



*Nombre del Alumno: Daniel Lara de León*

*Parcial: I*

*Nombre de la Materia: Legislación en Salud y Enfermería*

*Nombre del profesor: E.E.C.C. Marcos Jhodany Arguello Gálvez*

*Nombre de la Licenciatura: Lic. En Enfermería*

*Cuatrimestre: 8*

*Comitán de Domínguez, Febrero 2024*

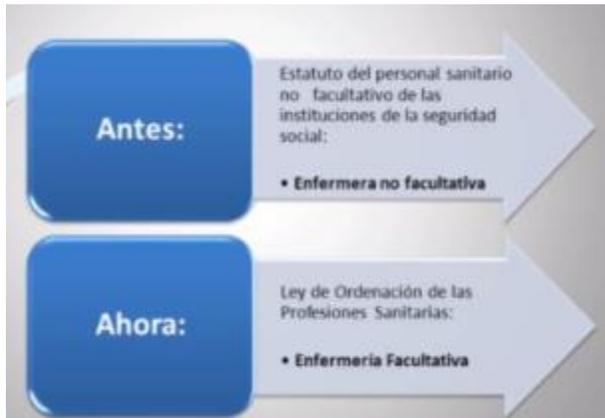
## **INTRODUCCION.**

La importancia del proceso de atención en enfermería (P.A.E.), radica en que enfermería necesita un lugar para registrar sus acciones de tal forma que puedan ser discutidas, analizadas y evaluadas. Mediante el PAE se utiliza un modelo centrado en el usuario que: aumenta nuestro grado de satisfacción, nos permite una mayor autonomía, continuidad en los objetivos, la evolución la realiza enfermería, si hay registro es posible el apoyo legal, la información es continua y completa, se deja constancia de todo lo que se hace y nos permite el intercambio y contraste de información que nos lleva a la investigación. Además, existe un plan escrito de atención individualizada, disminuyen los errores y acciones reiteradas y se considera al usuario como colaborador activo. Así enfermería puede crear una base con los datos de la salud, identificar los problemas actuales o potenciales, establecer prioridades en las actuaciones, definir las responsabilidades específicas y hacer una planificación y organización de los cuidados. El P.A.E. posibilita innovaciones dentro de los cuidados además de la consideración de alternativas en las acciones a seguir. Proporciona un método para la información de cuidados, desarrolla una autonomía para la enfermería y fomenta la consideración como profesional, por ello es de verdadera importancia saber aplicarlo.

## GENERALIDADES

### Introducción A La Metodología Enfermera.

Desde los inicios de la profesión los cuidados a los pacientes se realizaban por tareas. Cuando se comenzó a hacer referencia al proceso enfermero de atención al individuo, la familia o la comunidad, un gran número de profesionales pensaban que este método sistemático, organizado, demostrable y evaluable era puramente teórico y se delimitaba al ámbito académico, este proceso no es diferente al que utilizan otros profesionales tanto del ámbito de la salud como de otras áreas del conocimiento, pues este responde a la forma lógica de abordar la resolución de problemas con metodología enfermera. Para llevar a cabo este proceso, los enfermeros hemos desarrollado un lenguaje para distinguir puramente el trabajo asistencial de los otros. No obstante, se cree que existen pocos profesionales que hayan entendido de qué trata y su utilidad. Por tanto, el origen de las causas puede deberse, primero, a un imperativo del sistema sanitario centrado en el cumplimiento de normas y no de resultados en salud; y segundo, a que el razonamiento diagnóstico se da por sabido y un número importante de profesionales no fueron formados para ello.



Para entender el concepto de disciplina enfermera y entender los orígenes y el estado actual de la profesión es necesario contextualizarla históricamente. 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.

Desde tiempos remotos, el ser humano ha necesitado ayuda para sobrevivir en momentos de fragilidad, dependencia, enfermedad. Esta necesidad ha sido cubierta por la enfermería como ocupación, ya que hasta tiempos muy recientes no ha sido concebida como una profesión, sino como una actividad no remunerada, que no contaba con una formación específica, y cuya función era la de proporcionar cuidados en materia de salud.

La salud es entendida como el equilibrio de la persona consigo misma y con su entorno ecológico y social, es la idea vigente actualmente. Ya en 1965, la Asociación Americana de Enfermería (ANA) proponía la siguiente definición para la formación en enfermería: "Una escuela de enfermería independiente de los organismos de servicio, pero que proporcione formación para el servicio, con

enfermeras educadoras competentes, y oportunidades de aprendizaje bien seleccionadas. El desarrollo de la estudiante como persona.

La provisión de la enfermería como servicio comunitario, al mismo tiempo que como cuidado institucional. La identificación de la base sobre la cual se funda la enfermería; por ejemplo, la higiene ambiental y el cuidado personal.

### **El Proceso De Enfermería.**

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.

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.

OBJETIVO Identificar la dimensión teórica-metodológica e instrumental del proceso de enfermería, para el cuidado integral de la persona, familia o comunidad mediante la aplicación de cada una de sus etapas: la valoración, el diagnóstico de enfermería, la planeación, la ejecución y la evaluación que en su conjunto pretenden la promoción, el fortalecimiento y recuperación de la salud o en un momento dado que el individuo en fase terminal tenga una muerte digna.



### **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 P.A.E

- Interpersonal
- Cíclico Universal
- Enfoque holístico
- Humanístico

## ETAPAS DEL P.A.E.

Consta de 5 fases: • Valoración • Diagnóstico • Planeación • Ejecución • Evaluación

### **La Valoración Concepto, Objetivos Y Fases**

La valoración enfermera es una actuación sanitaria expresamente enfocada hacia el ámbito del cuidado, y en cuya definición como “proceso sanitario destinado a conocer la efectividad de los cuidados existentes en un momento determinado y su repercusión en el estado de salud” queda reflejado una de las cuestiones básicas que la definen, como es la de su consideración como proceso sanitario independiente. Esta consideración como proceso implica la existencia de diferentes pasos o fases que son necesarios cumplimentar para su realización y que suponen un elemento de garantía y fiabilidad en los resultados finales conseguidos. Pero también sabemos que cuando la valoración enfermera realmente aporta beneficios tangibles sobre la salud de la población es cuando actúa de manera coordinada con el diagnóstico y la terapéutica del cuidado, como sucede en la metodología enfermera. La valoración enfermera forma parte de un proceso más amplio y general como es el proceso general de cuidados o proceso de atención de enfermería, en el que actúa como una de las fases o los pasos establecidos dentro de su estructura que es necesario cumplimentar para su realización.



### **La Observación, La Exploración Y La Entrevista.**

El objetivo de la recogida de datos es reunir información útil, necesaria y completa sobre la persona a que se está valorando, de nada nos va a servir la recogida extensa de datos si no van enfocados y orientados al conocimiento de las situaciones que son necesarias para el enfermero.

Además, esta información debe estar orientada a las posibilidades de actuación de la enfermera en el medio que trabaje. No será lo mismo el enfoque, las posibilidades y las necesidades de actuación de un enfermero en el medio hospitalario, que en el medio de atención primaria orientada a la comunidad. A su vez la recogida de datos debemos clasificarla para que sean efectivos, y entonces aparecerán los grupos de “necesidades”, “patrones funcionales de salud”, “áreas de salud”, etc.

### **Organización De La Información: Guía De Valoración Según Los Patrones Funcionales De Salud De Marjory Gordón (Amp).**

La valoración por Patrones Funcionales de Marjory Gordon aporta una serie de ventajas al proceso: los patrones pueden ser utilizados independientemente del modelo enfermero del que se parta; se adaptan muy bien al ámbito de la atención primaria de salud, permitiendo estructurar y ordenar la valoración, tanto a nivel individual como familiar o comunitario, a lo largo del ciclo vital de la persona, en situaciones de salud o enfermedad; y facilitan claramente la siguiente fase de diagnóstico enfermero al estar en el origen de la clasificación por dominios de la NANDA. Este manual pretende ser una herramienta de ayuda, que facilite la utilización de los instrumentos de valoración cuando la enfermera se enfrente a la tarea de valorar a la persona, la sistematización en la recogida y registro de los datos permitiéndole la toma de decisiones pertinentes en base a los datos obtenidos. 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.



- **Patrón 1: percepción-manejo de la salud.** Describe la percepción del cliente de su patrón de salud y bienestar y cómo lo maneja. Incluye la percepción del individuo de su estado de salud y de su relevancia para las actividades actuales y sus planes futuros. También incluye el manejo de los riesgos para la salud y las conductas generales de cuidado de la misma, tales como las medidas de seguridad y la realización de actividades de promoción de la salud física y mental, prescripciones médicas o enfermeras y revisiones periódicas
- **Patrón 2: nutricional - metabólico.** Describe el consumo de alimentos y líquidos del cliente en relación con sus necesidades metabólicas y los indicadores del aporte local de los nutrientes. Incluye los patrones individuales de consumo de alimentos y líquidos: horarios de las comidas, tipo y cantidad de alimentos y líquidos consumidos, preferencias alimentarias y el uso de suplementos nutricionales o vitamínicos.
- **Patrón 3: eliminación.** Describe la capacidad del individuo en relación a la función excretora (intestinal, urinaria y transpiración cutánea) y todos los aspectos relacionados con ella. Incluye la percepción que el propio individuo posee de la misma, la utilización habitual de medidas auxiliares como laxantes para la eliminación intestinal y cualquier cambio o alteración en el modo de excreción, calidad o cantidad. También incluye cualquier dispositivo usado para el control de la eliminación y su cuidado específico (urostomía, colostomía, pañales absorbentes).
- **Patrón 4: actividad-ejercicio.** Describe las capacidades para la movilidad autónoma (encamado/sillón-cama/deambulante) y las actividades de la vida diaria que requieren gasto energético, tales como las de realizar la higiene general, ponerse y quitarse la ropa, comer, cocinar, comprar, trabajar, hacer las tareas de la casa.
- **Patrón 5: sueño y descanso.** El objetivo de valorar este patrón es describir la efectividad del sueño-descanso desde la perspectiva del cliente. La preocupación respecto al sueño sólo aparece cuando éste se hace difícil; de lo contrario, no se le presta atención. Se recogen datos sobre patrón de sueño, descanso y relax habitual a lo largo de las 24 h del día, capacidad para conciliar el sueño, despertares, uso de medicación hipnótica o sedante, pesadillas y otros [trastornos del sueño](#).
- **Patrón 6: cognitivo-perceptual.** Este patrón busca conocer el estado de la capacidad cognitiva del paciente, tanto en sus aspectos más básicos (sensación, percepción, atención y memoria) como los más complejos (pensamiento, lenguaje e inteligencia). Incluye la alteración de la memoria, el estado de conciencia, el funcionamiento de los órganos de los sentidos y la [alfabetización](#).
- **Patrón 7: autopercepción y auto concepto.** El objetivo de la valoración de este patrón es conocer el concepto y la percepción que el individuo tiene de sí mismo. Incluye las actitudes hacia uno mismo, la percepción de las capacidades (cognitivas, afectivas o físicas), imagen, identidad, sentido general de valía y patrón emocional general, incluyendo falta de esperanza e ideación suicida. Valora también la postura corporal y el movimiento, así como el contacto visual y los patrones de voz y conversación (lenguaje no verbal). Generalmente la valoración del auto concepto y la autopercepción no es exacta si el paciente no confía en el enfermero, por ello ésta precisa de crear un ambiente de empatía, confianza y de no enjuiciamiento.

- **Patrón 8: rol y relaciones.** Describe la percepción (satisfacción/insatisfacción) y grado de compromiso con los roles más importantes y las responsabilidades en la situación actual del cliente. Están incluidos la satisfacción o las alteraciones en la familia, trabajo o relaciones sociales, y las responsabilidades relacionadas con estos roles, incluida la capacidad de obtener ingresos suficientes para cubrir las necesidades y las condiciones de habitabilidad del hogar.
- **Patrón 9: sexualidad-reproducción.** Describe los patrones de satisfacción o insatisfacción con la sexualidad; describe el patrón de reproducción. Incluye la satisfacción percibida por el individuo o las alteraciones de su sexualidad. También se incluye el estado reproductor en las mujeres, premenopausia o posmenopausia y los problemas percibidos.
- **Patrón 10: adaptación - tolerancia al estrés.** Describe el patrón general de adaptación, de afrontamiento de la persona a los procesos vitales y su efectividad en términos de tolerancia al estrés. Incluye la reserva individual o la capacidad para resistirse a las amenazas para la propia integridad, formas de manejar el estrés, sistemas de apoyo familiares o de otro tipo y capacidad percibida para controlar y manejar las situaciones.
- **Patrón 11: valores y creencias.** Describe el patrón de los valores, objetivos y creencias espirituales y/o religiosas que influyen o guían las decisiones y opciones vitales del individuo y en la adopción de decisiones. Incluye lo percibido como importante en la vida, las expectativas en cuanto a salud y calidad de vida, y la percepción de conflicto entre los valores, creencias y expectativas y aspectos relacionados con la salud.

### Diagnósticos Enfermeros Tipos Y Formulación.

Los diagnósticos de enfermería clasificados por la NANDA nos llevan a reflexionar sobre la necesidad de los conocimientos profesionales en enfermería. Aprender a manipular la NANDA para no equivocarse en la elaboración del diagnóstico y elegir las mejores intervenciones de acuerdo a las necesidades del paciente, dependerá de cómo el proceso de enseñanza-aprendizaje se lleve a cabo en la formación de los enfermeros, para que se desarrolle el nivel de competencias para la aplicación de este cuidado.

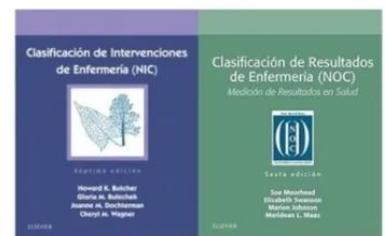
Los enfermeros ligados a la asistencia deben procurar actuar más intrínsecamente en el uso, conclusiones y resultados de la implementación de los cuidados la atención, La NANDA (2006) conceptualiza el diagnóstico como "un ensayo clínico sobre las respuestas del individuo, la familia o la comunidad a los procesos vitales, o para problemas de salud, actuales o potenciales, lo que proporciona la base para la selección de las prescripciones de Enfermería y para el establecimiento de resultados, de los que la enfermera es responsable", por lo tanto, es una herramienta esencial para la asistencia al desarrollo, lo que confirma la necesidad de formulación de los estudios clínicos y aplicados en hospitales, Unidades básicas de salud, en los programas y Secretarías de salud, no sólo por enfermeros.

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.

El Modelo Diagnóstico Enfermero N A N D A



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)

### **Taxonomía II De La Nanda TAXONOMÍA NANDA/NOC/NIC**

Kozier (1993) cita a Rash (1987), quién refiere que la Taxonomía es la ciencia que identifica y clasifica. También estudia teoría de clasificaciones sistemáticas incluyendo sus bases, principios, procedimientos y reglas. Un sistema de clasificación de los grupos, clases o conjuntos. El uso del lenguaje enfermero estandarizado comenzó en el decenio 1970-79 con el desarrollo de la clasificación diagnóstica de la NANDA. El diagnóstico de enfermería proporciona la base para elegir las intervenciones enfermeras para conseguir los resultados de los que el profesional enfermero es responsable.

#### **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. También estimula la discriminación entre datos, lo cual ayuda al profesional de enfermería a centrarse en los datos que están relacionados con las necesidades concretas de la persona. La clasificación consiste en dividir la información en clases concretas y la interpretación. 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. A continuación se describen las fases del diagnóstico.

Un indicio es una información sobre una determinada persona, familia o comunidad obtenida durante el proceso de valoración. Un indicio es un fragmento de datos. Es la percepción del profesional de enfermería de lo que existe, basándose en 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.

La taxonomía NANDA NIC NOC permite que todo el equipo de licenciados de enfermería puedan utilizar un mismo lenguaje ordenado, coherente y que de esta manera pueda influir en la continuidad de los cuidados de enfermería hacia los pacientes, ya que a través de los criterios de NOC podemos evaluar y cuantificar el estado en el que se encuentra el paciente al inicio del turno y como éste evoluciona luego de las intervenciones de enfermería, para colocar la puntuación final del NOC evaluación. Por tal es necesario que el enfermero conozca pero al mismo tiempo aplique la taxonomía NANDA NIC NOC, porque aparte de ser el lenguaje que utiliza enfermería, permite simplificar el trabajo sin obviar información que pueda ser relevante para tener consideración en los cuidados que brinde enfermería. Actualmente los enfermeros conocen pero aún les es tedioso la aplicación, la mayoría aun utiliza la versión narrativa.

## EJECUCION

### **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. Plan establecido Aceptación y participación del paciente **Objetivos identificados Recursos existentes Conocimientos y habilidades del equipo.**

#### FASES DE LA EJECUCION.

- Preparación
- Intervención
- Documentación

## **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.

## **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.

## **La Ejecución Sistema 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.

## **Etapas Del Proceso.**

### **Valoración**

En esta etapa se realiza inicialmente una recogida de datos en relación al paciente para conocer su situación. Las fuentes de información para la obtención de datos suelen ser las siguientes: el historial médico del paciente, el propio paciente, su familia o alguna persona relacionada con él. Esta información va a ser la base para la toma de decisiones que se lleve a cabo posteriormente.

### **Diagnóstico**

En esta etapa se llega a una conclusión en base a la valoración desde el punto de vista de la enfermería de los datos llevada a cabo en la fase anterior. El diagnóstico de enfermería puede ser distinto del diagnóstico médico.

### **Planeación**

En esta tercera fase, una vez valorada la información proveniente de las diversas fuentes anteriormente mencionadas y elaborado un diagnóstico de enfermería se establecen los cuidados de enfermería que se van a realizar.

### **Ejecución**

Esta etapa es decisiva dentro del proceso de atención de enfermería y supone la puesta en práctica de las decisiones que se hayan tomado en la etapa anterior, es decir, se ejecutan los cuidados que se ha decidido aplicar. En esta fase es muy importante la recogida de datos para poder valorarlos en la fase siguiente.

#### Evaluación

En la fase de evaluación, una vez aplicados los cuidados al paciente, se determina si el estado del paciente se corresponde con los resultados que se esperaban. En esta fase del proceso se valora si la evolución es correcta o se deben introducir cambios en las decisiones tomadas. La evaluación requiere el examen de varios aspectos como: el examen físico del paciente, el análisis del historial clínico y la entrevista con el paciente, entre otros.

#### **Registros De Enfermería.**

Los registros de enfermería forman parte del trabajo que desarrolla la enfermera en su labor de asistencial de atención a las necesidades de cuidados de la población, por ello, los profesionales, debemos ser conscientes de su importancia, y relevancia, así como conocer la adecuada forma de cumplimentación los mismos, así como las repercusiones tanto a nivel profesional, fomentando el desarrollo de la profesión, como a nivel legal, conociendo la legislación y las responsabilidades que debemos asumir en el trabajo diario. Debido a la relevancia de esta parte del trabajo en enfermería y a través de una exhaustiva revisión bibliográfica de diversos textos, publicaciones y trabajos científicos, hemos desarrollado un protocolo no sólo sobre la importancia y adecuada cumplimentación de los registros sino también su repercusión tanto a nivel profesional como legal.

#### **Criterios De Cumplimentación.**

##### PRECISIÓN Y EXACTITUD

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.

##### SIMULTANEIDAD:

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

##### 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. Ej: A las 16:00, el Dr. J. Matas, prescribe telefónicamente paracetamol 1gr. vía oral.
- 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. Ej.: El paciente se muestra agresivo verbalmente con el personal de enfermería, en lugar de paciente agresivo
- 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 ocurren Ej.: Informes de caídas No referirse al nombre u otros datos personales de los compañeros de habitación en el registro de otro paciente, esto atenta contra la confidencialidad
- 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.**

La profesionalización de la enfermería, como estrategia y como un proceso de cambio permanente, es una necesidad constante para lograr que las metas de la enfermería estén acordes con las necesidades de atención a la salud, ante una sociedad en continua transformación. Este proceso requiere a la vez cambios en el personal de enfermería, tanto en su manera de pensamiento y comportamiento, así como en su manera de apreciar la salud y la sociedad. En un entorno profesional y los enfermeros sometidos a intensas cargas de trabajo, el equipo de enfermeras debe de hacer uso de herramientas metodológicas propias de su profesión. Es de gran utilidad proponer el Proceso Enfermero como herramienta capaz de incrementar la motivación profesional, y reducir el sufrimiento moral de enfermeras realizando trabajos desprovistos de funciones asistenciales. Estableciendo Diagnóstico de Enfermería, Plan de Cuidados, Intervenciones y Evaluaciones se aumentaran resultados. La aplicación del Proceso Enfermero en el equipo de Enfermería transforma una situación difícil en un proceso dinámico y positivo porque ayuda a identificar los diagnósticos en los pacientes e implementar un Plan de Cuidados e Intervenciones que resultan ser más efectivas. El Proceso Enfermero puede ser una herramienta potente para afrontar situaciones adversas del equipo de Enfermería. Al igual que se evalúan los pacientes, puede ser valorada la función laboral del equipo de enfermeras en situación de riesgo de deterioro profesional. Es necesario que el enfermero pueda entender y capacitarse en la aplicación de los procesos de enfermería para evitar que en lugar de ser una herramienta que ayude a mejorar los servicios de enfermería se convierta en una carga laboral.

## **BIBLIOGRAFIA**

**UNIVERSIDAD DEL SURESTE, LEGISLACION EN SALUD Y ENFERMERIA, ENERO 2024, DEL SITIO  
WEB DE UDS:**

<https://plataformaeducativauds.com.mx/assets/docs/libro/LEN/68f0fc8b9ba78ab80ff49dc87eb456d5-LC-LEN803%20LEGISLACION%20EN%20SALUD%20Y%20ENFERMERIA%20EN%20UNIVERSIDAD%20DEL%20SURESTE.pdf>