



**NOMBRE DEL ALUMNO: ALEXANDER  
FRIAS ALVARADO**

**NOMBRE DEL PROFESOR: MARIA DEL  
CARMEN LOPEZ SILBA**

**NOMBRE DE TRABAJO: RESUMEN**

**MATERIA: FUNDAMENTOS DE LA  
ENFERMERIA**

PASIÓN POR EDUCAR

**GRADO: 1**

**GRUPO: A**

Comitán de Domínguez Chiapas a 23 de Septiembre de 2021.

# PROCESO DE ENFERMERÍA

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

considerado un proceso en 1955, gracias a Hall, a la que posteriormente se unieron otras teóricas como Johnson en 1959, Orlando en 1961 y Wiedenbach en 1963 proceso de tres etapas: valoración, planeación y ejecución 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 objetivos del PAE, el principal se centra, en constituir una estructura que pueda cubrir, de comentamos las ventajas, estas, tienen repercusiones sobre la profesión, considerando a la .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.

## Etapas del proceso

**VALORACIÓN:** Es el proceso organizado y sistemático de recogida y recopilación de . criterios, siguiendo un orden "cabeza a pies", por "sistemas y aparatos" o por "patrones . funcionales de salud". Se recogen los datos, que han de ser validados, organizados y registrados

**DIAGNÓSTICO:** paciente, que requiera de la intervención enfermera para disminuirlo o resolverlo. 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. fase, identificamos los problemas y los formulamos, tanto los diagnósticos de enfermería . como los problemas interdependientes. Real: consta de tres partes, formato PES: problema (P)+etiología (E)+ . problema+etiología. - Posible: describen un problema sospechado para el que se necesitan

**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 realizarán todas las intervenciones enfermeras dirigidas a la resolución de problemas y las necesidades asistenciales de cada persona tratada.

**EVALUACIÓN:** Última fase del proceso. Los dos criterios más importantes que valora la enfermería son: la eficacia y efectividad.

## 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 enfermero es también un estándar de práctica, que, cuando se sigue correctamente, protege a las enfermeras frente a problemas legales relacionados con la atención (Austin, 2008). Como estudiante de enfermería se aprenden las cinco fases del proceso enfermero valoración, diagnóstico, planificación, implementación y evaluación) como si fuesen un Sin embargo, en realidad el proceso enfermero es dinámico y continuo; y, después de adquirir más experiencia en la práctica, se aprende a moverse de una a otra aleatoriamente entre las diferentes fases.

### Enfoque de pensamiento crítico sobre la valoración

La valoración es la recogida intencionada y sistemática de información sobre un paciente para determinar su estado de salud y funcional actual y pasado y sus patrones de afrontamiento actuales y pasados (Carpenito- Moyet, 2009). La valoración de enfermería incluye dos etapas: Recogida de información de una fuente primaria (el paciente) y de las fuentes secundarias

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

Cuando un fontanero viene a tu casa a arreglar un problema que describes como un «grifo que gotea», examina el grifo, sus accesorios en la línea de agua y la presión de agua del procede a observar sus conductas, a hacer preguntas sobre la naturaleza del problema

Generalmente también se entrevista a miembros de la familia que conocen los problemas de clasifican en diferentes grupos o patrones de información que apuntan a una conclusión .Una vez que un fontanero sabe el origen del goteo del grifo, puede repararlo intervenciones que restaurarán, mantendrán o mejorarán la salud del paciente panorama general cuando se formulan conclusiones o se toman decisiones sobre el estado de conocimiento pertinente, se recuerdan experiencias clínicas anteriores, se aplican estándares y actitudes de pensamiento crítico, y se utilizan estándares de práctica para dirigir nuestra ciencias físicas, biológicas y sociales permite realizar preguntas pertinentes y recoger los antecedentes y los datos de la valoración física oportunos relacionados con las necesidades

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 capacidad para darse la vuelta o de moverse en la cama comunicación mediante la entrevista y la aplicación de estándares intelectuales

La experiencia clínica previa contribuye a las habilidades de valoración cuidó de un paciente con dolor en la incisión quirúrgica en el pasado y sabe que el dolor a 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. validación de cualquier hallazgo anormal en la valoración y la observación personal de valoraciones realizadas por profesionales expertos, ayudan a ser competente en la valoración.

También se aprende a aplicar estándares de práctica y estándares aceptados como. «normales» para los datos de la valoración física cuando se valora a pacientes de actitudes de pensamiento crítico, como la curiosidad, la perseverancia y la confianza, asegura que se complete una exhaustiva base de datos.

Recogida de datos: Se realiza la valoración para recopilar la información necesaria para hacer un juicio preciso sobre el estado actual de un paciente (Magnan y Maklebust, 2009). 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

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 punto de vista holístico es necesario que la enfermera conozca los patrones de interacción .de las cinco áreas para identificar las capacidades y limitaciones de la persona y ayudarle a . Las enfermeras y enfermeros deben poseer unos requisitos previos para realizar una adecuada

- 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. Estas convicciones se consideran constantes durante el proceso.
- Los conocimientos profesionales: deben tener una base de conocimientos sólida
- Habilidades: en la valoración se adquieren con la utilización de métodos y 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 hecho que uno percibe a través de uso de los sentidos y una inferencia es el juicio o .Las enfermeras a menudo hacen inferencias extraídas con pocos o ningún signo que las apoyen, pudiendo dar como resultado cuidados de enfermería inadecuados

Es primordial seguir un orden en la valoración, de forma que, en la práctica, la enfermera adquiera un hábito que se traduzca en no olvidar ningún dato, obteniendo la máxima información en el tiempo disponible de la consulta de Enfermería

- Criterios de valoración siguiendo un orden de "cabeza a pies": sigue el orden de valoración de los diferentes órganos del cuerpo humano, comenzando por el aspecto general desde la cabeza hasta las extremidades, dejando para el final la espalda, de forma sistemática.
- Criterios de valoración por "sistemas y aparatos": se valora el aspecto general y las constantes vitales, y a continuación cada sistema o aparato de forma independiente, comenzando por las zonas más afectadas.

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

Los tipos de datos:

- Datos subjetivos: No se pueden medir y son propios de paciente. Lo que la persona dice que siente o percibe. Solamente el afectado los describe y verifica. (Sentimientos)
- Datos objetivos: se pueden medir por cualquier escala o instrumento (cifras de la tensión arterial).

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

- Datos actuales: son datos sobre el problema de salud actual.

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.

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 o

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

III. Cierre: Es la fase final de la entrevista. No se deben introducir temas nuevos.

La entrevista clínica tiene que ser comprendida desde dos ámbitos:

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

## 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

Los pasos de esta fase son:

Identificación de problemas

- Análisis de los datos significativos, bien sean datos o la deducción de ellos, es un planteamiento de alternativas como hipótesis
- Síntesis es la confirmación, o la eliminación de las alternativas

Hay que considerar la importancia de los beneficios específicos de una taxonomía diagnóstica en los distintos ámbitos del quehacer profesional

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

En este momento los Diagnósticos enfermeros pueden contribuir a la consolidación de la disciplina en Enfermería mediante líneas de investigación dirigidas a:

- 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
- Comparar la eficacia de las diversas intervenciones propuestas ante un mismo Diagnóstico.
- Realizar el análisis epidemiológico de los diagnósticos que presenta una población determinada.
- Identificar nuevas áreas de competencia en Enfermería, o completar las ya identificadas, mediante el desarrollo y validación de nuevos Diagnósticos.

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
- 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. poseer los alumnos

Asistencial: El uso de los Diagnósticos en la práctica asistencial favorece la organización y profesionalización de las actividades de enfermería, al permitir

- 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

Gestión: Algunas de las ventajas que comportan la utilización de los Diagnósticos de Enfermería en este ámbito son

- Permitir, como consecuencia, una mejor distribución de los recursos humanos y materiales
- Facilitar el establecimiento de criterios de evaluación de la calidad de los servicios de Enfermería brindados en un centro o institución.
- Identificar las necesidades de formación para grupos profesionales específicos.

**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 relacionado
- Alto Riesgo: es un juicio clínico de que un individuo, familia o comunidad son más vulnerables a desarrollar el problema que otros en situación igual o similar.
- Posible: son enunciados que describen un problema sospechado para el que se necesitan datos adicionales. La enfermera debe confirmar o excluir
- De bienestar: juicio clínico respecto a una persona, grupo o comunidad en transición desde un nivel específico de bienestar hacia un nivel más elevado

## 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.

Etapas en el plan de cuidados

Establecer prioridades en los cuidados Selección.

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

Son necesarios porque proporcionan la guía común para el equipo de Enfermería, de tal .objetivos permite evaluar la evolución del usuario así como los cuidados proporcionados Deben formularse en términos de conductas observables o cambios mensurables, realistas y .cuenta que el principal sistema de apoyo es la familia, sus motivaciones, sus conocimientos y Se deben fijar a corto y largo plazo.

Elaboración de las actuaciones de enfermería, esto es, determinar los objetivos de enfermería (criterios de proceso) Determinación de actividades, las acciones especificadas en el plan de cuidados corresponden a las tareas concretas que la enfermera y/o familia realizan para hacer realidad los objetivos

# EJECUCIÓN

La fase de ejecución es la cuarta etapa del plan de cuidados, es en esta etapa cuando realmente se pone en práctica el plan de cuidados elaborado. La ejecución, implica las siguientes actividades enfermeras:

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

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

De las actividades que se llevan a cabo en esta fase quiero mencionar la continuidad de la recogida y valoración de datos, esto es debido a que por un lado debemos profundizar en la valoración de datos que quedaron sin comprender, y por otro lado la propia ejecución de la intervención es fuente de nuevos datos que deberán ser revisados y tenidos en cuenta como confirmación diagnóstica o como nuevos problemas

# EVALUACIÓN

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

- 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.

La evaluación es un proceso que requiere de la valoración de los distintos aspectos del estado de salud del paciente.

Las distintas áreas sobre las que se evalúan los resultados esperados (criterios de resultado), son según Iyer las siguientes áreas

1.- Aspecto general y funcionamiento del cuerpo:

- \* Observación directa, examen físico.
- \* Examen de la historia clínica

2.- Señales y Síntomas específicos

- \* Observación directa
- \* Entrevista con el paciente.
- \* Examen de la historia

3.- Conocimientos:

- \* Entrevista con el paciente
- \* Cuestionarios (test)

4.- Capacidad psicomotora (habilidades)

- \* Observación directa durante la realización de la actividad

5.- Estado emocional:

- \* Observación directa, mediante lenguaje corporal y expresión verbal de emociones.
- \* Información dada por el resto del personal

6.- Situación espiritual (modelo holístico de la salud):

- \* Entrevista con el paciente.
- \* información dada por el resto del personal

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.

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

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

## **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

**SINTOMA:** Es lo manifestado por el paciente, lo que él siente. Es un dato subjetivo. .

**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

**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 33 efectúen.

Cumple una función asistencial, de investigación, es una parte legal y de auditoria. **ES EL ARMA BASICA DE TRABAJO DE LA ENFERMERA.**

### **CARACTERISTICAS DE LA HISTORIA CLINICA**

- Debe ser cierta, coherente, entendible.
- Debe seguir un orden→ No puede faltarle datos aunque sean negativos (Ej: Fuma)
- A través de ella obtenemos información para iniciar el razonamiento enfermero.

**HISTORIA CLINICA Datos básicos Lista de problemas Notas de evolución**

**HISTORIA CLINICA DATOS BASICOS Exámenes Interrogatorio Examen físico complementario.**

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

1. Datos personales.
2. Motivo de consulta
3. Enfermedad actual
4. Hábitos
5. Antecedentes personales
6. Antecedentes familiares.

7. Examen físico.

8. Exámenes complementarios

#### DATOS PERSONALES

1.1.- Nombres

1.2.- Apellidos

1.3.- Edad

1.4.- Sexo

1.5.- Estado civil

1.6.- Domicilio

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.

#### 4. HABITOS

4.1.- Diuresis

4.2.- Dieta

4.3.- Actividad física

4.4.- Tabaquismo

4.5.- Alcohol

4.6.- Drogas

4.7.- Hábitos sexuales

#### 5. ANTECEDENTES PERSONALES

5.1.- Alergia

5.2.- Asma

5.3.- HTA5

5.4 Diabetes

5.5.- Cardiopatías

5.6.- Medicamentos

5.7.- Cirugías previas

5.8.- Enfermedades de la infancia

5.9.- Otro

# ENTREVISTA 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.

Al recoger una historia completa de enfermería, dejaremos que la historia del paciente nos guíe para explorar a fondo los componentes relacionados con sus problemas.

En una entrevista centrada en el paciente una conversación ordenada con el mismo permite que éste determine el punto de partida e iniciar el discurso sobre sus problemas de salud

Una entrevista inicial centrada en el paciente implica:

- 1) preparar el escenario
- 2) recopilar la información sobre los problemas del paciente y establecer un programa
- 3) recoger la valoración o una historia clínica de enfermería
- 4) finalizar la entrevista.

La mejor entrevista clínica se centra en el paciente, no en nuestras propias prioridades o programa.

# 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. Realizando valoraciones de salud y exploraciones físicas, la enfermera identificará patrones de salud y evaluará la respuesta de cada paciente a los tratamientos y las terapias

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.

Identifica datos objetivos adicionales mediante una revisión de los sistemas corporales de la cabeza a los pies durante la exploración física. Los juicios clínicos de la enfermera se basan en todos los datos recopilados para crear un plan de cuidados para cada situación

La continuidad en los cuidados sanitarios mejora cuando la enfermera evalúa al paciente haciendo valoraciones continuas, objetivas y completas. Respeto por la singularidad de cada paciente, dando lugar a un cuidado de más alta calidad y mejores resultados clínicos.

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 38 servicio militar o un nuevo trabajo, o para ingresar a un paciente en un hospital o en una institución de atención de larga estancia.

## 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.

## 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 esté fácilmente accesible y sea fácil de utilizar

## Preparación física del paciente

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

La preparación física implica asegurarse de que la intimidad del paciente se mantiene con el apropiado vestido y cubrimiento.

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

## Preparación psicológica de un paciente

Muchos pacientes encuentran una exploración estresante o agotadora, o tienen ansiedad por los posibles resultados.

Una explicación cuidadosa del objetivo y de los pasos de cada valoración permite al paciente saber qué esperar y cómo cooperar. La enfermera debe adaptar las explicaciones al nivel de comprensión del paciente y animarlo a hacer preguntas y comentarios respecto a cualquier malestar.

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

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

## Técnicas de valoración física

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

### Inspección

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

Es importante practicar deliberadamente esta 46 habilidad y aprender a reconocer todas las posibles piezas de datos que se pueden recopilar solamente con la inspección. La inspección se produce al interactuar con un paciente, vigilando si hay expresiones no verbales del estado emocional y mental.

### Palpación

La palpación implica usar el sentido del tacto para recopilar la información. Mediante el tacto la enfermera realiza juicios sobre los hallazgos esperados e inesperados en la piel o los tejidos, los músculos y los huesos subyacentes

La superficie palmar de la mano y las yemas de los dedos son más sensibles que la punta de los dedos y se deben utilizar para 47 valorar la posición, la textura, el tamaño, la consistencia, las masas, el líquido y la crepitación (fig. 30-1, A). Hay que valorar la temperatura del cuerpo usando la superficie dorsal o la parte posterior de la mano (fig. 30-1, B). La superficie palmar de la mano y los dedos (fig. 30- 1, C) son más sensibles a la vibración

Tocar al paciente es una experiencia personal para la enfermera y para el paciente. Hay que mostrar respeto y preocupación a lo largo de la exploración

El paciente necesita ser orientado para que pueda relajarse y sentirse cómodo, puesto que los músculos tensos hacen la valoración más difícil. Para promover la relajación, hay que hacer que haga respiraciones lentas y profundas y coloque ambos brazos a lo largo de los lados del cuerpo.

## Percusión

La percusión implica golpear ligeramente la piel con las yemas de los dedos para hacer vibrar los tejidos y órganos subyacentes. La vibración se transmite a través de tejidos del cuerpo, y el carácter del sonido resultante refleja la densidad del tejido subyacente

## Auscultación

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

Las enfermeras con alteraciones auditivas pueden conseguir estetoscopios con amplificación de sonido adicional. El capítulo 29 describe las partes del estetoscopio y su uso general. La campana es mejor para escuchar sonidos graves como los sonidos vasculares y ciertos sonidos cardíacos, y el diafragma es mejor para escuchar sonidos agudos como los sonidos intestinales y pulmonares.

## Examen general

Cuando un paciente entra por primera vez en la sala de exploración, hay que observar su forma de andar y el aspecto general y prestar atención a su conducta y forma de vestir.

hay alteraciones o problemas, hay que valorar el sistema corporal afectado más estrechamente durante la exploración completa

# SIGNOS VITALES

## Constantes vitales

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.

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.

Medir la altura y el peso de los ancianos, junto con la obtención de una historia dietética, muestra los factores de riesgo de enfermedades crónicas

Hay que valorar las tendencias en los cambios de peso comparados con la altura en busca de signos de mala salud

## Pautas para medir las constantes vitales

Las constantes vitales son una parte de la base de datos de la valoración

Las necesidades del paciente y su estado determinan cuándo, dónde, cómo y por quién son medidas las constantes vitales

## 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.

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.

La producción de calor ocurre durante el descanso, los movimientos voluntarios, el temblor involuntario y la termogénesis sin tiritar.

## Pulso

El pulso son los saltos palpables del flujo sanguíneo observados i En varios puntos del cuerpo.

Valoración del pulso La enfermera puede valorar cualquier arteria para la frecuencia del pulso, pero normalmente utiliza la arteria radial porque es más fácil de palpar.

El corazón continúa distribuyendo sangre a través de la arteria carótida al cerebro tanto tiempo como sea posible. Cuando el gasto cardíaco disminuye significativamente, los pulsos periféricos se debilitan y son difíciles de palpar.

### Respiración

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

La respiración implica ventilación (el movimiento de los gases dentro y fuera de los pulmones), difusión (el movimiento del oxígeno y del dióxido de carbono entre los alvéolos y los eritrocitos) y perfusión (la distribución de los eritrocitos hacia y desde los capilares pulmonares). Analizar la eficiencia respiratoria requiere integrar los datos de la valoración desde los tres procesos.

### Valoración de la ventilación

La respiración es la constante vital más fácil de valorar, pero a menudo se mide de forma desordenada La enfermera no debe hacer una estimación aproximada de la respiración. Una medición correcta requiere observación y palpación del movimiento de la pared torácica

### Frecuencia respiratoria

La enfermera debe observar una inspiración y una espiración completa cuando cuenta la ventilación o frecuencia de respiración. La frecuencia respiratoria normal varía con la edad.

### Profundidad de la ventilación.

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

Una respiración profunda implica una expansión completa de los pulmones con exhalación completa. La respiración es poco profunda cuando sólo una pequeña cantidad de aire pasa a través de los pulmones y el movimiento ventila- torio es difícil de ver.

### Ritmo de la ventilación.

La enfermera determina el patrón respiratorio observando el tórax o el abdomen. La respiración diafrag- mática es el resultado de la contracción y relajación del diafragma, y se observa mejor mirando los movimientos abdominales.

Los varones y niños sanos muestran normalmente una respiración diafragmática. Las mujeres tienden a utilizar los músculos torácicos para respirar, que se valoran observando los movimientos de la parte superior del tórax

### Pulsioxímetro portátil con sonda para el dedo

Respiración dificultosa implica normalmente a los músculos accesorios de la respiración visibles en el cuello. Cuando algo como un cuerpo extraño interfiere con el movimiento del aire hacia dentro y fuera de los pulmones, los espacios intercostales se retraen durante la inspiración}

Con la respiración normal se produce un intervalo regular después de cada ciclo respiratorio

Factores que afectan a la determinación de la saturación de oxígeno del pulso (SpO<sub>2</sub>)

Interferencia con la transmisión de la luz

- Las fuentes exteriores de luz interfieren con la capacidad del pulsioxímetro para procesar la luz reflejada.
- } • El monóxido de carbono (causado por la inhalación de humo o de intoxicación) eleva artificialmente la SpO<sub>2</sub> absorbiendo luz de manera similar al oxígeno.
- El movimiento del paciente interfiere con la capacidad del pulsioxímetro de procesar la luz reflejada.
- La ictericia interfiere con la capacidad del pulsioxímetro de procesar la luz reflejada.
- Los tintes intravasculares (azul de metileno) absorben la luz de manera similar a la desoxihemoglobina y hace bajar artificialmente la saturación.
- El esmalte de uñas, las uñas artificiales o tachones metálicos en las uñas pueden interferir con la absorción de la luz y la capacidad del pulsioxímetro de procesar la luz reflejada (Ciceky cois., 2010).
- El pigmento oscuro de la piel a veces ocasiona una pérdida de señal o de sobreestimación de la saturación.
- El edema periférico oculta la pulsación arterial. 68
- Una sonda apretada registra pulsaciones venosas en el dedo que compiten con las pulsaciones arteriales.

Proceso de enfermería y constantes vitales respiratorias

La medición de la frecuencia respiratoria, el patrón y la profundidad, junto con la SpO<sub>2</sub>, valora la ventilación, difusión y perfusión

Debe utilizar los datos de la valoración para determinar la naturaleza del problema de un paciente. Los datos de la valoración respiratoria son características definitorias de muchos diagnósticos de enfermería, como los siguientes:

- Intolerancia a la actividad.
- Limpieza ineficaz de las vías aéreas.
- Ansiedad.
- Patrón respiratorio ineficaz.
- Deterioro del intercambio de gases.
- Dolor agudo.
- Perfusión tisular.

## 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 de baja presión. La PA sistémica o arterial, la PA en el sistema arterial del cuerpo, es un buen 69 indicador de la salud cardiovascular. La contracción cardíaca fuerza a la sangre a alta presión a entrar en la aorta

## Fisiología de la presión arterial sanguínea

La presión sanguínea refleja las interrelaciones del gasto cardíaco, la resistencia vascular periférica, el volumen sanguíneo, la viscosidad sanguínea y la elasticidad arterial. El conocimiento de la enfermera de estas variables hemodinámicas ayuda en la valoración de las alteraciones de la PA

### Gasto cardíaco.

La PA depende del gasto cardíaco. Cuando el volumen aumenta en un espacio cerrado, como los vasos sanguíneos, la presión en ese espacio se eleva. Así, a medida que el gasto cardíaco aumenta, se bombea más sangre contra las paredes arteriales, haciendo que la PA se eleve

### Resistencia periférica.

La PA depende de la resistencia vascular periférica. La sangre circula a través de la red de arterias, arteriolas, capilares, vénulas y venas.

### Volumen de sangre.

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

### Viscosidad.

La densidad o viscosidad de la sangre afecta a la facilidad con que la sangre fluye a través de los vasos pequeños. El hemato- crito, o porcentaje de eritrocitos en la sangre, determina la viscosidad de la sangre

### Elasticidad.

Normalmente las paredes de una arteria son elásticas y se distienden con facilidad. A medida que aumenta la presión dentro de las arterias, el diámetro de las paredes del vaso aumenta para acomodarse al cambio de presión

### Factores que influyen en la presión arterial.

La PA no es constante. Muchos factores influyen continuamente en ella. Una sola medición no puede reflejar adecuadamente la PA normal de un paciente; incluso en las mejores condiciones, cambia de latido a latido.

Edad.

Los niveles normales de PA varían a lo largo de la vida (tabla 29-7). La PA aumenta durante la niñez. La enfermera debe evaluar el nivel de la PA de un niño o adolescente con respecto al tamaño y edad de su cuerpo. La PA normal de un lactante es de (65-115)/(42-80) mmHg

Estrés.

La ansiedad, el miedo, el dolor y el estrés emocional provocan una estimulación simpática, lo que aumenta la FC, el gasto cardíaco y la resistencia vascular. El efecto de la estimulación simpática aumenta la PA. La ansiedad eleva la PA hasta 30 mmHg.

Etnicidad.

La incidencia de la hipertensión (PA alta) es mayor en los afroamericanos que en los europeoamericanos. Los afroamericanos tienden a desarrollar una hipertensión más grave a una edad más temprana y tienen riesgo doble de complicaciones como accidente cerebrovascular y ataque cardíaco

Sexo.

No existe diferencia clínica significativa de la PA entre chicos y chicas. Después de la pubertad los varones tienden a tener lecturas de PA más altas.

Variación diaria.

La presión arterial varía a lo largo del día, con la PA más baja durante el sueño entre medianoche y las 3:00 a. m. Entre las 3:00 a.m. y las 6:00 a.m. hay una subida lenta y constante de la PA. Cuando un paciente se despierta, hay una sobrecarga de la PA por la mañana temprano

Actividad y peso.

Un período de ejercicio puede reducir la PA durante varias horas después. Los ancianos a menudo experimentan una bajada de 5 a 10 mm de la PA aproximadamente 1 hora después de comer.

Fumar.

Fumar provoca vasoconstricción, un estrechamiento de los vasos sanguíneos. La PA se eleva cuando una persona fuma y vuelve a su nivel basal aproximadamente 15 minutos después de dejar de fumar.

Hipertensión

La alteración más común de la PA es la hipertensión. La hipertensión es a menudo asintomática. La prehipertensión es diagnosticada en los adultos cuando la media de dos o más lecturas diastólicas en al menos dos visitas seguidas está entre 80 y 89 mmHg o cuando la media de las múltiples PA sistólicas en dos o más visitas seguidas está entre 120 y 139 mmHg.

### Auscultación.

El mejor entorno para medir la PA por auscultación es una habitación tranquila a una temperatura confortable. Aunque el paciente puede estar acostado o de pie, sentado es la posición preferida. En la mayoría de los casos las lecturas de la PA obtenidas en un paciente en posición supina, sentado o de pie son similares

### Estetoscopio de ultrasonidos.

Cuando la enfermera no puede auscultar los sonidos debido a un pulso arterial debilitado, puede utilizar un estetoscopio de ultrasonidos (v. cap. 30). Este estetoscopio permite escuchar los ruidos sistólicos de baja frecuencia. Frecuentemente la enfermera utiliza este dispositivo cuando se mide la PA en los lactantes y niños y la PA baja en los adultos.

### Palpación.

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

La PA diastólica es difícil de determinar por palpación.

## 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.

Valoración y examen físico. Se inicia con la identificación de la enfermera ante el paciente y viceversa Motivo de la consulta Exámenes previos Medicamentos que está ingiriendo Horas de ayuno Peso y talla Signos vitales. Detectar posibles alteraciones que presente la persona. Es indispensable que el paciente y la familia reciban un trato amable, cordial, dándoles seguridad y confianza con el fin de minimizar el grado de ansiedad, nerviosismo, miedo, etc.

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, náuseas.

- ♣ Participa activamente en los procedimientos diagnósticos y terapéuticos.
- ♣ Gestiona y mantiene archivos. "Supervisa, coordina, gestiona y mantiene".

Durante el procedimiento Recolección de muestra para laboratorios Ha establecido algunas consideraciones que se deben tener en cuenta, al extraer muestras de fluidos 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.

### NORMAS ESTABLECIDAS POR EL MINISTERIO DE SALUD

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 lavarse 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 del sitio de punción elegido, debe estar indemne y limpia.

### INDICACIONES GENERALES TOMA MUESTRAS EXÁMENES DE SANGRE

Toma de muestra de sangre.

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

1. Lávese las manos y prepare el equipo.
2. Identifique al paciente verbalmente o revisando la ficha clínica.
3. Explíquelo el procedimiento a realizar.
4. Seleccione el sitio que le merezca mayor seguridad de éxito en la técnica y de menor riesgo para el paciente.
5. Colóquese los guantes, arme la jeringa.
6. Inserte la aguja con el bisel hacia arriba.
7. Llene con la cantidad necesaria los frascos de examen, siempre llene primero los frascos que tienen anticoagulantes, girándolos según corresponda.
8. Registre el procedimiento, según norma del servicio. Determinar la presencia de microorganismos en sangre obtenida con técnica aséptica, mediante la siembra de ésta en un medio de cultivo. En caso de bacteriemia permite aislar el agente causa

## CONCLUSION

Tras el análisis, podemos deducir que los fundamentos de la enfermería son todas esas etapas que hacen que el doctor puede tener un análisis sobre el problema del paciente y pueda ser atendido y resolver la molestia del paciente por medio de la solución o el tratamiento .

Para ilustrar mejor los fundamentos de la enfermería es la valoración del paciente su diagnóstico planificación su ejecución y evaluación la primer etapa es la valoración del paciente sobre el estado de salud en el que se encuentra se puede empezar de la cabeza a los pies o mejor sobre los síntomas que presenta el paciente ya después de tener sus datos del paciente empezamos con su diagnóstico en esta etapa vemos sobre el problema que tiene el paciente analizamos como podemos solucionar el problema o disminuirlo puede ser que el paciente presente un dolor de cabeza o cualquier tipo de molestia el diagnóstico se encarga de eso de resolver la molestia del paciente la siguiente etapa es la planificación una vez que el paciente a sido evaluado por el doctor y saber cual es el problema del paciente la planificación se encarga sobre los cuidados o tratamiento para el paciente para lo conduzca al cliente a prevenir, reducir o eliminar los problemas detectados en eso consiste la planificación la siguiente etapa nos da a entender sobre la ejecución es mantenernos al tanto o actualizados sobre el paciente si esta siguiendo el tratamiento para solucionar el problema o por si presenta otra complicación eso es la ejecución tener los datos actualizados sobre el paciente la ultima etapa es la evaluación consiste sobre la evolución del paciente y si los resultados fueron positivos.

Gracias a todo lo anterior sabes que todos estos pasos es para tener una eficacia a la hora de atender a un paciente