectivo).
- Eje 4: Localización (vejiga, auditivo, cerebral).
- Eje 5: Edad (lactante, niño, adulto).
- Eje 6: Tiempo (agudo, crónico, intermitente).
- Eje 7: Estado del diagnóstico (real, de riesgo, de salud, de promoción de la salud) (NANDA-I 2007-2008 p. 265).

El juicio clínico es el acto del intelecto de emitir una apreciación, una opinión, de llegar a una conclusión a partir de un conjunto de signos y síntomas en referencia al estado de salud de una persona.

La etiqueta diagnóstica proporciona un nombre al diagnóstico; es decir, es un término o frase que representa un patrón de claves relacionadas que puede incluir modificadores (Luis, 2005).

Ventajas Las ventajas del diagnóstico de enfermería son:

- Adoptar un vocabulario común
- Identificar los problemas de las personas.
- Centrar los cuidados en aspectos de enfermería.
- Ofrecer a la persona cuidados de calidad, personalizados, humanizados.
- Facilitar la coordinación del trabajo en equipo.
- Dar mayor prevención.
- Proporcionar elementos de información.
- Establecer una base para la evaluación.
- Dar al trabajo de enfermería un carácter más científico y profesional.
- Acentuar la importancia del rol de la enfermera.
- Desarrollar el saber enfermero

### **3.8. Taxonomía II de la NANDA.**

#### TAXONOMÍA NANDA/NOC/NIC

la Taxonomía es la ciencia que identifica y clasifica. estudia teoría de clasificaciones sistemáticas incluyendo sus bases, principios, procedimientos y reglas. Un sistema de clasificación de los grupos, clases o conjuntos. El diagnóstico de enfermería

proporciona la base para elegir las intervenciones enfermeras para conseguir los resultados de los que el profesional enfermero es responsable.

La NANDA se creó en el año 1973 cuando un grupo de profesionales de la enfermería se reunieron y organizaron el primer National Conference Group for the Classification of Nursing Diagnosis (North American Nursing Diagnosis Association, 1999). El año 2002 el nombre de la organización se cambió a NANDA International para reflejar mejor los miembros de numerosos países. La NANDA International es una organización de miembros dirigidos por un presidente y una junta electos. Un Comité de Revisión Diagnóstica.

El NIC (Nursing Interventions Classification). La investigación para desarrollar un vocabulario y una clasificación de intervenciones enfermeras comenzó en 1987. El equipo desarrolló la Clasificación de Intervenciones de Enfermería, una clasificación global y estandarizada de las intervenciones que realizan las enfermeras, publicada por primera vez en el 2002, en las intervenciones de enfermería el centro de interés es la conducta enfermera, todo aquello que los profesionales de enfermería realizan para ayudar al paciente a avanzar hacia un resultado deseado.

Una intervención se define como “cualquier tratamiento, basado en el conocimiento y juicio clínico, que realiza un profesional de enfermería para favorecer los resultados espera. Los del paciente. Las intervenciones enfermeras incluyen todas las mediaciones ejecutadas por las enfermeras, tanto los cuidados directos como los indirectos, dirigidos a los individuos, las familias o la comunidad, ya sean tratamientos iniciados por las enfermeras, médicos o por otros profesionales” .Cada intervención NIC consta de una etiqueta, una definición, un conjunto de actividades que indican las acciones y el pensamiento que llevan a la intervención. El trabajo del equipo de investigación dio como resultado la Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC), clasificación global y estandarizada de los resultados del paciente que puede utilizarse para evaluar los resultados de las intervenciones enfermeras. Los resultados del paciente sirven como criterio para juzgar el éxito de una intervención enfermera. Un resultado se define como un estado, conducta o percepción individual, familiar o comunitaria que se mide a lo largo de un continuo en respuesta a una intervención enfermera.

Cada resultado NOC tiene una etiqueta, una definición, una lista de indicadores para evaluar el estado del paciente en relación al resultado, una escala de Likert de cinco puntos para medir el estado del paciente, y una breve lista de referencias utilizadas en el desarrollo del resultado. Las escalas permiten medir el estado del resultado en cada punto de un continuo, desde el más negativo al más positivo, así como la identificación de cambios en el estado del paciente en diferentes puntos.

## FASES

## ANÁLISIS DE DATOS

El análisis de los datos tiene como finalidad la identificación del problema e inicia con la clasificación de la información. Este proceso comienza después de la valoración de enfermería y permite al personal desarrollar clases de información más manejables. En la identificación de datos es importante determinar los indicios y deducciones que se desarrollan a partir de la base de conocimientos científicos de enfermería, ayudan al profesional de enfermería a interpretar los datos.

## EJECUCIÓN

- Ayudar a la persona para mantener la salud, recuperarse de la enfermedad o morir en forma tranquila.
- Las intervenciones son personalizadas, dependiendo de los principios fisiológicos, la edad, la formación cultural, el equilibrio emocional, la capacidad física y mental de la persona.

## EVALUACIÓN

- Ayuda a determinar los criterios que indican los niveles de independencia mantenidos y/o alcanzados a partir de la ejecución.
- Permite a la persona conseguir su independencia máxima en la satisfacción de las 14 necesidades lo más rápidamente posible.
- La enfermera y la persona deben establecer si el plan ha sido efectivo y si hay algún cambio en el mismo.

## UNIDAD IV EJECUCION

### 4.1. Problemas interdependientes/de colaboración.

ACTIVIDADES SEGÚN EL TIPO DE DIAGNÓSTICO ENFERMERO:

- Real: Actividades encaminadas a la reducción, control o eliminación de las manifestaciones
- Riesgo: Actividades encaminadas a la detección temprana de datos que indiquen el problema es real
- Bienestar: Actividades para mantener o mejorar la situación Interdependientes o problemas de colaboración:

Intervenciones propias e intervenciones prescritas por el médico. P

lan establecido Aceptación y participación del paciente Objetivos identificados Recursos existentes Conocimientos y habilidades del equipo.

FASAES DE LA EJECUSION.

- Preparación
- Intervención
- Documentación

#### **4.2. Formulación.**

Formulación del Diagnóstico de Enfermería Formato PES. P expresa el problema o respuesta que presenta la persona (relacionado con) E etiología o factor relacionado (manifestado por) S signos y síntomas o manifestaciones del problema o respuesta.

Etiquetas Diagnósticas de la NANDA según las Necesidades Humanas Básicas.

#### **4.3. La Planificación de Cuidados. Fases, objetivos (taxonomía NOC) e intervenciones (taxonomía NIC).**

PLANEACIÓN

- Sirve para la formulación de objetivos de independencia en base a las causas de dificultad detectadas.
- Elección del modo de intervención.
- Determinación de actividades que implique a la persona en su propio cuidado.

#### **4.4. La Ejecución. Sistemas de organización del trabajo enfermero.**

EJECUCIÓN

- Ayudar a la persona para mantener la salud, recuperarse de la enfermedad o morir en forma tranquila.
- Las intervenciones son personalizadas, dependiendo de los principios fisiológicos, la edad, la formación cultural, el equilibrio emocional, la capacidad física y mental de la persona.

#### **4.5. Etapas del proceso.**

##### LA VALORACIÓN DEL PAE:

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:

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, adquiriendo una importancia especial el uso de los diagnósticos potenciales, ya que al hacerlo, el Enfermero del Trabajo va a poder detectar situaciones problemáticas antes de que se produzcan y por lo tanto se podrán tomar medidas preventivas en el trabajador para evitar su aparición. Por ello, los diagnósticos potenciales tienen una enorme importancia en el campo de la prevención, y su uso contribuirá de forma clave en el beneficio del trabajador.

##### PLANIFICACIÓN DEL PAE

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. Para ello, es necesario establecer primero una serie de objetivos, que nos ayuden a guiar y dar forma a la planificación, como:

- Garantizar una adecuada comunicación.
  - Lograr una continuidad asistencial
  - Proporcionar las pautas de evaluación de la asistencia prestada al trabajador. El Enfermero del Trabajo debe de tener en cuenta que, su planificación debe de estructurarse en tres fases :
- 1) Orden de prioridades en el tratamiento de los problemas
  - 2) Objetivos a conseguir.
  - 3) Acciones de Enfermería

## 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. va a requerir que el profesional de Enfermería realice a su vez una serie de acciones encaminadas a lograr una mayor eficacia en esta fase de ejecución:

- Continuar con la recogida y valoración de datos.
- Realizar las actividades de enfermería.
- Anotar los cuidados que se prestan.
- Mantener el plan de cuidados actualizado.

## 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 coinciden con los esperados o por el contrario no se han logrado los objetivos establecidos.

### **4.6. Registros de enfermería.**

Los registros de enfermería estando integrados en la historia clínica del paciente, lo que conlleva unas repercusiones y responsabilidades de índole profesional y legal, que precisa llevarlos a la práctica con el necesario rigor científico, que garantice la calidad de los mismos. El Proceso de Atención de Enfermería (PAE), es el método científico aplicado en la práctica asistencial enfermera, que permite prestar cuidados de forma racional y sistemática, individualizando y cubriendo las necesidades del paciente, familia y comunidad. Este proceso dispone de cinco etapas interrelacionadas, abordadas desde la teoría de forma individual, pero superpuestas en la práctica diaria, y que son: VALORACIÓN, DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA, PLANIFICACIÓN, EJECUCIÓN, EVALUACIÓN.

Cada una de las etapas del PAE, debe disponer de su correspondiente registro de enfermería constituyendo así:

- Un sistema de comunicación entre los profesionales del equipo sanitario.
- Calidad de cuidados, al poder compararse con determinadas normas de calidad.
- Un sistema de evaluación para la gestión de servicios enfermeros

Los registros de enfermería: Son testimonio documental sobre actos y conductas profesionales donde queda recogida toda la información sobre la actividad enfermera referente al paciente, su tratamiento y su evolución. Son fundamentales para:

1. Desarrollo de la enfermería
2. Calidad de información: La calidad de la información registrada, influye en la efectividad de la práctica profesional, por tanto, los registros de enfermería deben cumplir unos estándares básicos que favorezcan la eficacia de los cuidados en las personas y legitimesen la actuación del profesional sanitario. Todas éstas normas para mejorar la calidad de información tiene como base, principios éticos, profesionales y legislativos fundamentales, como el derecho a la intimidad, confidencialidad, autonomía y a la información del paciente.

#### **4.7. Criterios de cumplimentación.**

##### PRECISIÓN Y EXACTITUD:

- Deben ser precisos, completos y fidedignos.
  - Los hechos deben anotarse de forma clara y concisa.
  - Expresar sus observaciones en términos cuantificables.
  - Los hallazgos deben describirse de manera meticulosa, tipo, forma, tamaño y aspecto
  - Se debe hacer constar fecha, hora
  - firma legible de la enfermera responsable. Anotar todo de lo que se informa: Unos registros incompletos, podrían indicar unos cuidados de enfermería deficiente. “Lo que no está escrito, no está hecho”
- LEGIBILIDAD Y CLARIDAD:** Deben ser claros y legibles, puesto que las anotaciones serán inútiles para los demás sino pueden descifrarlas.
- Si no se posee una buena caligrafía se recomienda utilizar letra de imprenta.
  - Anotaciones correctas ortográfica y gramaticalmente
  - Usar sólo abreviaturas de uso común y evitar aquellas que puedan entenderse con más de un significado, cuando existan dudas escribir completamente el término.
  - No utilizar líquidos correctores ni emborronar.
  - Firma y categoría profesional legible: Inicial del nombre más dos apellidos completos
  - No dejar espacios en blanco, ni escribir entre líneas.

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

- Evitando errores u omisiones.
- Consiguiendo un registro exacto del estado del paciente.
- Nunca registrar los procedimientos antes de realizarlos, puesto que estas anotaciones pueden ser inexactas e incompletas.

**HOJAS DE ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS:**

- Se debe anotar TODA la información acerca de los medicamentos, para cada uno de ellos que se administre se debe anotar fecha, hora y las iniciales de la enfermera responsable.
- Si las órdenes médicas no están claras o la caligrafía es ilegible, se debe pedir al médico que las aclare y lea la prescripción.
- No se deben tomar órdenes verbales o telefónicas, en caso necesario, repita la orden confirmándola así, y pedir el nombre y apellidos del médico que lo prescribe; a continuación, registrarlos
- Si otra enfermera administra medicación, también se deberá anotar su nombre y hora a la que lo realizó.

**NORMAS PARA LA CUMPLIMENTACIÓN DE REGISTROS:** Aquello que no se debe anotar:

Los adjetivos que califiquen conductas o comportamientos del paciente, deben especificar que se refieren a dicha conducta o comportamiento, no descalificando al paciente.

- No hacer referencia a la escasez de personal ni a conflictos entre compañeros.
- No intentar explicar que se ha producido un error o utilizar expresiones como “accidentalmente”, “de alguna forma”.
- No mencionar que se ha redactado un informe de incidencias, ya que esto, es un informe administrativo confidencial, hay que redactar los hechos tal y como
- No anotar que se ha informado a compañeros o superiores de determinados hechos, si esta información se ha producido de forma informal o en determinados lugares o situaciones no apropiadas. La realización correcta de los registros, puede ser nuestra mejor defensa ante un problema legal.

## CONCLUSION

Al finalizar este ensayo pudimos tomar cuenta la importancia que es el proceso de enfermería conociendo que este es el método del cuidado de los profesionales de enfermería, y conociendo también los fines que tienen particulares y la forma en que esta procede, así como sus etapas y fases que le dan su carácter operativo y en un sentido global. Que incluye cada una de esas etapas y como se constituye las fases

Al mismo tiempo, consideramos que el proceso de enfermería se individualiza para el cuidado a la persona, familia o comunidad con base en sus necesidades y su entorno a fin de favorecer una calidad de vida.

Cumplimos con el objetivo deseado que es conocer el panorama general del proceso de enfermería para así tener un primer considerarlo en el aprendizaje y la aplicación del cuidado al individuo, familia o comunidad, en los diversos escenarios donde ejerce la enfermera(o) profesional. Por último, es importante resaltar que el proceso de enfermería incluye actuaciones importantes iniciadas por el profesional de enfermería para prestar cuidados a la persona y forman la base de la toma de decisiones clínicas.

También conocimos los registros y la manera en que se ejecutara cada etapa ya que hablamos de que cada intervención que nosotros hagamos tenemos que plasmarla en la hoja de enfermería y la hoja de enfermería se convierte en un documento legal que nos avalara en caso de algún problema dentro del turno laboral .

Como también conoceremos distintas aportaciones y los inicios del proceso de atención de enfermería .

# Bibliografía

<https://plataformaeducativauds.com.mx/assets/biblioteca/ccd63ae784d56629f3898e968351d61f.pdf>