

**UNIVERSIDAD DEL SURESTE
CENTRO EDUCATIVO ALBORES ALCAZAR S.C.**

CECILIA PEREZ LOPEZ

CUATRIMESTRE:1° GRUPO: A

ENSAYO: PROCESOS DE ENFERMERIA

**SAN CRISTOBAL DE LAS CASAS, CHIAPAS. A 26 DE
SEPTIEMBRE 2021**

ÍNDICE

INTRODUCCION-----	3
ANTECEDENTES-----	4
DEFINICION, CARACTERÍSTICAS Y OBJETIVO-----	5
PRIMERA ETAPA, VALORACIÓN DE ENFERMERÍA-----	6
PATRONES FUNCIONALES DE MARJORY GORDON-----	8
NECESIDADES BASICAS DE VIRGINIA HENDERSON-----	9
SEGUNDA ETAPA, DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA-----	10
TERCERA ETAPA, PLANIFICACIÓN DE ENFERMERÍA-----	12
CUARTA ETAPA, EJECUCIÓN DE ENFERMERIA-----	14
QUINTA ETAPA, EVALUACIÓN DE ENFERMERÍA-----	15
ENTREVISTA -----	16
EXPLORACIÓN FÍSICA -----	17
CONCLUSIÓN-----	18

INTRODUCCIÓN

En este trabajo hablare sobre de cómo se realiza el proceso de atención en enfermería, cual es el proceso que se debe realizar para poder llevar a cabo el proceso de enfermería. Durante el desarrollo del tema, les iré explicando en que consiste el proceso y las etapas que la conforman y en que consiste cada una de las etapas. Como se va realizando las actividades, y el orden en que debemos hacer la recolección de datos. Verán también como llegaremos al objetivo de este trabajo, será el de llevar el adecuado proceso de atención, para el paciente.

ANTECEDENTES

El Proceso de Atención de Enfermería tiene sus orígenes, fue considerado como un proceso, por primera vez, esto ocurrió con Hall (1955), Jhonson (1959), Orlando (1961) y Wiedenbach (1963). Consideraron un proceso de tres etapas las cuales eran valoración, planeación y ejecución. En el año 1967 Yura y Walsh, establecieron cuatro etapas que son valoración, planificación, realización y evaluación. y Bloch (1974), Roy (1975), Aspinall (1976) y algunos autores más, establecieron las cinco etapas que en la actualidad se utilizan, solamente se agregó la etapa diagnóstica.

El PAE configura un número de pasos sucesivos que se relacionan entre sí. Aunque si se estudia a cada uno de ellos se hace por separado, sólo tiene un carácter metodológico, ya que en la puesta en práctica las etapas se superponen. Las cinco etapas constan en los siguientes:

- Valoración: es la primera fase del proceso de Enfermería que consiste en la recogida y organización de los datos que conciernen a la persona, familia y entorno. Son la base para las decisiones y actuaciones posteriores.
- Diagnóstico de Enfermería. Es el juicio o conclusión que se produce como resultado de la valoración de Enfermería.
- Planificación. Se llevan a cabo estrategias para prevenir, minimizar o corregir los problemas, así como para promocionar la Salud.
- Ejecución. Es la realización o puesta en práctica de los cuidados que están programados.
- Evaluación. Comparar las repuestas de la persona, determinar si se han conseguido los objetivos establecidos.

DEFINICIÓN

El proceso de atención de enfermería (PAE), es la aplicación del método científico en la práctica asistencial enfermera, lo que nos permite prestar cuidados de una forma racional, lógica y sistemática, lo que resulta de vital importancia cuando se trabaja en el ámbito de las urgencias.

CARACTERÍSTICAS DEL PAE

- Tiene una finalidad
- Es sistemático
- Es dinámico
- Es interactivo
- Es flexible
- Tiene una base teórica

OBJETIVOS DEL PAE

- Constituir una estructura que pueda cubrir, individualizándolas, las necesidades del paciente, la familia y la comunidad.
- Identificar las necesidades reales y potenciales tanto del paciente, la familia y comunidad.
- Establecer planes de cuidados individuales, familiares o comunitarios.
- Actuar para cubrir y resolver los problemas, prevenir o curar la enfermedad.

PRIMERA ETAPA “VALORACIÓN DE ENFERMERÍA

La valoración de enfermería es la primera fase del PAE. Se define como el proceso organizado, planificado, sistemático, y continuo de recogida de datos objetivos y subjetivos sobre el estado de salud del paciente, familia, o comunidad.

TIPOS DE VALORACIÓN

Según la complejidad del examen se distinguen dos tipos de valoraciones:

- Valoración Global o inicial. Este tipo cubre todas las perspectivas de Valoración enfermera. Es la primera valoración que se realiza a un paciente.
- Valoración Focalizada o continua. Se centra en situaciones clínicas o problemas de salud de forma más concretos.

También hay que tomar mucho en cuenta que también se distinguen los siguientes tipos de valoraciones:

- Valoración siguiendo el orden cefalo-caudal (de "cabeza a pies").
- Valoración por "sistemas y aparatos".
- Patrones Funcionales de Salud de Marjory Gordon.
- Necesidades de Virginia Henderson.

FASES DE VALORACION

La valoración está dividida en cuatro fases directamente relacionadas. Estas son:

1. **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. Los datos pueden ser objetivos o subjetivos. Los datos subjetivos son obtenidos mediante la entrevista clínica, y los datos objetivos mediante la observación y la exploración física.

Entrevista de Enfermería

La entrevista es una técnica que no solo se utiliza para obtener los datos subjetivos de la salud de nuestro paciente, sino como medio para establecer una relación mutua de confianza. La entrevista está compuesta por las fases de Inicio, Cuerpo y Cierre. Los principales tipos de entrevista según su estructura son:

- Entrevista estructurada y dirigida.
- Entrevista semiestructurada o semidirigida.
- Entrevista no estructurada o libre.

Para crear una relación interpersonal terapéutica tendremos que desarrollar una buena comunicación tanto verbal, como no verbal. La comunicación verbal será

clara, concreta y comprensible, y la comunicación no verbal corroborará o desmentirá la información transmitida por el paciente.

Con el fin de evitar interferencias cognitivas, sociales o emocionales, las enfermeras al entrevistar a un paciente, tenemos que transmitir las siguientes habilidades:

- Calidez.
- Empatía.
- Respeto.
- Concreción.
- Asertividad.

La observación.

Los datos obtenidos de la observación provendrán de los sentidos, del entorno, así como de la interacción entre ambos.

La exploración física.

Es el conjunto de procedimientos que realizamos nosotros como personal de Enfermería tras realizar la entrevista clínica, con el fin de recoger una serie de datos objetivos o signos, que confirmen o desmientan los datos subjetivos o síntomas que refiere el paciente.

Las principales técnicas que realizamos nosotros como personal de enfermería en la exploración física son:

- Inspección u observación cuidadosa y crítica del usuario para determinar características físicas. Tales como el tamaño, forma, posición, localización anatómica, color, movimiento, simetría etc.
- Palpación o uso del tacto para determinar las características de algunas estructuras corporales situadas debajo de la piel a fin de conocer su tamaño, forma, textura, temperatura, humedad, pulsación, vibración, consistencia y movilidad.
- Percusión o golpeteo suave con un dedo o dedos sobre la superficie corporal y análisis acústico de los sonidos producidos, que varían dependiendo del tipo de estructura que haya debajo.
- Auscultación o escucha de los sonidos producidos por los órganos corporales. Puede ser directa, aplicando el oído sobre la zona que se desea auscultar, o indirecta, mediante el uso de un estetoscopio. Esta técnica permite identificar la frecuencia, intensidad, calidad y duración de los sonidos detectados.

2. Validación de los datos.

La validación consiste en confirmar que los datos objetivos y subjetivos que se han obtenidos son verdaderos.

3. Organización de los datos.

En esta fase la información recogida será agrupada, de tal manera que se facilite y oriente la etapa de diagnóstico.

4. Registro de la valoración. Los objetivos de un registro correcto de la valoración son:

- Establecimiento de un sistema de comunicación entre el personal sanitario.
- Extraer conclusiones sobre la efectividad de los cuidados aplicados.
- Validar un testimonio legal.

PATRONES FUNCIONALES DE MARJORY GORDON

Los Patrones Funcionales son una serie de comportamientos comunes a 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.

El manejo de los Patrones Funcionales permite una valoración enfermera sistemática y planificada, con la que se obtiene gran cantidad de datos relevantes del paciente (físicos, psíquicos, sociales, y espirituales), de una manera clara y organizada, los 11 Patrones Funcionales son:

- 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 Virginia Henderson

Virginia Henderson definió las funciones y actividades que son responsabilidad de la enfermería, dejando constancia hasta donde debemos llegar las enfermeras. La función principal de las enfermeras, se define como “ayudar tanto al individuo sano como al enfermo, a desarrollar las actividades que el mismo realizaría si tuviera fuerzas, voluntad, o los conocimientos necesarios, ayudándole a conseguir su independencia lo más rápidamente posible”. Henderson identifica 14 necesidades básicas que el individuo tiene que cubrir para poder alcanzar su independencia o máximo nivel de salud. Estas 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.

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. Estos diagnósticos guiarán la planificación, ejecución y evaluación de los cuidados de enfermería.

Desde el año 2010, en España está legislada la obligatoriedad de utilizar los diagnósticos de enfermería de la North American Nurses Diagnosis Association (NANDA), como expresión del juicio de la práctica clínica, con el fin de prever unos resultados y determinar las intervenciones enfermeras que solucionen el problema de salud. Y hay tantas definiciones sobre el concepto de diagnóstico de enfermería para la mas aceptada es la de la NANDA:!

Las principales características de los diagnósticos de enfermería son:

- Es necesario valorar a cada individuo independientemente, ya que el hecho de que dos pacientes distintos sufran una misma situación clínica puede provocar respuestas diferentes, siendo por lo tanto necesario utilizar diagnósticos diferentes.
- Las respuestas humanas son los actos de adaptación que se producen en una persona ante una situación clínica específica, no es la enfermedad sino la respuesta del paciente a esa enfermedad.

Para seleccionar un diagnóstico concreto para un paciente particular, primero es necesario analizar la información recogida y organizada durante la fase de valoración. El objetivo será reconocer una serie de claves o unidades de información relacionadas con el proceso que está padeciendo el paciente. Estas claves serán la base para generar mentalmente una hipótesis diagnóstica, que tendrá que ser contrastada con los datos recogidos. En determinados casos, principalmente cuando no hay una certeza total sobre la elección del diagnóstico, se realiza una recogida focalizada de datos con el fin de validar los datos y acordar entre la enfermera y el paciente los diagnósticos de enfermería.

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. El diagnóstico no solo incluirá el problema, sino también los dos marcadores que definirán los objetivos de las intervenciones enfermeras, es decir, las causas del problema y su sintomatología. Para la construcción de un diagnóstico de enfermería, la NANDA recomienda utilizar el formato P.E.S. elaborado por Marjory Gordon en 1982. Estas siglas especifican el orden que debe seguir la formulación de un diagnóstico de enfermería: Problema, Etiología, y Signos y Síntomas.

Problema. Es la parte que guía y define el resto del diagnóstico. Estará compuesto por la etiqueta diagnóstica y su definición. La definición describe de forma clara y precisa la etiqueta, diferenciando un diagnóstico del resto.

Etiología. Se definirán los diferentes factores relacionados o agentes causales que pueden haber provocado la respuesta de salud en el paciente. Se pueden describir como antecedentes, asociados con, y habitualmente como “relacionado con”. La etiología, o el “relacionado con”, suele expresarse con la abreviación “r/c”.

Sintomatología. Se refiere a los signos y síntomas que tiene el paciente, los cuales especifican la magnitud de la respuesta producida. Las intervenciones enfermeras en caso de no poder atajar la etiología del problema se centrarán en la disminución o eliminación de los síntomas.

Un ejemplo de una correcta formulación de un diagnóstico de enfermería es:

- Dolor agudo (Problema).
- relacionado con (r/c) agente lesivo físico (Etiología).
- manifestado por (m/p) informe verbal de dolor (Síntoma)

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. Está apoyado por características definitorias (Signos y Síntomas), que se agrupan en patrones de claves. Este tipo de diagnósticos de enfermería están compuestos por los tres elementos del formato P.E.S.: problema, etiología y signos y síntomas. Un ejemplo de un diagnóstico real es:

- Deterioro de la integridad cutánea, r/c factores mecánicos y m/p alteración de la superficie de la piel (dermis).

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. Está apoyado por factores de riesgo que contribuyen al aumento de vulnerabilidad. Los diagnósticos de riesgo están formados por el problema y por la etiología, denominado en este caso factores de riesgo. Al no haberse producido todavía la alteración del estado de salud, no existen signos ni síntomas. A tener en cuenta el siguiente ejemplo:

- Riesgo de Intoxicación, r/c falta de precauciones adecuadas.

Diagnóstico Enfermero de Promoción de la Salud

Es un juicio clínico sobre la motivación y deseo de una persona, familia o comunidad de aumentar su bienestar, actualizar su potencial humano de salud, y mejorar conductas de salud específicas. Todas las etiquetas comienzan por “Disposición para mejorar”. Este tipo de diagnósticos no tienen factores relacionados, por lo que la formulación del diagnóstico se realizará con el problema y con los signos y síntomas.

TERCERA ETAPA “PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS”

Una vez hemos concluido la valoración e identificado las complicaciones potenciales y los diagnósticos enfermeros, se procede a la fase de planeación de los cuidados o tratamiento enfermero. 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. La fase de planeación del proceso de enfermería incluye cuatro etapas, Carpenito (1987) e Iyer (1989).

Etapas en el plan de cuidados

1. Establecer prioridades en los cuidados. Selección. 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... Por tanto, se trata de ordenar jerárquicamente los problemas detectados.

2. Planteamiento de los objetivos del cliente con resultados esperados. 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 etapa de planificación se inicia después de realizar el diagnóstico de enfermería. Esta etapa se desarrollará en tres fases:

- Determinación de prioridades.
- Establecimiento de los objetivos o resultados de enfermería NOC esperados.
- 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. Aunque tomemos como referencia las necesidades básicas propuestas por Maslow, siempre será necesario consensuar con el paciente la importancia relativa de cada diagnóstico, con el fin de tratar primero los problemas más importantes.

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. La NOC es la clasificación estandarizada de resultados de enfermería, que tiene como principal objetivo evaluar la eficacia de las intervenciones enfermeras. 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 que son utilizados para determinar el estado del paciente en relación al resultado. 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, que realiza un profesional de enfermería para favorecer el resultado esperado del paciente. Las Intervenciones NIC tienen los siguientes componentes:

- Etiqueta.
- Código.
- Definición.
- Actividades.
- Bibliografía.

Una actividad es el cuidado específico que realiza la enfermera para llevar a cabo una intervención, y que ayuda al paciente a avanzar hacia el resultado deseado. Para la selección de las intervenciones más adecuadas para nuestro paciente, es necesario tener en cuenta una serie de factores:

- Aprobación de la intervención seleccionada por parte del paciente.
- Resultados esperados en el paciente.
- Etiología y sintomatología relacionada con el diagnóstico de enfermería.
- Soporte científico de la intervención.
- Posibilidad de utilizar en la práctica una intervención.
- Conocimientos y habilidades para realizar la intervención

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 no solo consiste en la aplicar los cuidados de enfermería correspondientes a las intervenciones, sino que además conlleva las siguientes actividades:

- 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 sanitarios que intervienen directamente en su atención, mediante la realización informes verbales.
- Actualizar el plan de cuidados de enfermería.

El plan de cuidados de enfermería tiene como objetivo documentar y comunicar la situación de estado de salud del paciente, los resultados esperados, las intervenciones de enfermería realizadas, y la evaluación del proceso.

Se deberán completar los siguientes registros:

- Valoración de enfermería.
- Diagnósticos de enfermería.
- Resultados NOC. Los indicadores de los resultados serán puntuados antes de ejecutar las intervenciones de enfermería y periódicamente mientras se aplican las intervenciones.
- Intervenciones NIC.

Existen dos tipos de planes de cuidados:

- Planes Individualizados. Documentan la valoración, diagnósticos, resultados NOC e intervenciones NIC para un paciente particular.
- Planes Estandarizados. Los planes estandarizados son protocolos generales perfeccionados, que resultan útiles cuando los problemas son predecibles en relación con una respuesta humana alterada. La ventaja de estos planes es que son más eficaces y facilitan el ejercicio clínico.

INFORMATIZACIÓN DEL PLAN DE CUIDADOS

Hoy en día 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, ya que estos profesionales generan más

de la mitad de los gastos que generan los servicios de salud. Otras ventajas en la informatización de los planes de atención de enfermería en la práctica clínica son:

- Registro rápido, claro y conciso.
- Ausencia de las iatrogenias causadas por una interpretación errónea de la información manuscrita.
- Se evita duplicar información.
- Eliminación del registro físico o papeleo.

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. Evaluar, es emitir un juicio sobre un objeto, acción, trabajo, situación o persona, comparándolo con uno o varios criterios.

Fases de la evaluación.

La evaluación de enfermería está compuesta por dos fases:

- Puntuación de los indicadores. De la misma manera que en la etapa de planificación, se otorgará para cada indicador seleccionado una puntuación de entre 1 y 5 puntos mediante de una escala de Likert.
- Comparación de los resultados. Las puntuaciones obtenidas tras la realización de las intervenciones serán comparadas con la puntuación previa a la ejecución de los cuidados de enfermería.

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.

la evaluación se compone de:

- Medir los cambios del paciente/usuario.
- En relación a los objetivos marcados.
- Como resultado de la intervención enfermera

- Con el fin de establecer correcciones.

ENTREVISTA CLÍNICA

La entrevista clínica es una técnica de recogida de información que utilizamos constantemente en nuestra profesión. Se podría decir para valorar necesidades y cuidar a las personas a las que atendemos. Estas estrategias y habilidades se adquieren con conocimientos específicos, esfuerzo diario y uso por parte de los profesionales que la utilizan, destrezas que se empiezan a adquirir en la formación básica.

ETAPAS DE LA ENTREVISTA CLÍNICA

La preparación del proceso, la fase inicial, el cuerpo o fase intermedia, cierre, posdata y análisis de la información recogida.

FASE INICIAL

La fase inicial de la entrevista clínica es aquella que se produce cuando el entrevistador/a interacciona "cara a cara" con el/la entrevistado/a, con el objetivo de recoger información sobre el estado y problema/s del paciente/cliente. Las actividades a realizar durante esta etapa son las siguientes:

- Presentación del profesional y/o alumno/a que va a realizar la entrevista clínica.
- Confirmar la identidad del entrevistado/a.
- Preguntarle por sus preocupaciones en este momento.
- Informarle sobre la duración de la entrevista.
- Remarcar la confidencialidad de la información revelada.
- Aclarar la finalidad de la entrevista (encuadre).
- Interpretación de las señales verbales del paciente/usuario.

FASE INTERMEDIA

Se entiende por Cuerpo o fase Intermedia la realización de la entrevista propiamente dicha, donde se abordan las diferentes áreas temáticas a las cuales nos queremos dirigir. Hay una serie de consideraciones a tener en cuenta:

- Recoger primero la información de lo general a lo específico.
- Anotar los datos recogidos brevemente y de forma inteligible. Apuntando cifras, fechas, algunos datos de interés, pero sin pretender transcribir toda la información verbal revelada por el paciente/usuario en este momento.
- Atender a las reglas básicas de las habilidades de comunicación efectiva, tanto a nivel verbal como no verbal.

- Ser flexible en cuanto al orden en la presentación de las preguntas.

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.
- Aportar prescripciones, es decir, tareas a realizar por parte del paciente/usuario en casa o bien hasta el próximo encuentro (durante la hospitalización). Serían, por ejemplo, una serie de cuidados o recomendaciones a seguir.
- Despedirse, atendiendo a los rituales sociales habituales de cualquier despedida. Es aconsejable que se desarrolle de forma breve, respetuosa y cálida, de manera que haya lugar para el reconocimiento del esfuerzo realizado y manifestación de gratitud y afecto.

EXPLORACIÓN FÍSICA

En el Examen Físico intervienen los 4 métodos de la exploración clínica: la inspección, la palpación, la percusión y la auscultación, complementados por la termometría clínica, la esfigmomanometría, y si es posible la exploración de la sensibilidad y los reflejos.

- Inspección: Es la apreciación con la vista desnuda o cuando más con la ayuda de una lente de aumento, del aspecto, color, forma y movimiento del cuerpo y de su superficie externa, como también de algunas cavidades o conductos accesibles por su amplia comunicación, ejemplo: boca y fauces.
- Palpación: Es la apreciación manual de la sensibilidad, temperatura, consistencia, forma, tamaño, situación y movimientos de la región explorada, ello valiéndonos de la sensibilidad táctil, térmica y vibratoria, así como de los sentidos de presión y estereognóstico de las manos.
- Percusión: Consiste en la apreciación por el oído, de los fenómenos acústicos, generalmente ruidos que se originan cuando se golpea la superficie externa del cuerpo. Puede ser practicada golpeando la superficie externa del cuerpo con las manos desnudas, o valiéndose de un martillo especial.
- Auscultación: Consiste en la apreciación con el sentido de la audición, de los fenómenos acústicos que se originan en el organismo, ya sea por la actividad del corazón, o por la entrada y salida de aire en el sistema respiratorio, o por el tránsito en el tubo digestivo, o finalmente por cualquier otra causa.

CONCLUSIÓN

EN EL TRASCURSO DE ESTE TRABAJO, LES EXPLIQUE LO QUE CONSISTE AL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERIA, TOMANDO EN CUENTA LAS ETAPAS QUE SON: LA PRIMERA ES LA VALORACIÓN, LA SEGUNDA QUE ES EL DIAGNOSTICO QUE EN ELLA INCLUÍ LOS TIPOS DE DIAGNOSTICO, LA TERCERA ETAPA QUE ES LA PLANIFICACIÓN Y LO QUE LA CONFORMA, LA CUARTA ETAPA QUE ES LA EJECUCIÓN Y COMO SE FUE LLEVANDO A CABO EL PROCESO Y LA QUINTA ETAPA QUE ES LA EVALUACIÓN QUE E STE CADP ES DONDE SE DESCRIBE LA AFECTIVIDAD Y LA EFICACIA DEL PROCESO DE ATENCIÓN. TAMBIEN MENCINE LOS PATRONES FUNCIONALES DE MARJORY GORDON Y LAS NECESIDADES BASICAS DE VIRGINIA HENDERSON.

POR ÚLTIMO, QUE OTRA METOLOGIA SE TIENE QUE USAR PARA PODER LLEVAR ACABO TODO ESE PROCESO DE FORMA ADECUADA, O EN CASO CONTRARIO NO SE PODRA LLEGAR AL OBJETIVO ESPERADO.

ESTO FUE TODO EN ESTE TRABAJO.

!!!!GRACIAS!!!!