



Nombre del alumno: José Fernando Aguilar
Gómez

Nombre del profesor: María del Carmen López
Silba

Nombre del trabajo: Resumen digital de la
unidad 1

Materia: Fundamentos de enfermería

PASIÓN POR EDUCAR

Licenciatura: Enfermería

Grado: Primer cuatrimestre

Grupo: B

UNIDAD 1. PROCESO DE ENFERMERIA

1.1 PROCESO DE ENFERMERÍA

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 enfermería.

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.

Las características del proceso son los siguientes: tiene una finalidad, se dirige a un objetivo, es sistemático, es dinámico e interactivo, es flexible, tiene una base teórica y se puede aplicar a cualquier modelo de enfermería.

Las etapas del proceso son los siguientes:

1. **Valoración:** Es el proceso organizado y sistemático de recogida y recopilación de datos sobre el estado de salud del paciente.
2. **Diagnóstico:** 2ª Etapa del proceso, es el enunciado del problema real o potencial del paciente, que requiera de la intervención enfermera para disminuirlo o resolverlo.
3. **Planificación:** Es la organización del plan de cuidados, se deben establecer unas prioridades, plantear unos objetivos según la taxonomía NOC, elaborar las intervenciones y actividades de enfermería según la taxonomía NIC, y proceder a su documentación y registro.
4. **Ejecución:** Es llevar a la práctica el plan de cuidados.
5. **Evaluación:** Última fase del proceso. Los dos criterios más importantes que valora la enfermería son: la eficacia y efectividad.

1.2 PRIMERA ETAPA. VALORACIÓN DE ENFERMERÍA

El proceso enfermero es un proceso de pensamiento crítico que las enfermeras profesionales utilizan para aplicar la mejor evidencia disponible para proporcionar cuidados y promover las funciones y respuestas humanas a la salud y a la enfermedad.

Enfoque de pensamiento crítico sobre la valoración:

La valoración es la recogida intencionada y sistemática de información sobre un paciente para determinar su estado de salud y funcional actual y pasado y sus patrones de afrontamiento actuales y pasados. Sin embargo, el pensamiento crítico es una parte vital de la valoración, ya que permite ver el panorama general cuando

se formulan conclusiones o se toman decisiones sobre el estado de salud de un paciente.

Recogida de datos:

Se realiza la valoración para recopilar la información necesaria para hacer un juicio preciso sobre el estado actual de un paciente. La información procede de:

- El paciente, a través de la entrevista, las observaciones y la exploración física.
- Los informes de los miembros de la familia y allegados y las respuestas a las entrevistas.

En la recogida de datos necesitamos:

Conocimientos científicos (anatomía, fisiología, etc....) y básicos (capacidad de la enfermera de tomar decisiones), habilidades técnicas e interprofesionales (relación con otras personas), convicciones (ideas, creencias, etc....), capacidad creadora, sentido común y flexibilidad.

Tipos de datos a recoger:

- **Datos subjetivos:** No se pueden medir y son propios de paciente. Lo que la persona dice que siente o percibe.
- **Datos objetivos:** Se pueden medir por cualquier escala o instrumento (cifras de la tensión arterial).
- **Datos históricos-antecedentes:** Son aquellos hechos que han ocurrido anteriormente y comprenden hospitalizaciones previas, enfermedades crónicas o patrones y pautas de comportamiento.
- **Datos actuales:** Son datos sobre el problema de salud actual.

Métodos para obtener datos:

1.- Entrevista clínica:

La entrevista es un proceso que tiene cuatro finalidades, éstas son:

1. Obtener información específica y necesaria para el diagnóstico enfermero y la planificación de los cuidados.
2. Facilitar la relación enfermera/paciente.
3. Permitir al paciente informarse y participar en la identificación de sus problemas Y en el planteamiento de sus objetivos Y también.
4. Ayudar a la enfermera a determinar que otras áreas requieren un análisis específico a lo largo de la valoración.

La entrevista consta de tres partes: Iniciación, cuerpo y cierre.

1. **Iniciación:** Se comienza por una fase de aproximación y se centra en la creación de un ambiente favorable, en donde se desarrolla una relación interpersonal positiva.
2. **Cuerpo:** La finalidad de la conversación en esta parte se centra en la obtención de la información necesaria.
3. **Cierre:** Es la fase final de la entrevista No se deben introducir temas nuevos.

La entrevista clínica tiene que ser comprendida desde dos ámbitos:

1. Un ámbito interpersonal en el que dos o más individuos se ponen en contacto y se comunican
2. Otro ámbito de la entrevista es el de una habilidad técnica.

Existen tres tipos de interferencias:

- **Interferencia cognitiva:** Consisten en que el problema del paciente no es percibido o comprendido por el entrevistador.
- **Interferencia emocional:** Es frecuente, consiste en una reacción emocional adversa del paciente o del entrevistador.
- **Interferencia social:** En este caso las diferencias sociales conllevan en el profesional una menor conexión emocional a una menor implicación, y a prestar menor información al paciente.

2.- La observación:

Implica la utilización de los sentidos para la obtención de información tanto del paciente, como de cualquier otra fuente significativa Y del entorno.

Técnicas de exploración física

- **Empatía:** La capacidad de comprender (percibir) correctamente lo que experimenta nuestro interlocutor.
- **Calidez:** Es la proximidad afectiva entre el paciente y el entrevistador.
- **Respeto:** Es la capacidad del entrevistador para transmitir al paciente que su problema le atañe, y que se preocupa por él preservando su forma de pensar, sus valores ideológicos y éticos.
- **Concreción:** Es la capacidad del entrevistador para delimitar los objetivos mutuos y compartidos de la entrevista.

1.3. SEGUNDA ETAPA: DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

Según se utilice el PAE de 4 fases o el de 5 es el paso final del proceso de valoración o la segunda fase. Es un enunciado del problema real o en potencia del paciente que requiera de la intervención de enfermería con el objeto de resolverlo. Los pasos de esta fase son identificación de problemas y formulación de problemas.

La Asociación Española de Enfermería Docente (AEED) en 1993, elaboró un documento en el que especificaba estos beneficios:

- **Investigación:** Para poder investigar sobre los problemas de Salud, es necesario que los mismos estén bien definidos y universalizados, a fin de que los resultados de las investigaciones, puedan ser comprendidos y aplicados por otros enfermeros.
- **Docencia:** La inclusión de los Diagnósticos de Enfermería en el curriculum básico debe iniciarse y continuarse de forma coherente, y prolongarse de forma progresiva a lo largo de todo el curriculum.
- **Asistencial:** El uso de los Diagnósticos en la práctica asistencial favorece la organización y profesionalización de las actividades de enfermería.
- **Gestión:** Permitir, una mejor distribución de los recursos humanos y materiales

Tipos de diagnósticos:

- **Real:** Representa un estado que ha sido clínicamente validado mediante características definitorias principales identificables.
- **Alto Riesgo:** es un juicio clínico de que un individuo, familia o comunidad son más vulnerables a desarrollar el problema que otros en situación igual o similar.
- **Posible:** Son enunciados que describen un problema sospechado para el que se necesitan datos adicionales.
- **De bienestar:** Juicio clínico respecto a una persona, grupo o comunidad en transición desde un nivel específico de bienestar hacia un nivel más elevado.

1.4.- TERCERA ETAPA PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS

En esta fase se trata de establecer y llevar a cabo unos cuidados de enfermería, que conduzcan al cliente a prevenir, reducir o eliminar los problemas detectados.

Etapas en el plan de cuidados:

- 1. Establecer prioridades en los cuidados.** Todos los problemas y/o necesidades que pueden presentar una familia y una comunidad raras veces pueden ser abordados al mismo tiempo, por falta de disponibilidad de la enfermera, de la familia, posibilidades reales de intervención, falta de recursos económicos, materiales y humanos.
- 2. Planteamiento de los objetivos del cliente con resultados esperados.** Esto es, determinar los criterios de resultado. Describir los resultados esperados, tanto por parte de los individuos y/o de la familia como por parte de los profesionales.

La elaboración de las actuaciones de enfermería, a, esto es, determinar los objetivos de enfermería (criterios de proceso). Determinación de actividades, las

acciones especificadas en el plan de cuidados corresponden a las tareas concretas que la enfermera y/o familia realizan para hacer realidad los objetivos.

Diagnósticos de enfermería

- **Para un diagnóstico de enfermería real**, las actuaciones van dirigidas a reducir o eliminar los factores concurrentes o el Diagnóstico, promover un mayor nivel de bienestar, monitorizar la situación.
- **Para un diagnóstico de enfermería de alto riesgo**, las intervenciones tratan de reducir o eliminar los factores de riesgo, prevenir la presentación del problema, monitorizar su inicio.
- **Para un diagnóstico de enfermería posible**, las intervenciones tratan de recopilar datos adicionales para descartar o confirmar el Diagnóstico.

1.4.- EJECUCIÓN

La fase de ejecución es la cuarta etapa del plan de cuidados, es en esta etapa cuando realmente se pone en práctica el plan de cuidados elaborado.

La ejecución, implica las siguientes actividades enfermeras:

- Continuar con la recogida y valoración de datos.
- Realizar las actividades de enfermería.
- Anotar los cuidados de enfermería Existen diferentes formas de hacer anotaciones, como son las dirigidas hacia los problemas
- Dar los informes verbales de enfermería,
- Mantener el plan de cuidados actualizado.

1.5.- EVALUACIÓN

La evaluación se define como la comparación planificada y sistematizada entre el estado de salud del paciente y los resultados esperados. El proceso de evaluación consta de dos partes:

1. Recogida de datos sobre el estado de salud/problema/diagnóstico que queremos evaluar.
2. Comparación con los resultados esperados y un juicio sobre la evolución del paciente hacia la consecución de los resultados esperados.

Las valoraciones de la fase de evaluación de los cuidados enfermeros, deben ser interpretadas, con el fin de poder establecer conclusiones, que nos sirvan para plantear correcciones en las áreas estudio, veamos las tres posibles conclusiones (resultados esperados), a las que podremos llegar:

- El paciente ha alcanzado el resultado esperado.
- El paciente está en proceso de lograr el resultado esperado, nos puede conducir a plantearse otras actividades.

- El paciente no ha alcanzado el resultado esperado y no parece que lo vaya a conseguir.

De forma resumida y siguiendo a M, Caballero (1989) la evaluación se compone de:

- Medir los cambios del paciente/cliente.
- En relación a los objetivos marcados.
- Como resultado de la intervención enfermera
- Con el fin de establecer correcciones.

1.6.- BASES SEMIOLOGICAS DE LA VALORACION DEL PACIENTE

- **Semiología aplicada a la enfermería:** Es el estudio de los signos y síntomas de una enfermedad.
- **Objetivo:** A partir de los datos recabados por el interrogatorio el examen físico y los estudios complementarios se llega al diagnóstico enfermero.
- **Problema:** ES todo aquello que requiere atención por parte de la enfermera.
- **Síntoma:** Es lo manifestado por el paciente, lo que él siente.
- **SIGNO:** Es lo que puede ser observado, palpado o auscultado por la enfermera.
- **Síndrome:** Es el conjunto de síntomas y signos relacionados entre sí, que tienen una fisiopatología común y que obedecen a distintas etiologías.
- **Historia clínica:** Es el registro completo de la información obtenida a través del interrogatorio del paciente, el examen físico, de los estudios complementarios que se efectúen.

Características de la historia clínica:

- Debe ser cierta, coherente, entendible.
- Debe seguir un orden→ No puede faltarle datos, aunque sean negativos (Ej.: Fuma)
- A través de ella obtenemos información para iniciar el razonamiento enfermero. Este razonamiento debe dirigirse a los problemas que plantea el usuario.

Interrogatorio:

Es el primer paso de la historia clínica. Hay que dejar que el paciente exponga su problema interrumpiéndolo para evitar disociaciones o pérdida del hilo del pensamiento.

1. Datos personales.
2. Motivo de consulta
3. Enfermedad actual
4. Hábitos

5. Antecedentes personales
6. Antecedentes familiares.
7. Examen físico.
8. Exámenes complementarios.

1.7.- ENTREVISTA CLÍNICA

Las enfermeras utilizan entrevistas centradas en el paciente, la historia clínica de enfermería, la exploración física y los resultados de, Durante una entrevista de valoración debemos animar a los pacientes a contar sus historias sobre sus enfermedades o problemas de salud.

Hay dos métodos para recopilar una valoración integral:

- Utilizar un formato estructurado de base de datos y la utilización de un método focalizado en el problema.
- Una vez que un paciente proporciona datos subjetivos, debemos explorar más los hallazgos recogiendo datos objetivos.
- Durante la valoración debemos anticipar y utilizar críticamente un conjunto ramificado y apropiado de preguntas u observaciones, para recoger los datos y agrupar las señales de la información de la valoración para identificar los patrones y problemas emergentes.

Una entrevista inicial centrada en el paciente implica:

1. Preparar el escenario
2. Recopilar la información sobre los problemas del paciente y establecer un programa,
3. Recoger la valoración o una historia clínica de enfermería y
4. Finalizar la entrevista.

1.8.- EXPLORACIÓN FÍSICA

La valoración de la salud y la exploración física son los primeros pasos hacia la prestación de cuidados de enfermería seguros y competentes. La enfermera está en una posición única para determinar el estado de salud actual de cada paciente, distinguir las variaciones de la norma y reconocer la mejoría o el deterioro en su enfermedad.

La enfermera tiene que utilizar la exploración física para hacer lo siguiente: Recopilar los datos basales sobre el estado de salud del paciente.

- Apoyar o refutar los datos subjetivos obtenidos en la historia de enfermería.
- Identificar y confirmar los diagnósticos de enfermería.
- Tomar las decisiones clínicas sobre el estado de salud cambiante de un paciente y su manejo.
- Evaluar los resultados de los cuidados.

Equipamiento. La enfermera debe realizar la higiene de manos a fondo antes de manipular el equipamiento y empezar una exploración.

Preparación física del paciente. Para mostrar respeto por un paciente, la enfermera debe asegurarse de que las necesidades físicas de confort están satisfechas.

Colocación. Durante la exploración se pide al paciente que adopte las posturas apropiadas de manera que las partes del cuerpo sean accesibles y el paciente se mantenga cómodo.

Preparación psicológica de un paciente. La enfermera debe adaptar las explicaciones al nivel de comprensión del paciente y animarlo a hacer preguntas y comentarios respecto a cualquier malestar.

Organización de la exploración. La enfermera llevará a cabo una exploración física mediante la valoración de cada sistema corporal.

Técnicas de valoración física. Las cuatro técnicas usadas en una exploración física son inspección, palpación, percusión y auscultación.

Inspección. Para inspeccionar, la enfermera debe mirar, escuchar y oler cuidadosamente para distinguir los resultados normales de los anormales.

Palpación. La palpación implica usar el sentido del tacto para recopilar la información.

Percusión. La percusión implica golpear ligeramente la piel con las yemas de los dedos para hacer vibrar los tejidos y órganos subyacentes.

Auscultación. La auscultación implica escuchar los sonidos que el cuerpo hace para detectar variaciones de lo normal.

Uso y cuidado del estetoscopio:

- Colocar las olivas auriculares en los oídos con los extremos girados hacia la cara.
- Ponerse el estetoscopio y soplar ligeramente en el diafragma.
- Poner el diafragma sobre la parte anterior del tórax
- Ponerse el estetoscopio y golpear ligeramente en el tubo.
- Cuidado del estetoscopio: quitar las olivas auriculares regularmente y limpiarlas; quitar el cerumen (cera del oído).
- Control de la infección: bacterias dañinas como los bacilos grampositivos, Staphylococcus aureus resistente a la meticilina (SARM), Staphylococcus no aureus, Enterobacter cloacae y S.

Examen general:

Un examen o una valoración general de las manifestaciones del paciente y de la conducta proporcionan información sobre las características de una enfermedad, la capacidad del paciente para funcionar independientemente, la imagen corporal, el estado emocional, los cambios recientes en el peso y el estado del desarrollo.

Hay que valorar el aspecto y la conducta mientras se prepara al paciente para la exploración. Para esta revisión se debe incluir lo siguiente:

- Sexo y raza
- Edad
- Signos de sufrimiento
- Tipo corporal
- Postura

Marcha. Observar al paciente cuando entra en la habitación o está de pie al lado de la cama (si el paciente deambula).

Higiene y aseo personal. Observar el grado de limpieza del paciente examinando el aspecto del cabello, la piel y las uñas. Determinar si la ropa del paciente está limpia.

Vestido. La cultura, la forma de vida, el nivel socioeconómico y la preferencia personal afectan a la selección y el uso de la ropa.

Afecto y estado de ánimo. El afecto son los sentimientos de una persona según cómo se muestran a los demás.

Habla. El habla normal es comprensible y tiene un ritmo moderado y muestra una asociación con los pensamientos de la persona.

Signos de abuso del paciente. Durante la exploración observar si el paciente teme a su cónyuge o pareja, un cuidador, un padre o un niño mayor.

1.9.- SIGNOS VITALES

Constantes vitales

Después de terminar el examen general, hay que medir las constantes vitales del paciente. El dolor, considerado la quinta constante vital, también debe ser valorado

Pautas para medir las constantes vitales

Las constantes vitales son una parte de la base de datos de la valoración. La enfermera las incluye en una valoración física completa o las obtiene individualmente para valorar el estado de un paciente.

Las siguientes pautas son para incorporar las mediciones de las constantes vitales en la práctica enfermera:

- Hay que asegurarse de que el equipamiento es funcional y apropiado para el tamaño y edad del paciente.
- Debe conocer los intervalos normales de las constantes vitales de un paciente
- La enfermera tiene que determinar la historia clínica del paciente, las terapias y las medicaciones prescritas.
- Basándose en el estado del paciente, la enfermera debe colaborar con otros profesionales sanitarios para decidirla.
- Debe analizar los resultados de la medición de las constantes vitales.
- Se deben comunicar los cambios significativos de las constantes vitales al médico del paciente o a la enfermera encargada.

Talla y peso: La talla y el peso reflejan el estado de salud general de una persona, el peso se mide de manera rutinaria durante los controles de salud, las visitas a las consultas o clínicas de los médicos y en el ingreso al hospital.

Temperatura corporal: La temperatura corporal es la diferencia entre la cantidad de calor producida por los procesos corporales y la cantidad de pérdida de calor al entorno externo.

Producción de calor: La termorregulación depende de la función normal de los procesos de producción de calor. El calor producido por el cuerpo es un derivado del metabolismo, que es la reacción química en todas las células corporales.

Pulso: El pulso son los saltos palpables del flujo sanguíneo observados en varios puntos del cuerpo.

Respiración: La respiración es el mecanismo que el cuerpo utiliza para intercambiar los gases entre la atmósfera y la sangre y la sangre y las células.

Valoración de la ventilación: Un cambio brusco en el carácter de la respiración es importante. Debido a que la respiración está ligada al funcionamiento de numerosos sistemas corporales, hay que tener en cuenta todas las variables cuando se producen cambios.

Frecuencia respiratoria. La enfermera debe observar una inspiración y una espiración completa cuando cuenta la ventilación o frecuencia de respiración.

Profundidad de la ventilación. La enfermera valora la profundidad de la respiración observando el grado de recorrido o movimiento en la pared torácica.

Ritmo de la ventilación. La enfermera determina el patrón respiratorio observando el tórax o el abdomen.

Pulsioxímetro portátil con sonda para el dedo. Respiración dificultosa implica normalmente a los músculos accesorios de la respiración visibles en el cuello.

Proceso de enfermería y constantes vitales respiratorias. La medición de la frecuencia respiratoria, el patrón y la profundidad, junto con la SpO₂, valora la ventilación, difusión y perfusión.

Presión arterial. Es la fuerza ejercida sobre las paredes de una arteria por el bombeo de la sangre a presión desde el corazón. La sangre fluye a lo largo del sistema circulatorio debido a los cambios de presión.

Gasto cardíaco. La PA depende del gasto cardíaco. Cuando el volumen aumenta en un espacio cerrado, como los vasos sanguíneos, la presión en ese espacio se eleva.

Volumen de sangre. El volumen de sangre que circula dentro del sistema vascular afecta a la PA. La mayoría de los adultos tienen un volumen de sangre circulatorio de 5.000 ml

Viscosidad. La densidad o viscosidad de la sangre afecta a la facilidad con que la sangre fluye a través de los vasos pequeños.

Elasticidad. Normalmente las paredes de una arteria son elásticas y se distienden con facilidad.

Edad. Los niveles normales de PA varían a lo largo de la vida (tabla 29-7). La PA aumenta durante la niñez.

Variación diaria. La presión arterial varía a lo largo del día, con la PA más baja durante el sueño entre medianoche y las 3:00 a. m. Entre las 3:00 a.m. y las 6:00 a.m. hay una subida lenta y constante de la PA.

Medicación. Algunos medicamentos afectan directa o indirectamente a la PA.

Hipertensión. La alteración más común de la PA es la hipertensión. La hipertensión es a menudo asintomática.

Palpación. La medición indirecta de la PA por palpación es útil para pacientes cuyas pulsaciones arteriales son demasiado débiles para generar los ruidos de Korotkoff.

1.10.- RECOGIDAS DE MUESTRAS BIOLÓGICAS

La práctica de la medicina, en la actualidad, se apoya fuertemente en la realización de exámenes de laboratorio que confirmen o no, las hipótesis clínicas, y muchas veces, el curso del tratamiento y la evolución del paciente dependen de los resultados de estas pruebas.

Cualquier fallo en el proceso, implica riesgos para el paciente y pueden generar dificultades impredecibles, que por su diversidad son difíciles de abordar (e incluso no están limitados a los factores que se mencionaron).

Preparación de pacientes para estudios radiológicos

El personal de enfermería debe tener capacidad para reconocer e interpretar signos normales o cambiantes de salud/mala salud, sufrimiento, incapacidad de la persona.

Valoración y examen físico.

Se inicia con la identificación de la enfermera ante el paciente y viceversa Motivo de la consulta Exámenes previos Medicamentos que está ingiriendo Horas de ayuno Peso y talla Signos vitales.

Apoyo y preparación psicológica.

Se vigila las constantes vitales a través del monitor, además de otros signos como la ansiedad o inquietud, posibles reacciones alérgicas, náuseas.

Toma de muestra de sangre:

Es la obtención de una muestra de sangre, mediante una punción venosa periférica o central, para realizar el posterior análisis en el laboratorio clínico.

1. Lávese las manos y prepare el equipo.
2. Identifique al paciente verbalmente o revisando la ficha clínica.
3. Explíquelo el procedimiento a realizar.
4. Seleccione el sitio que le merezca mayor seguridad de éxito en la técnica y de menor riesgo para el paciente.
5. Colóquese los guantes, arme la jeringa.
6. Inserte la aguja con el bisel hacia arriba.
7. Llene con la cantidad necesaria los frascos de examen, siempre llene primero los frascos que tienen anticoagulantes, girándolos según corresponda.
8. Registre el procedimiento, según norma del servicio.

CONCLUSIONES

Las conclusiones que pude extraer del estudio del tema “proceso de enfermería”, son precisamente los puntos que me permitieron conocer en que consiste y sobre todo en que está basado dicho proceso, primeramente, es importante mencionar que el proceso de atención de enfermería consiste en la aplicación del método científico, en lo referente a la práctica asistencial enfermera.

Actualmente, el PAE (Proceso de atención de enfermería), se le conoce las siguientes etapas:

La **valoración** es la etapa que consiste en el proceso organizado y sistemático de recogida y recopilación de datos sobre el estado de salud del paciente; por su parte el **diagnostico** consiste en el proceso organizado y sistemático de recogida y recopilación de datos sobre el estado de salud del paciente; la tercera etapa es la **planificación**, que consiste en la organización del plan de cuidados; la cuarta etapa

se denomina **ejecución** y consiste en llevar a la práctica el plan de cuidados; por último la etapa de **evaluación** consiste en la aplicación de dos criterios más importantes que valora la enfermería, son: la eficacia y efectividad.

En la primera etapa del proceso de atención de enfermería (PAE), considero importante mencionar los puntos más relevantes, entre ellos está el de analizar la relación entre el pensamiento crítico y la valoración de enfermería, la explicación del proceso de recogida de datos y la descripción de los métodos de la recogida de dato.

La etapa del diagnóstico consiste en Identificar los problemas del paciente. El diagnóstico de enfermería real se refiere a una situación que existe en el momento actual. Es necesario mencionar que un diagnóstico de enfermería no es sinónimo de un diagnóstico médico.

Las funciones de Enfermería tienen tres dimensiones, dependiente, interdependiente e independiente, según el nivel de decisión que corresponde a la enfermera.

Los tipos de diagnósticos, pueden ser de cuatro tipos, que son: reales, de alto riesgo (designados hasta 1992 como potenciales), de bienestar o posibles.

La tercera etapa del PAE, denominada planificación de cuidados, en esta fase se trata de establecer y llevar a cabo cuidados de enfermería, que conduzcan al cliente a prevenir, reducir o eliminar los problemas detectados.

La fase de ejecución, es la cuarta etapa del plan de cuidados, en esta etapa es cuando realmente se pone en práctica el plan de cuidados elaborado.

Cabe mencionar que el enfermero tiene toda la responsabilidad en la ejecución del plan, pero incluye al paciente y a la familia, así como a otros miembros del equipo.

La evaluación, se define como la comparación planificada y sistematizada entre el estado de salud del paciente y los resultados esperados.

La etapa de evaluación, consiste en emitir un juicio sobre un objeto, acción, trabajo, situación o persona, comparándolo con uno o varios criterios. Los dos criterios más importantes que valora la enfermería, en este sentido, son: la eficacia y la efectividad de las actuaciones.

En la presente conclusión, es muy importante mencionar en que consiste la Historial CLINICA, esta consiste el registro completo de la información obtenida a través del interrogatorio del paciente, el examen físico, de los estudios complementarios que se efectúen.

El historial clínico cumple una función asistencial, de investigación, es una parte legal y de auditoría. El historial clínico es el arma básica de trabajo de la enfermería.

En la entrevista clínica, las enfermeras utilizan entrevistas centradas en el paciente, la historia clínica de enfermería, la exploración física y los resultados.

La valoración de la salud y la exploración física son los primeros pasos hacia la prestación de cuidados de enfermería seguros y competentes.

Para concluir, considero de suma importancia, conocer los fundamentos de enfermería, para poder así llevarlo a la práctica, el tema del proceso de atención de enfermería, me dio un panorama sobre las actividades principales del enfermero(a), así mismo me permitió conocer que el historial clínico es fundamental en la actividad del enfermero.