



PROCESO DE ENFERMERIA

MAESTRA: MARIA DEL CARMEN LOPEZ SILBA
ALUMNA: PAOLA JANETH VILCHIS GORDILLO



NOMBRE DEL TRABAJO:
UNIDAD 1 PROCESO DE ENFERMERIA
MATERIA: FUNDAMENTO DE ENFERMERIA

GRADO: 1 GRUPO: C

23 DE SEPTIEMBRE DE 2021

UDS

Comitán de Domínguez Chiapas

PROCESO DE ENFERMERÍA ANTECEDENTES E INTRODUCCIÓN

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. Como antecedentes históricos, reseñar que el PAE tiene sus orígenes, cuando fue considerado un proceso en 1955, gracias a Hall, a la que posteriormente se unieron otras teóricas como Jonhson en 1959, Orlando en 1961 y Wiedenbach en 1963. Consistía en un proceso de tres etapas: valoración, planeación y ejecución. yura y Walsh en 1967, establecieron cuatro etapas: valoración, planificación, realización y evaluación. Como todo método, el PAE, configura un número de pasos sucesivos que se relacionan entre sí, y aunque se estudien por separado todas las etapas se superponen. las ventajas, estas, tienen repercusiones sobre la profesión, considerando a la enfermería como una disciplina con carácter científico que se centra en la respuesta humana del individuo; sobre el paciente, que participa en su propio cuidado y este se le presta de forma continua y con calidad en la atención de forma individualizada, y sobre la enfermera, aumentando su satisfacción y su crecimiento profesional ante la consecución de objetivos, hace que se convierta en experta, le impide omisiones o repeticiones innecesarias optimizando el tiempo, además de poder realizar una valoración continua del paciente, gracias a la etapa de evaluación, que permite la retroalimentación del proceso.

Características del proceso:

- 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.

1. VALORACIÓN: Es el proceso organizado y sistemático de recogida y recopilación de datos sobre el estado de salud del paciente. Se puede hacer basándonos en distintos criterios, siguiendo un orden "cabeza a pies", por "sistemas y aparatos" o por "patrones funcionales de salud".
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. Ejemplos de diagnósticos en urgencias incluidos en la NANDA: dolor agudo, deterioro de la integridad cutánea, mantenimiento inefectivo de la salud, deterioro de la movilidad física, etc. En relación a los diferentes tipos de diagnósticos encontramos: - D. Real: consta de tres partes, formato PES: problema (P)+etiología (E)+ signos/síntomas (S). - D. Alto riesgo: es un juicio clínico que consta de dos fases, formato PE: problema+etiología. - Posible: describen un problema sospechado para el que se necesitan datos adicionales, consta del formato PE. - De bienestar: que describen un nivel específico de bienestar hacia un nivel más elevado que pretende alcanzar el paciente.
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. Los registros documentales de todo plan de cuidados son: diagnósticos de enfermería y problemas interdependientes, unos criterios de resultados, las actividades enfermeras y un informe de evolución.
4. EJECUCIÓN: Es llevar a la práctica el plan de cuidados. Se realizarán todas las intervenciones enfermeras dirigidas a la resolución de problemas y las necesidades asistenciales de cada persona tratada.
5. EVALUACIÓN: Última fase del proceso. Los dos criterios más importantes que valora la enfermería son: la eficacia y efectividad. Una característica de esta etapa es continua, pueden resolverse los diagnósticos establecidos o bien surgir otros nuevos, se tendrán que ir introduciendo modificaciones en el plan de cuidados para que la atención resulte más efectiva.

PRIMERA ETAPA. VALORACIÓN DE ENFERMERÍA OBJETIVOS

- Analizar la relación entre el pensamiento crítico y la valoración de enfermería.
- Explicar el proceso de recogida de datos.
- Distinguir entre los datos subjetivos y objetivos.
- Describir los métodos de recogida de datos.
- Analizar el proceso de realización de una entrevista centrada en el paciente.

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 (American Nurses Asociación, 2010).

estándar de práctica, que, cuando se sigue correctamente, protege 10 a las enfermeras frente a problemas legales relacionados con la atención (Austin, 2008)

EJEMPLO: El Sr. Jacobs es un paciente de 58 años al que se le realizó ayer una prostatectomía radical (extirpación de la glándula pros- tática) por un cáncer de próstata. Está casado con Martha, que ha estado a su lado la mayor parte de la mañana. Su enfermera, Tonya Moore, acaba de comenzar el turno de día en la unidad de cirugía y se encuentra al paciente acostado en la cama con los brazos tensos y extendidos a lo largo de su cuerpo. Cuando Tonya comprueba la herida quirúrgica y el dispositivo de drenaje, observa que el Sr. Jacobs hace una mueca de dolor al poner suavemente sus manos para palpar alrededor de la zona de la incisión.

Pensamiento crítico en la práctica de la enfermera

Valor: recopilación sobre el estado del paciente.

Diagnosticar: identificar los problemas del paciente.

Planificar: establecer los objetivos de los cuidados y los resultados deseados e identificar las actuaciones enfermeras apropiadas

Implementar: realizar las acciones de enfermería identificadas en la aplicación.

Evaluar: determinar si se alcanzan los objetivos y los resultados esperados.

Todo esto está relacionado. El proceso de enfermería es una variación del razonamiento científico. Practicar las cinco fases del proceso de enfermería nos permite ser organizados y realizar nuestra práctica de una manera sistemática. Por ejemplo, si el Sr. Jacobs está teniendo dolor en la zona de incisión, los datos permiten a Tonya deducir que su movilidad está limitada. La clara definición de los problemas de los pacientes proporciona la base para la planificación e implementación de las intervenciones de enfermería y para evaluar los resultados del cuidado.

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

1. Recogida de información de una fuente primaria (el paciente) y de las fuentes secundarias (p. ej., miembros de la familia, profesionales sanitarios e historia clínica)
2. La interpretación y validación de los datos para garantizar una completa base de datos. El propósito de la valoración es establecer una base de datos sobre las necesidades, los problemas de salud, y las respuestas a estos problemas,

percibidos por los pacientes.

,

El Sr. Jacobs presenta signos de dolor después de la cirugía, se procede a observar sus conductas, a hacer preguntas sobre la naturaleza del problema, a escuchar las señales que proporciona y a realizar una exploración física (v. cap. 30).

.

Los datos recogidos se clasifican en diferentes grupos o patrones de información que apuntan a una conclusión diagnóstica. Una vez que un fontanero sabe el origen del goteo del grifo

El pensamiento crítico es una parte vital de la valoración permite ver el panorama general cuando se formulan conclusiones o se toman decisiones sobre el estado de salud de un paciente. Mientras se recogen datos sobre un paciente, se sintetiza el conocimiento pertinente, se recuerdan experiencias clínicas anteriores, se aplican estándares y actitudes de pensamiento crítico, y se utilizan estándares de práctica para dirigir nuestra valoración

Por ejemplo, Tonya sabe que al Sr. Jacobs le han extirpado la próstata. Ella repasó su libro de texto de médico-quirúrgica y aprendió que una prostatectomía radical implica la eliminación de mucho tejido, incluida la glándula prostática, las vesículas seminales, parte del cuello de la vejiga y los ganglios linfáticos. Este conocimiento le ayuda a reconocer que una inflamación considerable puede crear potencialmente dolor agudo; así que decide examinar y palpar alrededor.

.

Esta experiencia permite a Tonya valorar a fondo el grado en el que el dolor afecta

a la capacidad del paciente de moverse y de salir de cama, un paso importante en la recuperación del Sr. Jacobs.

Recogida de datos: 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.

Es la primera fase proceso de enfermería, pudiéndose definir como el proceso organizado y sistemático de recogida y recopilación de datos sobre el estado de salud del paciente a través de diversas fuentes: éstas incluyen al paciente como fuente primaria, al expediente clínico, a la familia o a cualquier otra persona que dé atención al paciente.

enfermeras y enfermeros deben poseer unos requisitos previos para realizar una adecuada valoración del cliente, estos requisitos previos son:

- Las convicciones del profesional: conforman la actitud y las motivaciones del profesional, lo que piensa, siente y cree sobre la enfermería, el hombre, la salud, la enfermedad, etc
- Los conocimientos profesionales: deben tener una base de conocimientos sólida, que permita hacer una valoración del estado de salud integral del individuo, la familia y la comunidad. Los conocimientos deben abarcar también la resolución de problemas, análisis y toma de decisiones.
- Habilidades: en la valoración se adquieren con la utilización de métodos y procedimientos que hacen posible la toma de datos.
- Comunicarse de forma eficaz. Implica el conocer la teoría de la comunicación y

del aprendizaje.

- Observar sistemáticamente. Implica la utilización de formularios o guías que identifican los tipos específicos de datos que necesitan recogerse.
- Diferenciar entre signos e inferencias y confirmar las impresiones. Un signo es un hecho que uno percibe a través de uso de los sentidos y una inferencia es el juicio o interpretación de esos signos.

Esta etapa cuenta con una valoración inicial, donde deberemos de buscar:

- Datos sobre los problemas de salud detectados en el paciente.
- Factores Contribuyentes en los problemas de salud. En las valoraciones posteriores, tenemos que tener en cuenta:
 - Confirmar los problemas de salud que hemos detectado.
 - Análisis y comparación del progreso o retroceso del paciente.
 - Determinación de la continuidad del plan de cuidados establecido.
 - Obtención de nuevos datos que nos informen del estado de salud del paciente.

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.
- Flexibilidad. Tipos de datos a recoger: Un dato es una información concreta, que se obtiene del paciente, referido a su estado de salud o las respuestas del paciente como consecuencia de su estado. Nos interesa saber las características personales, capacidades ordinarias en las actividades, naturaleza de los problemas, estado actual de las capacidades.

Métodos para obtener datos: .

Entrevista Clínica:

Existen dos tipos de entrevista, ésta puede ser formal o informal. La entrevista formal consiste en una comunicación con un propósito específico, en la cual la enfermera realiza la historia del paciente. El aspecto informal de la entrevista es la conversación entre enfermera y paciente durante el curso de los cuidados. 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

I. 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.

II. Cuerpo: La finalidad de la conversación en esta parte se centra en la obtención de la información necesaria. Comienza a partir del motivo de la consulta o queja principal del paciente y se amplía a otras áreas como historial médico, información sobre la familia y datos sobre cuestiones culturales o religiosas. Existen formatos estructurados o semiestructurados para la recogida sistematizada y lógica de la información pertinente sobre el paciente.

III. Cierre: Es la fase final de la entrevista No se deben introducir temas nuevos. Es importante resumir los datos más significativos. También constituye la base para establecer las primeras pautas de planificación.

SEGUNDA ETAPA: DIAGNOSTICO 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.

En ella se va a exponer el proceso mediante el cual estaremos en condiciones de establecer un problema clínico y de formularlo para su posterior tratamiento, bien sea diagnóstico enfermero o problema interdependiente.

Diagnóstico de enfermería real se refiere a una situación que existe en el momento actual. Problema potencial se refiere a una situación que puede ocasionar dificultad en el futuro. Un diagnóstico de enfermería no es sinónimo de uno médico

Hay que considerar la importancia de los beneficios específicos de una taxonomía diagnóstica en los distintos ámbitos del quehacer profesional. 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 que los profesionales de enfermería estamos capacitados para tratar, 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. Es evidente que esto no es posible llevarlo a cabo sin disponer de un lenguaje común previo que aúne los criterios y facilite la comunicación e intercambio de datos.

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. Permite:

Organizar de manera lógica, coherente Y ordenada los conocimientos de Enfermería que deberían poseer los alumnos o Disponer de un lenguaje compartido con otros profesionales, con los enfermeros docentes y con los propios alumnos, lo cual facilita enormemente la transmisión de ideas y conceptos

relacionados con los cuidados.

- Asistencial: El uso de los Diagnósticos en la práctica asistencial favorece la organización y profesionalización de las actividades de enfermería, al permitir: o Identificar las respuestas de las personas ante distintas situaciones de Salud.
 - Centrar los cuidados brindados en las respuestas humanas identificadas a través de una valoración propia.
 - Aumentar la efectividad de los cuidados al prescribir actuaciones de Enfermería específicas -orientadas a la resolución o control de los problemas identificados. - Organizar, definir y desarrollar la dimensión propia del ejercicio profesional.
 - Delimitar la responsabilidad profesional, lo que como beneficio secundario crea la necesidad de planificar y registrar las actividades realizadas.
 - Diferenciar la aportación enfermera a los cuidados de Salud de las hechas por otros profesionales.
 - Unificar los criterios de actuación ante los problemas o situaciones que están dentro de nuestra área de competencia.
 - Mejorar y facilitar la comunicación inter e interdisciplinar.

TIPOS DE DIAGNÓSTICOS: Antes de indicar la forma de enunciar los diagnósticos establezcamos que tipos de diagnósticos hay, pudiendo ser de cuatro tipos, que son: reales, de alto riesgo (designados hasta 1992 como potenciales), de bienestar o posibles.

- Real: representa un estado que ha sido clínicamente validado mediante características definitorias principales identificables. Tiene cuatro componentes: enunciado,

definiciones características que lo definen y factores relacionados. El enunciado debe ser descriptivo de la definición del Diagnóstico y las características que lo definen (Gordon 1990). El término "real" no forma parte del enunciado en un Diagnóstico de Enfermería real. Consta de tres partes, formato PES: problema (P) + etiología, factores causales o contribuyentes (E) + signos/síntomas (S). Estos últimos son los que validan el Diagnóstico.

- 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. Para respaldar un Diagnóstico potencial se emplean los factores de riesgo. 1. a descripción concisa del estado de Salud alterado de la persona va precedido por el término "alto riesgo". Consta de dos componentes, formato PE: problema (P) + etiología/factores contribuyentes (E).
- Posible: son enunciados que describen un problema sospechado para el que se necesitan datos adicionales. La enfermera debe confirmar o excluir. Consta de dos componentes, formato PE: problema (P) + etiología/factores contribuyentes (E).
- De bienestar: juicio clínico respecto a una persona, grupo o comunidad en transición desde un nivel específico de bienestar hacia un nivel más elevado. Deben estar presentes dos hechos: deseo de un nivel mayor de bienestar y estado o función actual eficaces. Son enunciados de una parte, conteniendo sólo la denominación. No contienen factores relacionados. Lo inherente a estos Diagnósticos es un usuario o grupo que comprenda que se puede lograr un nivel funcional más elevado si se desea o si se es capaz. La enfermera puede inferir esta capacidad basándose en los deseos expresos de la persona o del grupo por la Educación para la Salud

TERCERA ETAPA PLANIFICACION DE CUIDADOS

Una vez hemos concluido la valoración e identificado las complicaciones potenciales (problemas interdependientes) y los diagnósticos enfermeros, se procede a la fase de planeación de los cuidados o tratamiento enfermero

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

Planteamiento de los objetivos del cliente con resultados esperados. Esto es, determinar los criterios de resultado

Es importante que los objetivos se decidan y se planteen de acuerdo con la familia y/o la comunidad, que se establezca un compromiso de forma que se sientan implicadas ambas partes, profesional y familia/comunidad.

Elaboración de las actuaciones de enfermería, esto es, determinar los objetivos de enfermería (criterios de proceso). Estas acciones se consideran instrucciones u órdenes enfermeras que han de llevar a la práctica todo el personal que tiene responsabilidad en el cuidado del paciente.

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.

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.

Diagnóstico de Enfermería posible las intervenciones tratan de recopilar datos adicionales para descartar o confirmar el Diagnóstico. Para los problemas interdisciplinarios tratan de monitorizar los cambios de situación.

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.

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.

Se realizarán todas las intervenciones enfermeras dirigidas a la resolución de problemas (diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes) y las necesidades asistenciales de cada persona tratada.

EVALUACIÓN

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. Los dos criterios más importantes que valora la enfermería, en este sentido, son: la eficacia y la efectividad de las actuaciones, Griffith y Christensen (1982). El proceso de evaluación consta de dos partes

- Recogida de datos sobre el estado de salud/problema/diagnóstico que queremos evaluar.

- 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. En este caso podemos realizar una nueva revisión del problema, de los resultados esperados, de las actividades llevadas a cabo.

BASES SEMIOLOGICAS DE LA VALORACION DEL PACIENTE

SEMIOLOGIA APLICADA A LA ENFERMERIA: Es el estudio de los signos y síntomas de una enfermedad. **SEMIOTECNIA:** Es la técnica para obtener signos como signos (se busca a través del tacto, oído, vista, olfato).

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. Es una queja, observación o circunstancia percibida, por el personal de enfermería o el paciente que afecta la capacidad funcional del individuo. Un problema puede ser un diagnóstico, pero también un síntoma, una situación laboral etc.

SINTOMA: Es lo manifestado por el paciente, lo que él siente. Es un dato subjetivo. Ej. prurito, dolor, disnea.

SIGNO. Es lo que puede ser observado, palpado o auscultado por la enfermera. Se puede medir. Es un dato objetivo

SINDROME Es el conjunto de síntomas y signos relacionados entre sí, que tienen una fisiopatología común y que obedecen a distintas etiologías. Ej. El síndrome febril.

HISTORIA CLINICA: Es el registro completo de la información obtenida a través del interrogatorio del paciente, el examen físico, de los estudios complementarios que se efectúen. Cumple una función asistencial, de investigación, es una parte legal y de auditoría.

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. Luego se comienza con un interrogatorio dirigido.

1. Datos personales.
2. Motivo de consulta
3. Enfermedad actual
4. Hábitos
5. Antecedentes personales
6. Antecedentes familiares.
7. Examen físico.
8. Exámenes complementarios.

DATOS PERSONALES

1.1.- Nombres 1.2.- Apellidos 1.3.- Edad 1.4.- Sexo 1.5.- Estado civil 1.6.- Domicilio 34

1.7.- Procedencia 1.8.- Ocupación 1.9.- Estudios 1.10.- Religión.

2. **MOTIVO DE CONSULTA** Es la razón (signo o síntoma) que lleva al paciente a la consulta. Lo que siente con mayor intensidad lo que más le preocupa.

3. **ENFERMEDAD ACTUAL** Es la narración del episodio que motivo a llegar a la

consulta; en forma ordenada, cronológica y gramaticalmente correcta, se irán escribiendo los signos y síntomas.

ENTREVIATA CLINICA 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. Es más fácil explorar las diferencias culturales si damos tiempo para pensar las respuestas y hacemos las preguntas en un orden fácil de seguir.

EXPLORACION FISICA

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 debe poder reconocer e interpretar cada manifestación conductual y física del paciente. La enfermera debe poder reconocer e interpretar cada manifestación conductual y física del paciente Las valoraciones se realizan en los eventos comunitarios de promoción de la salud, las clínicas de detección precoz, la consulta de un profesional sanitario, las instituciones de cuidados agudos o el domicilio de los pacientes. Una valoración completa implica la elaboración de la historia de salud y la exploración conductual y física. Mediante la entrevista de la historia de salud, la enfermera recopila datos subjetivos sobre el estado de un paciente.

Los juicios clínicos de la enfermera se basan en todos los datos recopilados para crear un plan de cuidados para cada situación. Con los datos precisos crea un plan de cuidados centrado en el paciente, identificando los diagnósticos de enfermería, los resultados del paciente deseados y las intervenciones de enfermería. La continuidad en los cuidados sanitarios mejora cuando la enfermera evalúa al paciente haciendo valoraciones continuas, objetivas y completas.

Signos vitales

Constantes vitales Después de terminar el examen general, hay que medir las constantes vitales del paciente . La medida de las constantes vitales es más precisa si se termina antes de empezar los cambios o movimientos posturales. Si existe una posibilidad de que las constantes vitales estén sesgadas cuando se miden por primera vez, hay que volverlas a tomar más tarde durante el resto de la exploración. El dolor, considerado la quinta constante vital, también debe ser valorado.

Talla y peso La talla y el peso reflejan el estado de salud general de una persona. Las tablas estandarizadas ayudan a revelar el peso normal esperado de un adulto para una talla dada. Hay que valorar las tendencias en los cambios de peso comparados con la altura en busca de signos de mala salud. Las valoraciones buscan los cambios anormales del peso.

Hay que pedir al paciente que informe de la altura y el peso actuales, junto con una historia de cualquier aumento o pérdida sustancial de peso.

Un aumento de peso de 2,5 kg en 1 día indica problemas de retención de líquidos.

Una pérdida de peso se considera significativa si el paciente ha perdido más del 5% del peso corporal en 56 un mes o el 10% en 6 meses.

Las básculas de cama y de silla están disponibles para los pacientes que no pueden sostener su peso. Las camas hospitalarias electrónicas La enfermera puede utilizar una báscula con cesta o plataforma para pesar a los niños.

Al colocar a un niño en una cesta o en una plataforma, hay que poner una mano ligeramente sobre él para detectar los movimientos y para prevenir caídas accidentales. Se debe medir el peso de un niño en onzas y gramos. Se debe medir la altura de los pacientes capaces de estar de pie sin calzado. La superficie donde están de pie debe estar limpia. Hay que utilizar una barra de medir fijada verticalmente a una báscula de pesar o utilizar una cinta métrica en la pared. Mientras el paciente está de pie y recto, hay que poner una superficie plana en su cabeza que esté alineada con la escala vertical. Entonces se lee el número en la escala o la regla que indica su altura en centímetros o pulgadas. Hay que quitar los zapatos de un paciente que no soporta su peso y colocarlo (como a un niño) en decúbito supino en una superficie firme. Al medir a un niño, hay que sostener su cabeza y cerciorarse de que sus piernas están rectas en las rodillas.

Temperatura corporal Fisiología 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. $\text{Calor producido} - \text{Pérdida de calor} = \text{Temperatura corporal}$.

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. El alimento es la fuente primaria de combustible para el metabolismo.

RECOGIDAS DE MUESTRAS BIOLÓGICAS

En la actualidad la práctica médica se apoya cada vez más en los resultados de las pruebas de laboratorio para precisar los diagnósticos, tratamiento y evolución de los pacientes, por lo que es determinante la calidad en la toma de las muestras. Relacionado con la demora en la recogida de muestras debido a una insuficiente coordinación entre el personal involucrado. Estos resultados permitieron perfeccionar el proceso de toma de muestras para Copa Cónica mediante la introducción de cambios organizativos que propiciaron ventajas asistenciales y económicas

El sentido holístico de la especialidad, apoyado en el Proceso de Atención de Enfermería (PAE) y en los métodos de investigación científica, apunta hacia la comprensión detallada de todos los procesos en que se interviene y garantizan la dirección consciente de las acciones. 1.- 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. 2.- En este proceso, el médico tiene la responsabilidad de conocer las pruebas disponibles e indicarlas según sea conveniente y el técnico de laboratorio, apoyado en sus conocimientos, la de emplear rigurosamente los recursos técnicos y materiales que garanticen un resultado rápido y fiable, mientras, el personal de enfermería,

Para ello se realizó una investigación descriptiva y transversal de la eficacia de la labor de enfermería en la toma de muestras Copa Cónica indicada a los pacientes ingresados por Fasciolosis Hepatica 3.- Durante el período comprendido de enero a julio del 2002. Aunque los objetivos del trabajo van más allá del simple cálculo de gastos, se aprovechó la posibilidad para valorar elementales índices económicos, pues estos han demostrado ser útiles como indicadores de la calidad en el servicio. 4.- Se espera que este estudio, a partir de sus recomendaciones, de forma concreta, contribuya a perfeccionar la eficacia en la toma de muestras, como parte del diagnóstico de las dificultades, dentro del método científico que aporta el PAE con importantes resultados para la salud del paciente y para la economía (Berdayes Martínez D

Conclusión

práctica asistencial enfermera, es el método conocido como proceso de Atención Enfermería (P.A.E.). Este método permite a las enfermeras prestar cuidados de una forma racional, lógica y sistemática. El Proceso de Atención de Enfermería tiene sus orígenes cuando, por primera vez, fue considerado como un proceso, esto ocurrió con Hall (1955), Jhonson (1959), Orlando (1961) y Wiedenbach (1963), consideraron un proceso de tres etapas (valoración , planeación y ejecución) ; Yura y Walsh (1967), establecieron cuatro (valoración, planificación, realización y evaluación) ; y Bloch (1974), Roy (1975), Aspinall (1976) y algunos autores más, establecieron las cinco actuales al añadir la etapa diagnóstica. Es un sistema de planificación en la ejecución de los cuidados de enfermería, compuesto de cinco pasos: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación. Como todo método, el PAE configura un número de pasos sucesivos que se relacionan entre sí. 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.

Diagnóstico de Enfermería. Es el juicio o conclusión que se produce como resultado de la valoración de Enfermería. Planificación. Se desarrollan 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 programados. Evaluación. Comparar las repuestas de la persona, determinar si se han conseguido los objetivos establecidos.

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