**UNIVERSIDAD DEL SURESTE**

**Nombre de la alumna: Ivonne Estefanía Guzmán Vázquez**

**Docente: María Del Carmen López Silba**

**Materia: Fundamentos de enfermería l**

**Trabajo:**

**Elaboración de un resumen**

**Especialidad: Licenciatura en enfermería**

**Comitán De Domínguez Chiapas, 17 De Noviembre 2021**

**1.1 Proceso de atención de enfermería**

El proceso de atención de enfermería tiene sus orígenes cuando, por primera vez fue considerado como un proceso, se establecieron cuatro etapas valoración, planeación , realización y evaluación .

La valoración es la primera fase de un proceso de enfermería que consiste en la recogida y organización de los datos que conciernen a la persona, familia y entorno.

El diagnóstico es el juicio o conclusión que se produce cómo resultado de la valoración.

La planificación se desarrolla estrategias para prevenir, minimizar o corregir los problemas.

La ejecución es la realización o puesta en practica los cuidados programados.

La evaluación es comparar las respuestas de la persona para así determinar si se ha conseguido los objetivos establecidos.

**1.2Primera etapa valoración de enfermería**

La valoración es la primera fase de un PAE se define cómo procesó organizado, planificado, sistemático y continuó.

**Tipos de valoración:**

se distinguen dos tipos de valoración la primera es la valoración inicial o global, éste tipo de valoración cubre todas las perspectivas de la valoración de enfermería.

La segunda es la valoración focalizada o continúa es la que se centra en situaciones clínicas o problemas de salud específicos.

Según su sistemática se distinguen cuatro tipos de valoraciones , la valoración siguiendo el orden de cabeza a pies, valoración por sistemas y aparatos, patrones funcionales de salud de Marjory Gordon y las necesidades de Virgina Henderson.

**Fases de la valoración:**

se compone por cuatro fases la primera es la recolección de datos,un dato es una información concreta que se obtiene de un paciente, familia o comunidad, y que hace referencia a su estado de salud.

El segundo es la entrevista que es una técnica que se utiliza para obtener los datos subjetivos de la salud del paciente y también para establecer una relación mutua, para crear una relación interpersonal terapéutica tendremos que desarrollar una buena comunicación tanto verbal, como no verbal.

La tercera valoración es la observación es la que provendrá de los sentidos del entorno , así cómo la interacción de ambos.

La cuarta valoración es la exploración física que es el conjunto de procedimientos que realizamos las enfermeras tras realizar la entrevista clínica.

Las principales técnicas que realiza una enferma es la exploración física la cual se compone por cuatro partes que es la inspección, palpación, percusión y auscultación

La inspección es la observación cuidadosa y crítica del usuario para determinar características físicas.

La palpación es el uso de tacto para determinar las características de algunas estructuras corporales situadas debajo de la piel.

La percusión es un golpeteo suave con un dedo o dedos sobre la superficie corporal y por último la auscultación es la que produce sonidos por los órganos corporales.

**Patrones funcionales de Marjory Gordon:**

Los patrones Funcionales son una serie de comportamientos comunes la mayoría de las personas, que contribuyen a su salud, calidad de vida, y al logro de su potencial humano, y que se dan de una manera secuencial a lo largo del tiempo. Estos patrones están conformados por once patrones funcionales los cuales

 • Patrón 1. Percepción y manejo de la salud.

• Patrón 2. Nutricional y metabólico

• Patrón 3. Eliminación

• Patrón 4. Actividad y ejercicio.

• Patrón 5. Sueño y descanso.

• Patrón 6. Cognitivo y perceptual.

• Patrón 7. Autopercepción y autoconcepto.

• Patrón 8. Rol y relaciones.

• Patrón 9. Sexualidad y reproducción.

• Patrón 10. Adaptación y tolerancia al estrés.

• Patrón 11. Valores y creencias.

**Necesidades básicas de Virgina Henderson:**

Definió las funciones y actividades que son responsabilidad de la enfermería, dejando constancia hasta donde debemos llegar las enfermeras. Henderson identifica 14 necesidades básicas las cuales son:

1. Respirar normalmente.

2. Comer y beber adecuadamente.

3. Eliminación de los desechos del organismo.

4. Movimiento y mantenimiento de una postura adecuada.

5. Descansar y dormir.

6. Seleccionar vestimenta adecuada, vestirse y desvestirse.

7. Mantener la temperatura corporal.

8. Mantener la higiene corporal y la integridad de la piel.

9. Evitar los peligros del entorno.

10. Comunicación y relación con los demás.

11. Valores y Creencias.

12. Autorrealización.

13. Entretenimiento y ocio.

14. Aprendizaje.

**1.3 Segunda etapa: diagnóstico de enfermería**

Esta segunda etapa del P.A.E. se centra en el análisis de los datos recogidos durante la valoración y su interpretación científica, que da como resultado los diagnósticos de enfermería.

**Las principales características de los diagnósticos de enfermería son:**

Los diagnósticos de enfermería se centran en los problemas derivados de las respuestas humanas acontecidas tras una alteración de la salud particular.

Los diagnósticos de enfermería describen las respuestas de los pacientes ante situaciones clínicas que pueden ser tratadas o abordadas por las enfermeras.

Para seleccionar un diagnóstico concreto para un paciente particular, primero es necesario analizar la información recogida y organizada durante la fase de valoración.

**Formulación de un diagnóstico de enfermería:**

El diagnóstico de enfermería es la base sobre la que se sustentan las intervenciones enfermeras. La importancia de esta fase para la resolución del problema de salud es reflejada en la formulación del diagnóstico.

Estas siglas especifican el orden que debe seguir la formulación de un diagnóstico de enfermería: problema, etiología, signos y síntomas.

**Tipos de diagnósticos de enfermería:**

Diagnóstico Enfermero Real o Focalizado en el Problema Juicio clínico: en relación con una respuesta humana no deseada de una persona, familia, grupo o comunidad, a una afección de salud/proceso vital.

Diagnóstico Enfermero de Riesgo: Juicio clínico en relación con la vulnerabilidad de una persona, familia, grupo o comunidad para desarrollar una respuesta humana no deseada a una afección de salud/proceso vital.

**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 necesidades que pueden presentar una familia y una comunidad raras veces pueden ser abordados al mismo tiempo.
2. Planteamiento de los objetivos del cliente con resultados esperados : esto es determinar los criterios del resultado, la etapa de planificación se inicia tras realizar el diagnóstico de enfermería y se conforma en tres partes la primera es la determinación de prioridades la segunda es el establecimiento de los objetivos o resultados de enfermería NOC, y la tercera es la selección de las intervenciones de enfermería NIC.

**Determinación de prioridades:**

Para determinar los resultados NOC que esperamos conseguir, y las intervenciones NIC que realizaremos para solucionar el problema de salud, es necesario fijar unas prioridades y tomar cómo referencia las necesidades básicas propuestas por Maslow.

**Resultados de Enfermería NOC:** Tras priorizar los diagnósticos que van a ser tratados, es necesario seleccionar los resultados NOC que pretendemos conseguir para cada diagnóstico.

Los Resultados NOC tendrán los siguientes componentes:

• Etiqueta.

• Definición.

• Listado de indicadores.

• Escala de Likert.

• Bibliografía.

Cada resultado NOC tiene asociado un grupo de indicadores. Estos indicadores serán puntuados mediante una escala de Likert. Siendo 1 la peor puntuación posible para el resultado, y el 5 la puntuación más deseable.

**Intervenciones de Enfermería NIC.**

Se entiende como intervención de enfermería NIC, todo tratamiento basado en el conocimiento y juicio clínico,

Los Intervenciones NIC tienen los siguientes componentes:

• Etiqueta.

• Código.

• Definición.

• Actividades.

• Bibliografía.

Estas intervenciones están compuestas por actividades, lo cual una actividad es el cuidado especifico que realiza la enfermera para llevar a cabo una intervención, y que ayuda al paciente a avanzar y obtener un mejor resultado.

**1.5 Cuarta etapa ejecución**

La cuarta etapa del proceso de atención de enfermería consiste en la realización de las mencionadas Intervenciones de enfermería. La etapa de ejecución consiste en la aplicar los cuidados de enfermería correspondientes.

También la etapa de la ejecución conlleva a realizar algunas actividades como continuar con la recogida y valoración de datos. Registro de los cuidados de enfermería realizados. Transmitir el estado de salud de nuestros pacientes al resto de los profesionales.

**Se debe completar algunos registros como:**

La valoración de enfermería.

El diagnósticos de enfermería.

Los resultados NOC y las intervenciones NIC.

**Existen dos tipos de planes de cuidados:**

Los planes Individualizados los cuales documentan la valoración, el diagnóstico y resultados NOC

Las intervenciones NIC para un paciente particular.

**Informatización del plan de cuidados:**

La mayoría de los servicios autonómicos y nacionales de salud tienen informatizada, en mayor o menor medida, la historia clínica de los pacientes. Es fundamental el hecho de que los profesionales de enfermería reflejen el plan de cuidados en un soporte físico o electrónico.

**Otras ventajas en la informatización de los planes de atención de enfermería en la práctica clínica son:**

El registro rápido, claro y conciso.

La ausencia de las iatrogenias causadas por una interpretación errónea de la información manuscrita.

Se evita duplicar información y la eliminación del registro físico.

**1.6 Quinta etapa evaluación de enfermería**

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

**Fases de la evaluación**

La evaluación de enfermería está compuesta por dos fases: la primera es la puntuación de los indicadores y la segunda la comparación de resultados.

**Tipos de indicadores NOC.**

En función del signo o síntoma a valorar, existen diferentes tipos de indicadores. Los más habituales son:

• Datos anatomofisiológicos.

• Síntomas.

• Conocimientos.

• Competencias o Habilidades.

• Sentimientos.

• Valores y Creencias.

**Inferencia de conclusiones.**

Una vez realizada la evaluación es necesario analizar y extraer unas conclusiones, que nos sirvan para mejorar el proceso de atención de enfermería, y por ende, aplicar unos cuidados basados en la evidencia.

La evaluación se realizará de forma periódica y cíclica, afectando a las decisiones tomadas sobre el resto de las fases del proceso de atención de enfermería.

**1.7 Entrevista clínica**

La entrevista clínica es una técnica de recogida de información que utilizamos constantemente en nuestra profesión**.** La finalidad de la entrevista dependerá de los objetivos planteados por el entrevistador y del enfoque, así vemos que esta técnica no es exclusiva de ningún profesional, ya que la emplean todos aquellos profesionales de la salud

**Etapas de la entrevista clínica**

El proceso de entrevista clínica se puede dividir en diferentes etapas: la preparación del proceso, la fase inicial, el cuerpo o fase intermedia, cierre, posdata y análisis de la información recogida. Se aconseja el uso de preguntas de forma impersonal para tratar temas íntimos o delicados. Así se reduce al mínimo la incomodidad y las respuestas que se dan son más sinceras.

**Fase inicial**

La fase inicial de la entrevista clínica es aquella que se produce cuando el entrevistador interacciona "cara a cara" con el entrevistado, con el objetivo de recabar información.

**Fase intermedia** Se entiende por Cuerpo o fase Intermedia la realización de la entrevista propiamente dicha, donde se abordan las diferentes áreas temáticas.

**FASE FINAL**

Se denomina Cierre a la fase final de la entrevista. Las actividades que comprende son:

Comunicar la finalización próxima de la misma.

Agradecer la colaboración y atención prestada.

Preguntar si desea comunicar algo más.

Presentar un resumen de los contenidos tratados.

**1.8 Exploración física**

En el Examen Físico intervienen los 4 métodos de la exploración clínica: la inspección, la palpación, la percusión y la auscultación, estos cuatro métodos vienen complementados por la termometría clínica.

La inspección es la apreciación con vista desnuda o con ayuda de un lente de aumentó se visualiza el color, la forma, los movimientos del cuerpo y de la superficie externa.

La palpación se aprecia de forma manual la sensibilidad, temperatura, la consistencia y movimientos de la región explorada

La percusión es la que consiste de la apreciación del oído de los fenómenos acústicos produce cuando se golpea la superficie externa del cuerpo.

Y por último la auscultación es la que consiste de la apreciación del sentido de la audición de los fenómenos acústicos que produce el organismo.

**Material y equipo**

Para realizar un examen físico es necesario contar con algunos materiales como son : el estetoscopio, esfigmomanómetro, termómetro clínico, depresor , torundas, paraban y sábanas.

Durante la exploración hay que vigilar las respuestas emocionales del paciente observando si sus expresiones faciales muestran miedo o preocupación.

Las exploraciones pediátricas habituales se centran en la promoción de la salud y prevención de enfermedades en niños sanos.

Al explorar a los niños hay seguir algunos consejos como recopilar la mayor información posible sobre los antecedentes del niño, Dar tiempo para jugar y así facilitar un ambiente de confianza, Realizar preguntas abiertas para permitir que los padres brinden más información y describan más a detalle el problema del niño.

**1.9 Signos vitales**

Los signos vitales son valores que permiten estimar la efectividad de la circulación, de la respiración y de las funciones neurológicas basales, son la cuantificación de acciones fisiológicas como es la frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria, temperatura, presión arterial y la oximetría, que indican que un individuo esta vivo y la calidad del funcionamiento del organismo.

Las principales variables que causan una alteración de signos vitales son la edad, sexo , ejercicio físico, el embarazo y el estado emocional .

**Frecuencia cardiaca:** es la onda pulsátil que produce la sangre, originada en la contracción del ventrículo izquierdo del corazón y que resulta la expansión y contracción regular del calibre de las arterias.

Las características al palpar el pulso arterial son la frecuencia, ritmo, volumen, elasticidad.

**Técnica para tomar el pulso arterial:**

El paciente debe estar con la extremidad apoyada con la palma hacia arriba, aplicar suavemente las yemas del dedo índice y medio en el punto en que la arteria pasa por el hueso , contar los latidos durante 15 segundos y multiplicar por 4, 3 o 2 respectivamente si el pulso es regular, registrar el hallazgo y tomar decisiones pertinentes.

**Sitios para tomar el pulso:**

Pulso temporal en la arteria temporal, pulso carotideo en arteria carótida, pulso braquial en la arteria humeral , los más utilizados son el carotideo, radial, braquial, femoral.

**Recomendaciones para la valoración del pulso:** Tener manos limpias y si es posible tibias, poner al paciente en reposo al menos de 10 a 15 minutos, verificar si el paciente ha recibido medicamentos que afectan las frecuencia cardiaca, palpar cada pulso en forma individual para evaluar las características y en forma simultánea para detectar cambios en la sincronización.

**Alteraciones de la frecuencia cardiaca y pulso**

Taquicardia sinusal: fc elevada mayor a 100 latidos por minuto, que no sobrepasa de los 160.

Bradicardia sinusal: FC entre 40 y 60 latidos por minuto.

Pulso amplio: por grandes presiones diferenciales.

Pulso duro: común en el anciano por arteriosclerosis.

Pulso débil: tono muy bajo.

Pulso arrítmico: arritmias cardiacas.

Pulso filiforme y parvus: debilidad extrema y pulso casi imperceptible.

**Técnica para tomar la frecuencia cardiaca:**

Colocar al paciente en decúbito supino.

Colocar el diafragma del estetoscopio en el 5to espacio intercostal, línea medioclavicular izquierda, contar los latidos en 6, 15 o 30 segundos, y multiplicarlo por 10, 4 o 2 según corresponda, para obtener el número de latidos por minuto.

**Temperatura corporal:**

Se define como el grado de calor conservado por el equilibrio entre el calor generado y el calor perdido por el organismo. Los factores que afectan la termogénesis es la tasa metabólica basal, actividad muscular, adrenalina, noradrenalina, estimulación simpática, producción de tiroxina, otras. Mientras que los factores que afectan la termólisis son la conducción, radiación, convección y evaporación.

La temperatura corporal se mide a traves de un termómetro clínico, el termómetro convencional de mercurio axilar. Los termómetros digitales poseen una pantalla de lectura, incorporan un microchip que actúan en un circuito electrónico y es sensible a los cambios de temperatura ofreciendo lectura directa de la misma en más o menos 60 segundos.

**Técnica para tomar la temperatura.**

Asegúrese de que la columna de mercurio marque menos de 35C.

Limpiar con una torunda alcoholada el termómetro, para desinfectarlo.

Tiempo de coloración:

Bucal: 3 minutos. En pacientes sin alteración de conciencia.

Axila o ingle: previamente secas, colocar el termómetro 3 a 5 minutos.

 Rectal: paciente en decúbito lateral con genuflexión de los miembros inferiores, introducir en el recto el termómetro lubricado, esperar 1 minuto. Pará todos los casos retirar el termómetro y leerlo, interpretar y actuar ante evidencia de alteración.

**Recomendaciones y precauciones:**

Usar de manera personal el termómetro, el bulo debe estar completamente en contacto con la zona anatómica elegida, el la zona rectal esta contraindicada en personas con diarrea, procesos inflamatorios y tener una buena irrigación. Para la toma oral basal, no haber fumado, comido o bebido líquidos calientes.

**Alteraciones de la temperatura:**

Hipotermia: temperatura central ≤ 35C.

Febrícula: temperatura mayor a la normal y hasta los 38C.

Fiebre: elevación de la temperatura corporal central por encima de las variaciones diarias normales mayor de 38º C.

Hiperpirexia: temperatura muy elevada mayor a 41C.

Hipertermia: fallan los mecanismos de control de la temperatura, de manera que la producción de calor excede a la pérdida de éste, hipotalámico en niveles normo térmicos, presentando temperatura mayor a los 41C.

**Según la forma de la curva térmica:**

La continua es la constante alta, la oscilación diaria inferior a un grado, intermitente es la que se caracteriza por elevaciones térmicas que retoman a los valores normales.

La remitente no baja a valores normales durante cada día de fiebre mientras que la reincidente o recurrente se dan cortos periodos febriles.

**Frecuencia respiratoria**

El ciclo respiratorio comprende una fase de inspiración y otra de espiración. La frecuencia respiratoria es el número de veces que una persona respira por minuto.

**Técnica para valorar la frecuencia respiratoria mediante inspección.**

Lo más cómodo posible y sin alertar al paciente mire y cuente los movimientos torácicos.

Contar durante 30 segundos y multiplicar ese valor por 2 si la respiración es regular. Controlar durante 1 minuto o más tiempo si es necesario, en pacientes con respiración irregular.

**Técnica para valorar la frecuencia respiratoria mediante auscultación.**

Colocar al paciente en sedestación, de acuerdo a la proyección anatómica de los pulmones en el tórax colocar el diafragma del estetoscopio sobre la pared torácica, de manera que no que quede situado sobre alguna estructura ósea.

**Hallazgos anormales de la frecuencia respiratoria.**

La bradipnea es la lentitud en el ritmo respiratorio.

Taquipnea es el aumento en el ritmo respiratorio persistente, es una respiración superficial y rápida. En el adulto la fr es mayor de 20 respiraciones por minuto.

Hiperpnea: respiración profunda y rápida de frecuencia mayor a 20 respiraciones por minuto en el adulto.

Apnea: ausencia de movimientos respiratorios.

Disnea: sensación subjetiva del paciente de dificultad o esfuerzo para respirar.

Respiración de Kussmaul: respiración rápida profunda, suspirante y sin pausas.

Respiración de Cheyne-Stoke: hiperpnea que se combina con intervalos de apnea y la respiración de Biot es extremadamente irregular en la frecuencia respiratoria, el ritmo y la profundidad de las respiraciones.

**Presión arterial:** La presión arterial es la fuerza que ejerce la sangre por la columna y es impulsada por el corazón hacia los vasos sanguíneos. La fuerza de la sangre contra la pared arterial es la presión sanguínea, estas dos fuerzas son contrarias y equivalentes.

**Las características de la presión arterial** son cuando el corazón expulsa toda la sangre que fluye hacia a él, sin crear estancamiento sanguíneo excesivo en los vasos, esto ocurre dentro de los limites fisiológicos. Cuanto mayor sea la presión de llegada que obliga a pasar la sangre de las venas al corazón.

**Esfigmomanómetros:** Las presiones se registran en una escala que puede ser de mercurio, un reloj o una pantalla, según el sistema usado. Ya sea de columna de mercurio, aneroide o digital. El brazalete debe ser de un tamaño proporcional a la longitud y grosor de la extremidad.

**Técnica para la toma de presión arterial con esfigmomanómetro aneroide**.

Idealmente el paciente debe estar descansado, acostado o sentado. Ubicar el brazo apoyado en su cama o mesa en posición supina. Fijar el brazalete alrededor del brazo, previa selección del manguito de tamaño adecuado. Palpar la arteria radial, insufle en forma continua y rápida hasta el nivel que deje de percibir el pulso: esto equivale a presión sistólica palpatoria.

Mantener el estetoscopio sobre la arteria. Realizar la acción de bombeo con la perilla, e insuflar continua y rápidamente el brazalete hasta que el mercurio se eleve 20 o 30 mmHg.

Repetir el procedimiento para confirmar los valores obtenidos o bien para aclarar dudas.

**Ruidos de Korotkoff.**

Los ruidos se oyen sobre una arteria, por debajo de un manquito que está siendo desinflado, y consisten en una especie de toque y de un soplo.

**1.10 Recogida de muestras biológicas**

Las muestras biológicas no son más que partes o fracciones que se obtienen de un organismo para su posterior estudio. Así que, para poder conocer las condiciones generales de la sangre, se extraerá una muestra. Nuestro organismo también posee una serie de líquidos orgánicos y productos de desecho . En estos casos, en general, obtener una muestra resulta mucho más sencillo que en el caso de muestras de partes sólidas (biopsia).

**Recogida de muestras de orina**

Las características de la orina pueden informarnos sobre el funcionamiento del aparato urinario y también aporta datos referentes a otros órganos. Recuerda que la orina no es más que un filtrado del plasma y por eso en ella se pueden detectar alteraciones propias de otros aparatos, el análisis elemental de orina incluye el estudio de las características físicas y bioquímicas (densidad, pH, presencia de glucosa, proteínas, bilirrubina.) Y también el estudio del sedimento.

Si sospechamos que en la orina de un paciente la bacteria presente es la “X”, sembraremos parte de la orina en un medio de cultivo en el que sabemos que puede multiplicarse el microorganismo “X” pero no otro. Pasado un tiempo (24 horas habitualmente) inspeccionaremos a simple vista el medio de cultivo.

**Recogida de orina en niños y lactantes**

Si están sondados, cualquiera que sea la edad, se recogerá la orina de modo similar a como se realiza en los adultos.

Niños mayores de 2 años.- La recogida es similar a la realizada en los adultos.

Niños menores de 2 años.- Se utilizan dispositivos especiales. Se trata de unas bolsas desechables estériles con una superficie adhesiva que se pega a la piel de la zona púbica y perineal.

**Recogida de muestras de heces**

El contenido del intestino grueso a medida que va avanzando por él, y gracias a la absorción de agua, se va convirtiendo en una masa pastosa y sólida. De este modo se forman las heces fecales que eliminamos por el ano. La consistencia normal es pastosa-dura. Cuando cambia podemos hablar de diarrea o de estreñimiento**.** La recogida de muestras de heces es función del TCAE. Por supuesto, en el caso de que se trate de un paciente ambulatorio habrá que explicarle muy claramente cómo hacerlo. Por eso será necesario advertirle que:

Las muestras de heces con orina son inadecuadas. Debe primero orinar en el

inodoro y luego defecar en un orinal.

El orinal estará previamente limpio pero sin restos de detergente o de desinfectante.

La muestra se toma con la cucharilla de la tapa y teniendo la precaución de escoger aquellas partes de las heces más sospechosas con moco, pus, sangre. Por supuesto, las muestras se meten en el recipiente colector y luego se cierra. Es conveniente etiquetar la muestra con sus datos antes de llevarla al laboratorio.

Si el paciente se encuentra hospitalizado orinará en la cuña o en la botella y luego defecará en otra cuña distinta. El procedimiento de recogida de muestras de heces se detalla en la correspondiente ficha.

**Muestra de sangre**

La extracción de la sangre es cometido del ATS/DUE y de los analistas (médicos o farmacéuticos). Por tanto, debe quedar bien claro que en ningún caso es cometido del TCAE realizar la extracción sanguínea. Normalmente la extracción de sangre se realiza con el paciente en ayunas. Mientras se efectúa, el paciente debe estar sentado o recostado. Las extracciones pueden realizarse en salas destinadas para ello, en el laboratorio o en la propia unidad de hospitalización.

**Conclusión**

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

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

La evaluación de resultados del Proceso Enfermero aplicada al propio desempeño profesional, con revisión continuada de diagnósticos e intervenciones por parte del equipo de enfermería, refuerza la cohesión de grupo