



Itzel Pérez González

Mapa conceptual

Unidad 1

“Fundamentos de enfermería”

Carrera: Lic. enfermería

Primer cuatrimestre

Materia : “Fundamentos de enfermería 1”

Lic. Juana Inés Hernández López

1. 1 Proceso de enfermería

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.

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.



Etapas del proceso:

Valoración: es el proceso sistemático de recogida y recopilación de datos sobre el estado del paciente.

Diagnóstico: este es el enunciado del problema real o potencial del paciente, que requiera de la intervención enfermera para disminuirlo o resolverlo.

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.

Ejecución: es llevar a la práctica el plan de cuidados. Se realizan todas las intervenciones enfermeras dirigidas a la resolución de problemas y las necesidades asistenciales de cada persona tratada.

Evaluación: en esta se pueden resolver los diagnósticos establecidos o bien sugerir otros nuevos, se tendrán que ir introduciendo 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:

1. analizar la relación entre el pensamiento crítico y la valoración de enfermería.
2. explicar el proceso de recogida de datos.
3. distinguir entre los datos subjetivos y objetivos.
4. describir los métodos de recogida de datos.
5. analizar el proceso de realización de una entrevista centrada en el paciente.

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 afrontamientos actuales y pasados.

En la recogida de datos necesitamos:

1. conceptos científicos (anatomía y fisiología)
2. habilidades de técnicas e interprofesionales.
3. convicciones (ideas, creencias)
4. capacidad creadora.
5. sentido común
6. flexibilidad.

Tipos de datos:

Datos subjetivos: lo que el paciente dice que siente o percibe. Solamente el afectado lo describe y verifica. (sentimientos)

Datos objetivos: se pueden medir por cualquier escala o instrumento (cifra de la tensión arterial).

Datos históricos: son aquellos hechos que han ocurrido anteriormente y comprenden hospitalizaciones previas, enfermedades crónicas o patrones y pautas de comportamiento. (eliminación, adaptaciones pasadas). Nos ayudan a referenciar los hechos el tiempo (hospitalizaciones previas)

Datos actuales: datos sobre la patología actual.

Recogida de datos:

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

- Criterios de evaluación de la cabeza a los pies.
- Criterios de evaluación por sistemas y aparatos.

1.2 Primera etapa:

Entrevista clínica:

Existen dos tipos de entrevista, esta 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.

Finalidades:

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.
4. Ayudar a la enfermera a determinar que otras áreas requieren un análisis específico a lo largo de la valoración.

Esta consta de tres partes:

INICIO: 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.

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 otras áreas como historial médico, información sobre la familia y datos sobre cuestiones culturales o religiosas.

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 la planificación.

Las técnicas verbales son:

- El interrogatorio permite obtener información, aclarar respuestas y verificar datos.
- La reflexión o reformulación, consiste en repetir o expresar de otra forma lo que se ha comprendido de la respuesta del paciente, permite confirmar y profundizar en la información.
- Las frases adicionales, estimula la continuidad del proceso verbal de la entrevista.
- Las técnicas no verbales: facilita o aumentan la comunicación mientras se desarrolla la entrevista, estos componentes no verbales son capaces de transmitir un mensaje con mayor efectividad incluso que las palabras, las más usuales son:
 - Expresiones faciales
 - La forma de estar y la posición corporal
 - Gestos, contactos físicos.
 - La forma de hablar

Primera etapa: (Entrevista)

Para finalizar la entrevista, concretamos las cualidades que debe tener un entrevistador; empatía, calidez, concreción y respeto.

- ✚ Empatía: la capacidad de comprender (percibir) correctamente lo que experimenta nuestro interlocutor. La empatía pues consta de dos momentos, uno en el que el entrevistador es capaz de interiorizar la situación emocional del cliente y el otro en el que le da a entender que la comprende.
- ✚ Calidez: es la proximidad afectiva entre el paciente y el entrevistador. Se expresa solo a nivel no verbal.
- ✚ Respeto: es la capacidad del entrevistador para transmitir al paciente que su problema le atañe, y que se preocupa por el preservado de su forma de pensar, sus valores ideológicos. Implica la dignidad y valor al paciente y reconocimiento como persona.
- ✚ Concreción: es la capacidad para determinar los objetivos mutuos y compartidos de la entrevista, nos aporta una quinta característica del entrevistado. La autenticidad esta supone que uno es el mismo cuando lo que dice esta acorde con sus

La observación:

En el momento del primer encuentro con el paciente, la enfermera comienza la fase de recolección de datos por la observación, que continua a través de la relación enferma-paciente.

El segundo método básico de valoración, la observación sistemática implica la utilización de los sentidos para la obtención de información tanto del paciente, como de cualquier otra fuente significativa y del entorno, así como de la interacción de estas tres variables.

Exploración física:

La actividad final de recolección de datos es el examen físico: debe explicarse al paciente en que consiste el examen y pedir permiso para efectuarlo.

Exploración física se centra en determinar en profundidad la respuesta de la persona al proceso de la enfermedad, obtener una base de datos subjetivos obtenidos durante la entrevista.

La enfermera utiliza cuatro técnicas específicas:

- ✓ Inspección: es el examen visual cuidadoso y global del paciente. Se centra en las características físicas del paciente (tamaño, forma, posición, color, textura)
- ✓ Palpación: consiste en la utilización del tacto para determinar ciertas características.
- ✓ Percusión :implica el dar golpes con uno o varios dedos sobre la superficie corporal, con el fin de obtener sonidos.
- ✓ Auscultación: consiste en escuchar los sonidos reproducidos por los órganos del cuerpo.

1.3 Segunda etapa: diagnóstico de

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 un

Las funciones de enfermería tienen tres dimensiones:

Dimensiones dependientes: incluye aquellos problemas que son responsabilidad directa del mercado que es quien designa las intervenciones que deben realizar las enfermeras.

Dimensiones interdependientes: se refiere a aquellos problemas o situaciones cuya prescripción y tratamiento colaboran las enfermeras y otros profesionales de la salud.

Dimensión independiente: es toda aquella que es reconocida legalmente como responsabilidad de enfermería y que no requiere la supervisión o dirección de otros profesionales. Son los diagnósticos de

Los pasos de esta fase son:

1. identificación de problemas:

-análisis de los datos significativos, bien sea datos o la deducción de ellos, es un planteamiento de alternativas como hipótesis.

-síntesis es la confirmación, o la eliminación de las alternativas.

2. formulación de problemas: diagnóstico de enfermería y problemas interdependientes.

- Investigación: para poder investigar sobre los problemas de la salud que 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 comprendidas por otros enfermeros.

...

-Determinar la compatibilidad de una taxonomía con cada uno de los modelos conceptuales.

-validar en distintos ámbitos culturales las características definitorias y los factores relacionados de los diagnósticos de enfermería aceptados.

-comprobar la eficiencia de las diversas intervenciones propuestas ante un mismo diagnóstico.

-realizar un análisis epidemiológico de los diagnósticos que presenta una población determinada.

-identificar nuevas áreas de competencia de enfermería, o complementar las ya identificadas, mediante el desarrollo y validación de nuevos diagnósticos.

segunda etapa:
diagnostico de
enfermeria.

Docencia: la conclusion de los diagnosticos de enfermeria en el curriculum basico debe iniciarse y continuarse de forma coherente y prolongarse de forma progresiva a lo largo de todo el curriculum permite:

- organizar de manera logica, coherente y ordenada los conocimientos de enfermeria que deberian poseer los alumnos.
- disponer de un lenguaje compartido con otros profesionales, con los enfermeros docentes y con los propios alumnos, lo cual facilita enormemente la transmision de ideas y conceptos relacionados con los cuidados.

Gestion: algunas de las ventajas que comportan la utilizacion de los diagnosticos de enfermeria en este ambito son:

- ayudar a determinar los tiempos medios requeridos, por lo tanto, las cargas de trabajo de cada unidad, al facilitar la organizacion de las actividades de cuidados.
- permitir, como consecuencia, una mejor distribucion de los recursos humanos y materiales.
- posibilitar la determinacion de los costes reales de los servicios de enfermeria y consecuentemente, los costes reales de los cuidados brindados al usuario.
- identificar las necesidades de formacion para grupos profesionales especificos.

Asistencial: es el uso de los diagnosticos en la practica asistencial favorece la organizacion y profesionalizacion de las actividades de enfermeria, al permitir:

- identificar las respuestas de las personas ante distintas situaciones de salud.
- centrar los cuidados brindados en las respuestas humanas identificadas a traves de una valoracion propia.
- aumentar efectividad de los ciudadanos al prescribir actuaciones de enfermeria especificas orientadas a la resolucion o control de los problemas identificados.
- organizar, definir y desarrollar la dimension propia del ejercicio profesional.
- organizar, definir y desarrollar la dimension propia del ejercicio profesional.
- delimitar la responsabilidad profesional, lo que como beneficio secundario crea la necesidad de planificar y registrar las actividades realizadas.
- unificar los criterios de actuacion ante los problemas o situaciones que estan dentro nuestra area de competencia.
- mejorar y facilitar la comunicacion inter e interdisciplinar.

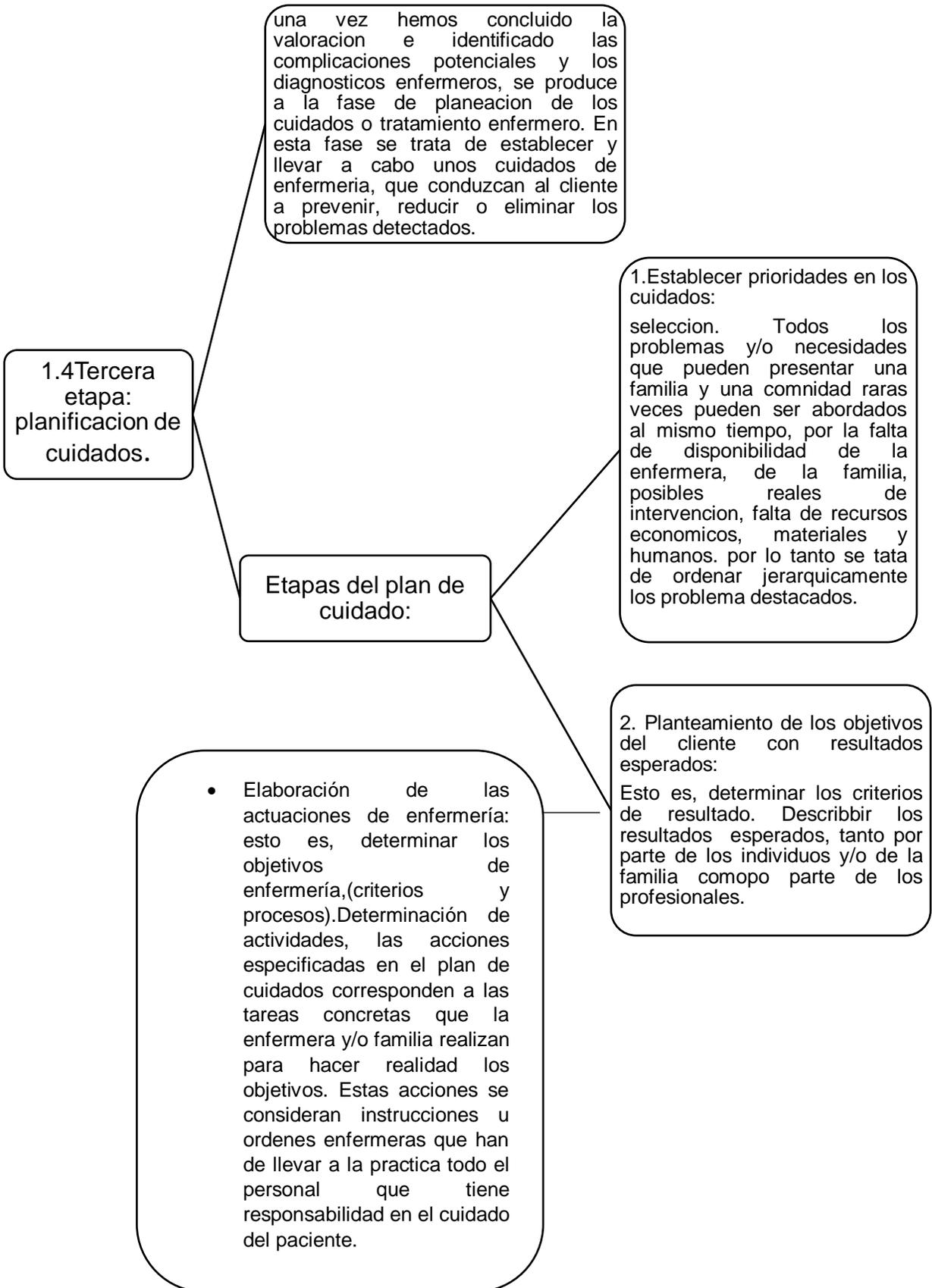
Tipos de diagnóstico:

Real: representa un estado que ha sido clínicamente validado mediante características definitorias principales identificables.

-Alto riesgo: es un juicio clínico que un individuo, familia o comunidad son mas vulnerables a desarrollar el problema que otros en situación igual o similar.

-posibles: son enunciados que describen un problema sospechado para el que se necesitan datos adicionales. La enfermera debe confirmar.

-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 Ejecucion

La fase de ejecucion es la cuarta etapa del plan de cuidados, es en esta etapa cuando realmente se pone en practica el plan de cuidados elaborados, la ejecucion implica la siguientes actividades:

- continuar con la recogida y valoracion de datos.
- realizar las actividades de enfermeria.
- anotar los cuidados de enfermeria, existen diferentes formas de hacer anotaciones , como son las dirigidas hacia los problemas.
- Dar informes verbales de enfermeria
- Mantener el plan de cuidados actualizados.

El enfermo tiene toda la responsabilidad en la ejecucion del plan, pero incluye al paciente y a la familia, así como a otros miembros del equipo. En esta fase se realizan todas las intervenciones enfermeras dirigidas a la resolución de problemas (diagnosticos enfermeros y problemas interdependientes) y las necesidades asistenciales de cada persona tratada.

De las actividades que se llevan a cabo en esta fase se debe mencionar la continuidad de la recogida y valoracion de datos, esto es debido a que por un lado debemos profundizar en la valoracion de datos que quedaron sin comprender y por otro lado la propia ejecucion de la intervencion es fuente de nuevos datos que deberan ser revisados y tenidos en cuenta como confirmacion diagnostica o como nuevos problemas.

1.5 Evaluacion.

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

La evaluación requiere de:

-Recogida de datos de salud/problema/diagnostico que queremos evaluar.
- Comparacion con los resultados esperados y un juicio sobre la evolucion del paciente hacia la consecuencia de los resultados esperados.

- 1- Aspecto general y funcional del cuerpo.
- 2- señales y sintomas especificos.
- 3- conocimientos
- 4-capacidad psicomotora (habilidades)
- 5- estado emocional
- 6- situacion espiritual (modelo hilistic de salud)

La evaluacion se lleva a cabo sobre las etapas del plan, la intervencion enfermera y sobre el producto final. A la hora de registrar la evaluacion se deben evitar los terminos ambiguos como (igual, poco apetito) es de mayor utilidad indicar lo que dijo hizo y sintio el paciente. La documentacion necesaria se encontrara en la historia clinica.

1.6 Bases semiologicas de la valoracion del paciente.

SIGNOS Y SINTOMAS:
SINTOMAS: Es lo manifestado por el paciente, lo que el siente.
SIGNO: es lo que puede ser observado, palpado, auscultado por la enfermera (se puede medir)

Es el estudio de los signos y sintomas de una enfermedad.
SEMIOTECNICA: Es la tecnica para obtener signos como signos (se busca a traves del tacto, oido, vista y olfato.

OBJETIVO: a partir de los datos recabados por el interrogatorio, el examen físico y los estudios complementarios se llega al diagnóstico enfermo.

HISTORIA CLINICA:

Es el registro completo de la informacion obtenida a traves del interrogatorio del paciente, el examen fisico, de los estudios complementarios que se efectuen.

CARACTERISTICAS DE LA HISTORIA CLINICA:

- debe ser cierta, coherente, entendible.
- debe seguir un orden.No puede faltarle datos aun asi sean negativos.
- a traves de ella obtendremos informacion para iniciar el razonamiento del enfermo.

INTERROGATORIO: es el primer paso de la historia clinica. Hay que dejar que el paciente exponga su problema interrumpiendo para evitar disociaciones o perdida del hilo del pensamiento:

1. datos personales
2. motivo de la consulta
3. enfermedad actual
4. habitos
5. antecedentes personales
6. antecedentes familiares
7. examen fisico
8. examnes complementarios.



par un

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 del paciente, distinguir las variaciones de la forma y reconocer la mejoría o el deterioro en su enfermedad.

Entorno: Una exploración física respetuosa y considerada requiere intimidad. En el entorno de cuidados agudos, las enfermeras realizan valoraciones en la habitación de un paciente. Las salas de exploración se utilizan en clínicas o en centros de consulta.

Equipamiento:

La enfermera debe realizar la higiene de manos a fondo antes de manipular el equipamiento y empezar una exploración. Debe disponer el equipamiento necesario de modo que este fácilmente accesible y sea fácil de utilizar. La enfermera debe preparar el equipamiento como sea apropiado (p. ej. Calentar el diafragma del estetoscopio entre las manos antes de ponerlo sobre la piel) y asegurarse de que funciona correctamente antes de usarlo.

Objetivos:

Una exploración física se realiza como una evaluación inicial en el triaje para la atención de urgencia; para los exámenes habituales para promover conductas saludables y medidas preventivas de atención sanitaria; para determinar la elegibilidad para el seguro médico, el servicio militar o un nuevo trabajo, o para ingresar a un paciente en un hospital o en una institución de atención de larga estancia.

La enfermera tiene que utilizar la exploración física para hacer lo siguiente:

- Apoyar a 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.

1.8 Exploracion fisica:
(...)

Preparacion fisica del paciente: para mostrar respeto por el paciente la enfermera debe asegurarse de que las necesidades fisias de confort estan satisfechas. Antes de comenzar debe preguntar si el paciente necesita ir al baño. Una vejiga y un intestino vacio facilitan la exploracion del abdomen.

Oraganizacion de la exploracion:

Colocacion: Durante la exploracion se pide al paciente que adopte las posturas apropiadas de manera que las partes del cuerpo sean accesibles y el paciente se mantenga comodo. La tabla 30-2 enumera las posiciones preferibles para cada parte de la exploracion e incluye figuras que ilustran las posiciones. La capacidad de los pacientes de asumir las posturas depende de su fuerza fisica, movilidad, facilidad para respirar, edad y grado de bienestar.

La enfermera debe reflexionar y asegurarse de que una exploración es pertinente e incluye las valoraciones correctas. Los pacientes con síntomas o necesidades focalizadas requieren solamente unas partes de la exploración; así, cuando un paciente viene a una clínica con síntomas de un grave resfriado, no debe ser necesaria una valoración neurológica. Los siguientes consejos ayudan a realizar una buena exploración:

- comparar ambos lados del cuerpo para ver la simetría.
- si el paciente está gravemente enfermo, primero valorar los sistemas corporales que presentan más riesgos de estar alterados.
- utilizar los términos clínicos y las abreviaturas más comunes para tener notas precisas y breves.
- registrar notas rápidas para no generar retrasos.

Preparacion psicologica del paciente:

Muchos pacientes encuentran una exploración estresante o agotadora, o tienen ansiedad por posibles resultados. Una explicación cuidadosa del objetivo y de los pasos de cada valoración permite al paciente saber que esperar y como cooperar. La enfermera debe adaptar las explicaciones al nivel de comprensión del paciente y animarlo a hacer preguntas y comentarios respecto a cualquier molestar. Es importante que la enfermera mantenga la calma para que el paciente se relaje

Técnicas de valoración física: las cuatro técnicas usadas en una exploración física son inspecciones, palpación, percusión y auscultación.

1.8 Exploracion fisica.
(tecnicas de valoracion fisica)

Inspeccion: Para inspeccionar, la enfermera debe mirar, escuchar y oler cuidadosamente para distinguir los resultados normales de los anormales. Para hacer eso, debe ser consciente de cualquier deficit personal vvisual, auditivo. Es importante practicar deliberadamente esta habilidad y aprender a reconocer todas las posibles piezas de datos que se pueden recopilar aolamente con la inspeccion.

Palpacion: este implica usar el sentido del tacto para recopilar la informacion. Mediante el tacto la enfermera realiza juicios sobre los hallazgos esperados e inesperados en la piel o los tejidos, los musculos y los huesos subyacentes . Por ejemplo: la enfermera palpa la piel para conocer la temperatura.

Percusion: este implica golpear lligeramente la piel con las yemas de los dedos para hacer vibrar los tejidos y los organos subyacentes. La vibracion se transmite a traves de tejidos del cuerpo y el caracter del sonido resultante refleja la densidad del tejido subyacente.

Auscultacion: este implica escuchar los sonidos que el cuerpo hace para detectar variaciones de lo normal. Algunos sonidos como el habla y tosr se pueden valorar sin equipamiento adicional, pero es necesario, un estetoscopio para valorar los ruidos internos del cuerpo.

Uso y cuidado del estetoscopio

Asegurarse de que la oliva auricular siga el contorno de los conductos auditivos.

-coloca las olivas en los oídos con los extremos girados hacia la cara.

-ponerse el estetoscopio y soplar ligeramente en el diafragma.

Cuidados: quitar las olivas auriculares regularmente y limpiarlas.

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.

Para esta revisión se debe incluir lo siguiente:

- sexo y raza, edad, tipo corporal.

-marcha, higiene y aseo personal, vestido.

1.9 Signos 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.

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 esperando de un adulto para una talla dada (tabla 30-6). Hay que valorar a cada paciente para identificar si tiene un peso saludable, sobrepeso o es obeso. 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.

El metabolismo basal es el responsable del calor producido por el cuerpo en reposo absoluto (pérdida de calor)

Pulso

El pulso son los saltos palpables del flujo sanguíneo observados y en varios puntos del cuerpo. La sangre fluye a través del cuerpo en un circuito continuo. El pulso es un indicador del estado circulatorio.

Respiración

Este es el mecanismo que el cuerpo utiliza para intercambiar los gases entre la atmósfera y la sangre y las células. La respiración implica ventilación (el movimiento de gases dentro y fuera de los pulmones) difusión (el movimiento del oxígeno y del dióxido de carbono entre alveolos y los eritrocitos).

Presión arterial

La presión arterial (PA) 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. Se mueve desde un área de alta presión a una baja presión.

1.10 Recogida de muestras biológicas:

En la actualidad la practica medica se apoya cada vez más en los resultados a 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.

Toma de muestras; fasciola hepática:
epidemiología descriptiva; estudios
transversales; costos de la atención en

Los tiempos en que la enfermería a partir de modelos paradigmáticos, se dedica a cumplir rutinas más o menos precisas, han cedido el paso al ejercicio de la profesión de forma más profunda. El sentido holístico de la especialidad, apoyando en el proceso de atención de enfermería

Preparación de pacientes para
estudios radiológicos.

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

El personal de enfermería debe estar preparado para reconocer rápidamente las distintas patologías concomitantes. Debe conocer el manejo de la farmacología específica. Debe conocer el manejo del equipo, debe conocer los procedimientos radiológicos.

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 están ingiriendo, horas de ayuno, peso, talla y signos vitales. Detectar posibles alteraciones que presente la persona.

Apoyo y preparación psicológica;
Preparación física

Pre medicación enema de limpieza, dietas, objetos de metal. Se vigila las constantes vitales a través del monitor, además de otros signos como la ansiedad o inquietud, posibles reacciones alérgicas, nauseas.

-“supervisa coordina, gestión mantiene “

Durante el procedimiento:

Recolección de muestras para laboratorios, ha establecido algunas consideraciones que se deben tener en cuenta, al extraer muestras de flujos corporales considerados de riesgo, en pacientes ambulatorios y hospitalizados, como una manera de realizar técnicas con un margen de seguridad, tanto para el personal de salud, como para los pacientes que son atendidos en consultorios y hospitales.

1.10 Recogidas de muestras biológicas.

Normas establecidas por el ministerio de salud.

Indicaciones generales (toma muestras exámenes de sangre)

Personal: las punciones vasculares deben ser realizadas por profesionales capacitados y constantemente evaluados.

Materiales: todo material de uso venoso o intrarterial debe ser estéril y de un solo uso. No se debe usar material desechable re esterilizado.

Lavado de manos: El profesional responsable de la punción debe lavare las manos antes y después del procedimiento.

Uso de guantes; todas las punciones venosas y arteriales deben realizarse con guantes protectores.

Elección del sitio de punción: la piel de sitio de punción elegido, debe estar indemne y limpia.

Desecho de material: la eliminación de la jeringa y aguja debe ser tirada en el lugar correspondiente.

1. Lávese las manos y prepare el equipo.
2. Identifique el paciente verbalmente o revisando la ficha clínica.
3. Explique 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, determinar la presencia de microorganismos en sangre obtenida con técnica aséptica, mediante la siembra de esta en un medio de cultivo, en caso de bacteriemia permite aislar el agente causal.