



**Nombre de alumnos: Paola Del
Carmen Zarquiz Aguilar**

**Nombre del profesor: María del
Carmen López**

Nombre del trabajo: Resumen

Materia: Fundamentos de Enfermería

Grado: 1º

Grupo: A

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. Como antecedentes históricos, reseñar que el PAE tiene sus orígenes, cuando fue considerado un proceso en 1955, gracias a Hall. La etapa diagnóstica fue incluida entre 1974 y 1976 por Bloch, Roy y Aspinall, quedando desde entonces el PAE como actualmente conocemos:

- VALORACIÓN
- DIAGNÓSTICO
- PLANIFICACIÓN
- EJECUCIÓN
- EVALUACIÓN

El PAE, configura un número de pasos sucesivos que se relacionan entre sí, y aunque se estudien por separado todas las etapas se superponen. En cuanto a los objetivos del PAE, el principal se centra, en constituir una estructura que pueda cubrir, de forma individualizada, las necesidades del paciente, familia y comunidad.

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

1. VALORACIÓN: Es el proceso organizado y sistemático de recogida y recopilación de datos sobre el estado de salud del paciente. puede hacer basándonos en distintos criterios, siguiendo un orden "cabeza a pies", por "sistemas y aparatos" o por "patrones funcionales de salud".

2. **DIAGNÓSTICO:** Etapa del proceso, es el enunciado del problema real o potencial del paciente, que requiera de la intervención enfermera para disminuirlo o resolverlo. La **NANDA:** dolor agudo, deterioro de la integridad cutánea, mantenimiento inefectivo de la salud, deterioro de la movilidad física, identificamos los problemas y los formulamos, tanto los diagnósticos de enfermería como los problemas interdependientes. - **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, 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.
5. **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 Asociación, 2010). Es el modelo fundamental para cuidar a los pacientes. El proceso enfermero es también un estándar de práctica.

Como estudiante de enfermería se aprenden las cinco fases del proceso enfermero (valoración, diagnóstico, planificación, implementación y evaluación) como si fuesen un proceso lineal. 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.

La planificación incluye el establecimiento de 11 objetivos y resultados esperados para los cuidados y la selección de intervenciones (de enfermería y de colaboración) individualizadas para cada uno de los diagnósticos enfermeros del paciente. La fase siguiente, la implementación, implica la realización de las intervenciones previstas. Después de realizar intervenciones, se evalúa la respuesta del paciente y si las intervenciones fueron eficaces. El proceso de enfermería es fundamental para proporcionar cuidados apropiados en el momento correcto a los pacientes.

Las cinco fases del proceso enfermero

Practicar las cinco fases del proceso de enfermería nos permite ser organizados y realizar nuestra práctica de una manera sistemática. Aprendemos a hacer inferencias sobre el significado de la respuesta de un paciente ante un problema de salud o a generalizar sobre el estado funcional de la salud del paciente. 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.

Enfoque de pensamiento crítico sobre la valoración

La valoración de enfermería incluye dos etapas:

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.

Los datos recogidos se clasifican en diferentes grupos o patrones de información que apuntan a una conclusión diagnóstica. Una vez que se conoce la naturaleza y el origen de los problemas de salud específicos de un paciente, somos capaces de proporcionar las intervenciones que restaurarán, mantendrán o mejorarán la salud del paciente.

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. El conocimiento de las 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 de cuidados actuales del paciente.

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.

Las fuentes secundarias pueden ser revistas por profesionales, la enfermera conozca los patrones de interacción de las cinco áreas para identificar las capacidades y limitaciones de la persona y ayudarle a alcanzar un nivel óptimo de Salud.

Las 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.
- 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.
- 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.

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.

La sistemática a seguir puede basarse en distintos criterios:

- Criterios de valoración siguiendo un orden de "cabeza a pies".
- Criterios de valoración por "sistemas y aparatos".
- "patrones Funcionales de Salud": la recogida de datos pone de manifiesto los hábitos y costumbres del individuo/familia.

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

Métodos para obtener datos

1.- Entrevista Clínica:

Existen dos tipos de entrevista, ésta puede ser formal o informal. La entrevista formal consiste en una comunicación con un propósito específico, 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.

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. Es importante resumir los datos más significativos.

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.

La entrevista puede verse interrumpida. Tres tipos de interferencias:

- Interferencia cognitiva: Consisten en que el problema del paciente no es percibido o comprendido por el entrevistador.
- Interferencia emocional: Es frecuente, consiste en una reacción emocional adversa del paciente o del entrevistador. Los estados emocionales extremos como ansiedad, depresión, miedo a una enfermedad grave o a lo desconocido, dolor o malestar.

- Interferencia social: En este caso las diferencias sociales conllevan en el profesional una menor conexión emocional a una menor implicación, y a prestar menor información al paciente.

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: Facilitan 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 habladas, las más usuales son:
 - Expresiones faciales.
 - La forma de estar y la posición corporal.
 - Los gestos.
 - El contacto físico.
 - La forma de hablar.

Las cualidades que debe tener un entrevistador: empatía, calidez, concreción, y respeto.

- Empatía: Entendemos por empatía la capacidad de comprender (percibir).
- Calidez: Es la proximidad afectiva entre el paciente y el entrevistador.
- Respeto: Es la capacidad del entrevistador para transmitir al paciente que su problema le atañe, y que se preocupa por él preservando su forma de pensar.
- Concreción: Es la capacidad del entrevistador para delimitar los objetivos.

La observación

La enfermera comienza la fase de recolección de datos por la observación, que continua a través de la relación enfermerapaciente. Es 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. La observación es una habilidad que precisa práctica y disciplina.

La exploración física

La actividad final de la recolección de datos es el examen físico. Debe explicarse al paciente en qué consiste el examen y pedir permiso para efectuarlo. Se centra en: determinar en Profundidad la respuesta de la persona al proceso de La enfermedad, obtener una base de datos para poder establecer comparaciones y valorar la eficacia de las actuaciones.

La enfermera utiliza cuatro técnicas específicas: inspección, palpación, percusión y auscultación.

- - Inspección: es el examen visual cuidadoso y global del paciente, para determinar estados o respuestas normales o anormales.
- - Palpación: Consiste en la utilización del tacto para determinar ciertas características de la estructura corporal por debajo de la piel (tamaño, forma, textura, temperatura, humedad, pulsos, vibraciones, consistencia y movilidad).
- - 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 producidos por los órganos del cuerpo.

Una vez descritas las técnicas de exploración física pasemos a ver las diferentes formas de abordar un examen físico: Desde la cabeza a los pies, por sistemas/aparatos corporales y por patrones funcionales de salud:

- Desde la cabeza a los pies: Este enfoque comienza por la cabeza y termina de forma sistemática Y simétrica hacia abajo, a lo largo del cuerpo hasta llegar a los pies.

- Por sistemas corporales o aparatos, nos ayudan a especificar que sistemas precisan más atención.
- Por patrones funcionales de salud, permite la recogida ordenada para centrarnos en áreas funcionales concretas.

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. Es un enunciado del problema real o en potencia del paciente que requiera de la intervención de enfermería con el objeto de resolverlo o disminuirlo.

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.

Si las funciones de Enfermería tienen tres dimensiones, dependiente, interdependiente e independiente, según el nivel de decisión que corresponde a la enfermera.

- La dimensión dependiente de la práctica de la enfermera incluye aquellos problemas que son responsabilidad directa del médico que es quien designa las intervenciones que deben realizar las enfermeras.
- La dimensión interdependiente de la enfermera, se refiere a aquellos problemas o situaciones cuya prescripción y tratamiento colaboran las enfermeras y otros profesionales de la Salud.
- Dimensión independiente de la enfermera, es toda aquella acción que es reconocida legalmente como responsabilidad de Enfermería, y que no requiere la supervisión o dirección de otros profesionales. Son los Diagnósticos de Enfermería.

Los pasos de esta fase son:

1. Identificación de problemas.
 - Análisis de los datos significativos, bien sean datos o la deducción de ellos, es un planteamiento de alterativas como hipótesis

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

2. Formulación de problemas. Diagnóstico de enfermería y problemas interdependientes.

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.
- Asistencial: El uso de los Diagnósticos en la práctica asistencial favorece la organización y profesionalización de las actividades de enfermería.
- Gestión: Algunas de las ventajas que comportan la utilización de los Diagnósticos de Enfermería en este ámbito son:
 - * Ayudar a determinar los tiempos medios requeridos, y por tanto, las cargas de trabajo de cada unidad o centro, al facilitar la organización y sistematización de las actividades de cuidados.
 - * Permitir, como consecuencia, una mejor distribución de los recursos humanos y materiales.
 - * Favorece la definición de los puestos de trabajo, ya que ésta podría incluir la habilidad para identificar y tratar los Diagnósticos de Enfermería que se dan con mayor frecuencia.
 - * Posibilitar la determinación de los costes reales de los servicios de Enfermería, y consecuentemente, los costes reales de los cuidados brindados al usuario.

* 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.

Los componentes de las categorías diagnósticas, aceptadas por la NANDA para la formulación y descripción diagnóstica, en 1990 novena conferencia se aceptaron 90 categorías diagnósticas.

Cada categoría diagnóstica tiene 4 componentes:

- 1.- Etiqueta descriptiva o título: Ofrece una descripción concisa del problema (real o potencial). Es una frase o término que representa un patrón.
- 2.- Definición: Expresa un significado claro y preciso de la categoría y la diferencia de todas las demás.
- 3.- Características definitorias: Cada diagnóstico tiene un título y una definición específica, ésta es la que nos da el significado propiamente del diagnóstico, el título es solo sugerente.
- 4.- Las características que definen el diagnóstico real son los signos y síntomas principales siempre presentes en el 80-100% de los casos.
- 5.- Factores etiológicos y contribuyentes o factores de riesgo: Se organizan entorno a los factores fisiopatológicos, relacionados con el tratamiento, la situación y la maduración, que pueden influir en el estado de salud o contribuir al desarrollo del problema.

TIPOS DE DIAGNÓSTICOS:

- 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 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 27 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. 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 i 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.

Etapas en el plan de cuidados

1. Establecer prioridades en los cuidados. Selección. Todos los problemas y/o necesidades que pueden presentar una familia y una comunidad raras veces pueden ser abordados al mismo tiempo, por falta de disponibilidad de la enfermera, de la familia, posibilidades reales de intervención, falta de recursos económicos, materiales y humanos.
2. Planteamiento de los objetivos del cliente con resultados esperados. Esto es, determinar los criterios de resultado. Describir los resultados esperados, tanto por parte de los individuos y/o de la familia como por parte de los profesionales.

Son necesarios porque proporcionan la guía común para el equipo de Enfermería, de tal manera que todas las acciones van dirigidas a la meta propuesta. Igualmente formular objetivos permite evaluar la evolución del usuario, así como los cuidados proporcionados.

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). 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. 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.

Para un 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. Para un 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. Para un Diagnóstico de Enfermería posible las intervenciones tratan de recopilar datos adicionales para descartar o confirmar el Diagnóstico.

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.
- Mantener el plan de cuidados actualizado.

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

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.

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.

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.

La evaluación se lleva a cabo sobre las etapas del plan, la intervención enfermera y sobre el producto final. A la hora de registrar la evaluación se deben evitar los términos ambiguos como «igual», «poco apetito», etc., es de mayor utilidad indicar lo que dijo, hizo y sintió el paciente.

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.
- **SIGNO:** Es lo que puede ser observado, palpado o auscultado por la enfermera. Se puede medir.
- **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 efectúen. Cumple una función asistencial, de investigación, es una parte legal y de auditoría.

Características de la historia clínica

- 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. Este razonamiento debe dirigirse a los problemas que plantea el usuario.

-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.

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.

1. 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.- HTA
- 5.4.- Diabetes
- 5.5.- Cardiopatías
- 5.6.- Medicamentos
- 5.7.- Cirugías previas
- 5.8.- Enfermedades de la infancia
- 5.9.- Otros

6. ANTECEDENTES FAMILIARES

Se interroga sobre enfermedades que tengan vinculación hereditaria o genética, Preguntar sobre padres, abuelos, hermanos, hijos que murieron con estas enfermedades u otras.

- 6.1.- Alergias
- 6.2.- HTA
- 6.3.- Diabetes
- 6.4.- Cardiopatías
- 6.5.- Cáncer
- 6.6.- Otra

ENTREVIATA CLÍNICA

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.

La interpretación y la validación acertadas de los datos de la valoración aseguran haber recogido una base de datos completa.

Hay dos métodos para recopilar una valoración integral:

- utilizar un formato estructurado de base de datos y la utilización de un método focalizado en el problema.
- Una vez que un paciente proporciona datos subjetivos, debemos explorar más los hallazgos recogiendo datos objetivos.
- Durante la valoración debemos anticipar y utilizar críticamente un conjunto ramificado y apropiado de preguntas u observaciones, para recoger los datos y agrupar las señales de la información de la valoración para identificar los patrones y problemas emergentes.

Una entrevista acertada requiere preparación, incluyendo la revisión de toda la información disponible sobre el paciente, la preparación del entorno de la entrevista y la elección del momento para evitar interrupciones.

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.

Está en una posición única para determinar el estado de salud actual de cada paciente, distinguir las variaciones de la norma y reconocer la mejoría o el deterioro en su enfermedad. La enfermera debe poder reconocer e interpretar cada manifestación conductual y física del paciente.

Las enfermeras recogen los datos de la valoración sobre el estado de salud pasado y actual de los pacientes de diferentes maneras, usando un enfoque general o focalizado, dependiendo de la situación del paciente. Dependiendo del resultado de la valoración, una enfermera considera las recomendaciones basadas en la evidencia para el cuidado sobre la base de los valores de un paciente, la pericia clínica del profesional sanitario o la propia experiencia personal.

Mediante la entrevista de la historia de salud, la enfermera recopila datos subjetivos sobre el estado de un paciente. Obtiene datos objetivos mientras observa la conducta y las manifestaciones generales de un paciente. 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. 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.

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. Después de considerar el estado actual del paciente, una enfermera selecciona una exploración física focalizada en un sistema o área específicos.

Para los pacientes que están hospitalizados, una enfermera integra la recogida de datos de la valoración física durante el cuidado rutinario del paciente, validando los hallazgos con lo que se sabe sobre los antecedentes de salud del paciente.

La enfermera tiene que utilizar la exploración física para hacer lo siguiente:
Recopilar los datos basales sobre el estado de salud del paciente.

- Apoyar o 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.

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 consultas. En el domicilio, la exploración se realiza en un espacio donde se puede dar intimidad.

Los espacios de exploración deben estar bien equipados para cualquier procedimiento. Es necesario iluminar correctamente las partes del cuerpo.

Material y equipo para la exploración física.

Cepillo o escobilla cervical (si es necesario)

- cinta métrica
- Báscula con varilla de medición de la
- Bastoncillos de algodón

Altura

- Compresas/paños de papel
- Recipientes para muestras, porta desechables jetos, espátula de madera o plástico
- Cortinas/fundas y fijador citológico (si es necesario)
- Gráfico oftálmico (p. ej., gráfico
- Esfigmomanómetro y manguito de Snellen)
- Torundas estériles
- Linterna y foco
- Estetoscopio
- Formularios (p. ej., valoración
- Cinta métrica física, laboratorio)
- Termómetro
- Guantes sin látex (limpios)
- Pañuelos de papel
- Bata para el paciente
- Depresores linguales
- Oftalmoscopio
- Diapasón
- Otoscopio
- Espéculo vaginal (si es necesario)
- Medio líquido para citologías
- Lubricante soluble en agua (si es necesario)
- Reloj con segundero o pantalla digital
- Martillo de percusión (reflejos)
- Pulsioxímetro

Dependiendo de las partes del cuerpo que se están valorando, puede ser difícil realizar una técnica determinada de valoración cuando un paciente está en la cama o en una camilla. Las camillas especiales de exploración hacen más fácil la colocación y más fácilmente accesibles las zonas del cuerpo. Ayudando a los pacientes a subir y bajar de la camilla de exploración, se pueden evitar las lesiones y prevenir las caídas.

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. 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.

Preparación física del paciente

Para mostrar respeto por un paciente, la enfermera debe asegurarse de que las necesidades físicas de confort están satisfechas. Antes de comenzar, debe preguntar si el paciente necesita utilizar el baño. Una vejiga y un intestino vacíos facilitan la exploración del abdomen, de los órganos genitales y del recto. La preparación física implica asegurarse de que la intimidad del paciente se mantiene con el apropiado vestido y cubrimiento. El paciente en el hospital probablemente lleva puesto solamente una simple bata. En la consulta de la clínica o del profesional sanitario el paciente debe desnudarse y generalmente se le proporciona una sábana de papel desechable o una bata de papel. Si la exploración se limita a ciertos sistemas corporales, no es siempre necesario que el paciente se desnude totalmente. Después de ponerse el camisón o la bata recomendada, el paciente se sienta o se tumba en la camilla de exploración con un cubrimiento ligero sobre el regazo o la parte inferior del tronco.

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. La capacidad de los pacientes de asumir las posturas depende de su fuerza física, movilidad, facilidad para respirar, edad y grado de bienestar.

Hay que tener cuidado para mantener el respeto y mostrar consideración ajustando la sábana que le cubre de modo que solamente sea accesible el área explorada.

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.

La enfermera debe considerar las normas culturales o sociales al realizar una exploración en una persona del sexo opuesto. Cuando se produce esta situación, otra persona del sexo del paciente o de un miembro de la familia culturalmente aceptado debe estar en la habitación. Dando este paso, la enfermera muestra conciencia cultural de las necesidades individuales de un paciente.

Durante la exploración, hay que vigilar las respuestas emocionales del paciente observando si sus expresiones faciales muestran miedo o preocupación o si los movimientos del cuerpo indican ansiedad. Cuando la enfermera mantiene la calma, es más probable que el paciente se relaje.

Posponer la exploración es ventajoso porque los resultados pueden ser más precisos cuando el paciente puede cooperar y relajarse. Las exploraciones pediátricas habituales se centran en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, particularmente para el cuidado de los niños sanos que tienen una crianza competente y no tienen ningún problema de salud serio (Josephson y AACAP Work Group, 2007).

Al explorar a los niños, los siguientes consejos ayudan en la recogida de datos:

- Recopilar la mayor información posible sobre los antecedentes de los bebés y niños que podamos obtener de los padres o de los tutores.
- Realizar la exploración en una zona neutra; dar tiempo para jugar con el fin de facilitar un ambiente de confianza.

- Debido a que los padres piensan a veces que el profesional que realiza la exploración los pone a ellos a prueba, ofrecer apoyo durante la exploración y no adoptar posturas críticas.
- Llamar a los niños por su nombre de pila y dirigirse a los padres como «Sr. o Sra.»
- Realizar preguntas abiertas para permitir que los padres compartan más información y describan un poco más los problemas de los niños.
- Tratar a los adolescentes como adultos porque tienden a responder mejor cuando se les trata como tales.
- Recordar que los adolescentes tienen derecho a la confidencialidad. Después de hablar con los padres sobre los antecedentes, hablar a solas con los adolescentes.
- No aceptar estereotipos sobre el nivel cognitivo de los pacientes ancianos. La mayoría de los ancianos pueden adaptarse al cambio y aprender sobre su salud.
- Tener presente que algunos ancianos tienen limitaciones sensoriales o físicas que afectan a la rapidez con que pueden ser entrevistados y a cómo pueden realizarse las exploraciones.
- Realizar la exploración con el espacio adecuado; esto es especialmente importante para los pacientes con ayudas para la movilidad como un bastón o un andador.
- Es estresante dar cierto tipo de información sanitaria a los pacientes ancianos. Algunos ven la enfermedad como una amenaza para la independencia y un paso hacia la institucionalización.
- Conocer la localización del aseo más cercano por si se da el caso de que el paciente tenga una necesidad urgente de evacuar.
- Estar alerta a las muestras de cansancio creciente como suspiros, muecas, irritabilidad, apoyarse sobre objetos y la cabeza y los hombros caídos.

Organización de la exploración

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

Sin embargo, cuando se ingresa a un paciente en el hospital, la enfermera realizará una exploración completa en el momento del ingreso y por lo menos una vez al día. Las directrices de la institución pueden definir los componentes de una exploración completa (véase la política de la institución).

Cualquier exploración física debe seguir una rutina sistemática para evitar pasar por alto hallazgos importantes.

Para un adulto la exploración comienza con una valoración de la cabeza y del cuello y progresa metódicamente hacia la zona inferior del cuerpo para incorporar todos los sistemas.

Los siguientes consejos ayudan a mantener una exploración bien organizada:

- Comparar ambos lados del cuerpo para ver la simetría. Un grado de asimetría es normal.
- Si el paciente está gravemente enfermo, primero valorar los sistemas corporales que presentan más riesgo de estar alterados.
- Si el paciente se cansa, ofrecer períodos de descanso entre las valoraciones.
- Realizar los procedimientos dolorosos cerca del final de una exploración.
- Registrar las valoraciones con términos específicos en la historia electrónica o de papel.
- Utilizar los términos clínicos y las abreviaturas comunes y aceptadas para mantener notas precisas, breves y concisas.
- Registrar notas rápidas durante la exploración para evitar retrasos. Completar cualquier nota de documentación más larga al final de la exploración.

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. La inspección se produce al interaccionar con un paciente, vigilando si hay expresiones no verbales del estado emocional y mental.

Lo más importante es ser prudente y prestar atención a los detalles. Se deben seguir estas pautas para lograr los mejores resultados durante la inspección:

- Cerciorarse de que está disponible la iluminación adecuada, directa o tangencial.
- Utilizar una fuente de luz directa (p. ej., una linterna de bolsillo o una lámpara) para inspeccionar las cavidades de cuerpo.
- Inspeccionar cada zona para valorar tamaño, forma, color, simetría, posición y alteraciones.
- Colocar y exponer las partes del cuerpo según sea necesario de manera que todas las superficies puedan ser vistas pero se pueda mantener la intimidad.
- Cuando sea posible, comprobar para saber si hay simetría de lado a lado comparando cada área con su contraria en el lado opuesto del cuerpo.
 - Validar los resultados con el paciente. Mientras la enfermera valora a un paciente, debe reconocer la naturaleza y la fuente de los olores corporales. Un olor inusual indica a menudo una patología subyacente.

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.

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. Cuanto más denso es el tejido, más sordo es el sonido. Sabiendo cómo

las diferentes densidades influyen en el sonido, es posible localizar órganos o masas, trazar sus bordes y valorar su tamaño.

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. Para auscultar los sonidos internos la enfermera debe oír bien, tener un buen estetoscopio y saber utilizarlo correctamente.

Uso y cuidado del estetoscopio

Asegurarse de que la oliva auricular siga el contorno de los conductos auditivos. Probar cuál es mejor comparando la amplificación de los sonidos con las olivas auriculares en ambas direcciones.

- Colocar las olivas auriculares en los oídos con los extremos girados hacia la cara. Soplar ligeramente en el diafragma.
- Ponerse el estetoscopio y soplar ligeramente en el diafragma. Si el sonido apenas se oye, soplar ligeramente en la campana.
- Poner el diafragma sobre la parte anterior del tórax. Pedir a un amigo que hable en un tono de conversación normal.
- Ponerse el estetoscopio y golpear ligeramente en el tubo. Es a menudo difícil evitar tirar o mover el tubo del estetoscopio.
- Cuidado del estetoscopio: quitar las olivas auriculares regularmente y limpiarlas; quitar el cerumen (cera del oído). Mantener la campana y el diafragma libres del polvo, pelusa y grasa de la piel. Mantener el tubo lejos de cualquier grasa de la piel. Evitar poner el estetoscopio alrededor del cuello tocando la piel. Limpiarlo pasando un paño por el estetoscopio entero (p. ej., diafragma, tubo) con alcohol o agua jabonosa. Asegurarse de secar todas las partes a fondo.
- Control de la infección: bacterias dañinas como los bacilos grampositivos, *Staphylococcus aureus* resistente a la meticilina (SARM), *Staphylococcus aureus*, *Enterobacter cloacae* y *S. aureus* no resistente a la meticilina pueden ser

transmitidos de paciente a paciente al usar equipamiento portátil como los estetoscopios. Limpiar el estetoscopio (diafragma/campana) antes de volver a utilizarlo con otro paciente. Usar un desinfectante como alcohol isopropílico (con o sin clorhexidina), cloruro de benzalconio o hipoclorito de sodio es efectivo para reducir el número de colonias bacterianas. La espuma para las manos responde bien a este propósito.

La enfermera debe describir cualquier sonido que se oiga usando las características siguientes:

- La frecuencia indica el número de ciclos de la onda acústica generados por segundo por un objeto que vibra.
- La intensidad hace referencia a la amplitud de una onda acústica. Los sonidos auscultados van de suaves a fuertes.
- La calidad hace referencia a sonidos de frecuencia e intensidad similares de diversas fuentes. Términos como soplo o gorgoteo describen tipos de sonido.
- La duración es la cantidad de tiempo que persisten las vibraciones. La duración del sonido es corta, media o larga.

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. 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, el estado emocional, los cambios recientes en el peso y el estado del desarrollo.

Hay que valorar el aspecto y la conducta mientras se prepara al paciente para la exploración. Para esta revisión se debe incluir lo siguiente

- Sexo y raza. El sexo de una persona afecta al modo de realizar la exploración y al orden de las valoraciones.

- Edad. La edad influye en las características físicas normales y la capacidad de una persona para participar en algunas partes de la exploración.
 - Signos de sufrimiento. A veces los signos o síntomas obvios indican dolor (hacer muecas, poner rígida la zona dolorosa), dificultad respiratoria (falta de aliento, contracciones esternales) o ansiedad.
 - Tipo corporal. Observar si el paciente parece estar en forma y es musculoso, obeso o excesivamente delgado. El tipo corporal refleja el nivel de salud, la edad y el estilo de vida.
 - Postura. La postura normal de pie muestra una postura erguida con la alineación paralela de las caderas y los hombros.
 - Marcha. Observar al paciente cuando entra en la habitación o está de pie al lado de la cama (si el paciente deambula).
 - Higiene y aseo personal. Observar el grado de limpieza del paciente examinando el aspecto del cabello, la piel y las uñas. Determinar si la ropa del paciente está limpia.
 - Vestido. La cultura, la forma de vida, el nivel socioeconómico y la preferencia personal afectan a la selección y el uso de la ropa.
- Las personas deprimidas con enfermedades mentales pueden no ser capaces de seleccionar la ropa apropiada, y un anciano puede tender a usar ropa adicional debido a la sensibilidad al frío. Olor corporal. Un olor corporal desagradable puede resultar del ejercicio físico, la mala higiene o ciertos estados de enfermedad.
- Afecto y estado de ánimo. El afecto son los sentimientos de una persona según cómo se muestran a los demás.

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.

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 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. Los lactantes y los niños son pesados y medidos en cada visita de atención sanitaria para valorar que el crecimiento y el desarrollo son saludables. Si los ancianos tienen un peso bajo, es posible que tengan dificultad con la alimentación y otras actividades funcionales.

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. El peso de un paciente varía normalmente a diario debido a la pérdida o la retención de líquidos. Sin embargo, una tendencia a la baja en un anciano frágil indica que hay una reducción seria en reservas nutricionales.

. 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.

Cuando un paciente es hospitalizado, el peso se mide a diario en el mismo momento del día, en la misma báscula, con aproximadamente la misma ropa.

Existen disponibles para su uso diferentes básculas. Los pacientes capaces de apoyar su propio peso usan una báscula de pie. La plataforma estándar de la

báscula se calibra moviendo las pesas grandes y pequeñas hacia el cero. Ajustando el mando de calibración, el travesaño de equilibrio se nivela y se estabiliza. El paciente se pone de pie sobre la plataforma de la báscula y permanece inmóvil mientras la enfermera ajusta la pesa más grande al intervalo de 20 kg por debajo del peso del paciente.

Las básculas electrónicas muestran automáticamente el peso en pocos segundos. Se calibran automáticamente cada vez que se utilizan.

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.

Se debe mantener la habitación caliente para evitar enfriamientos. Hay que colocar un paño o un papel ligero en la superficie de la báscula infantil para prevenir la infección cruzada de orina o heces. 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 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.

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.

Pautas para medir las constantes vitales

Las constantes vitales son una parte de la base de datos de la valoración. La enfermera las incluye en una valoración física completa o las obtiene individualmente para valorar el estado de un paciente.

Las necesidades del paciente y su estado determinan cuándo, dónde, cómo y por quién son medidas las constantes vitales. La enfermera debe medirlas correctamente y a veces delega apropiadamente su medición.

Tiene que utilizar las siguientes pautas para incorporar las mediciones de las constantes vitales en la práctica enfermera:

- La enfermera que atiende a un paciente es responsable de la medición de las constantes vitales. Aunque algunas veces delega la medición de las constantes vitales (es decir, en pacientes estables), como enfermera debe analizarlas para interpretar su significado y tomar decisiones sobre las intervenciones.
- Hay que asegurarse de que el equipamiento es funcional y apropiado para el tamaño y edad del paciente.
- La enfermera debe seleccionar el equipamiento basándose en el estado y características del paciente.
- Debe conocer los intervalos normales de las constantes vitales de un paciente. Estos valores pueden diferir del nivel aceptable para esa edad o estado físico. De esta manera, puede detectar un cambio en el estado del paciente con el tiempo.
- La enfermera tiene que determinar la historia clínica del paciente, las terapias y las medicaciones prescritas.
- Tiene que controlar o minimizar los factores ambientales que afectan a las constantes vitales.
- La enfermera debe utilizar un método organizado y sistemático cuando toma las constantes vitales.
- Basándose en el estado del paciente, la enfermera debe colaborar con otros profesionales sanitarios para decidir la.

Debe utilizar las mediciones de las constantes vitales para determinar las indicaciones para la administración de la medicación

La enfermera debe conocer los rangos aceptables para sus pacientes antes de administrar la medicación.

- Debe analizar los resultados de la medición de las constantes vitales.
- Se deben comunicar los cambios significativos de las constantes vitales al médico del paciente o a la enfermera encargada.
- La enfermera debe enseñar al paciente o al cuidador familiar la valoración de las constantes vitales y la importancia de los hallazgos.

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.

Calor producido - Pérdida de calor = 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.

A medida que el metabolismo aumenta, se produce calor adicional. Cuando el metabolismo disminuye, se produce menos calor.

- El metabolismo basal es responsable del calor producido por el cuerpo en reposo absoluto.

Pérdida de calor.

La pérdida de calor y la producción de calor ocurren simultáneamente. Cuando la piel caliente toca un objeto más frío, se pierde calor. La convección es la transferencia de calor hacia fuera por el movimiento del aire. La evaporación es la transferencia de la energía de calor cuando un líquido se convierte en gas.

Pulso

El pulso son los saltos palpables del flujo sanguíneo observados i En varios puntos del cuerpo. La sangre fluye a través del cuerpo en un circuito continuo.

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. Cuando el estado de un paciente empeora de repente, se recomienda la zona de la carótida para encontrar rápidamente el pulso. 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.

Las localizaciones radial y apical son las zonas más comunes para la valoración de la frecuencia del pulso.

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). La enfermera valora la ventilación determinando la frecuencia, la profundidad y el ritmo.

La valoración precisa de la respiración depende del reconocimiento de los movimientos torácicos y abdominales. La contracción de los músculos intercostales entre las costillas o contracción de los músculos en el cuello y hombros (los músculos accesorios de la respiración) no es visible. Durante una respiración tranquila normal el movimiento del diafragma hace que la cavidad abdominal se eleve y descienda lentamente.

Valoración de la ventilación

La respiración es la constante vital más fácil de valorar, pero a menudo se mide de forma desordenada. Una medición correcta requiere observación y palpación del movimiento de la pared torácica.

Un cambio brusco en el carácter de la respiración es importante. Debido a que la respiración está ligada al funcionamiento de numerosos sistemas corporales, hay que tener en cuenta todas las variables cuando se producen cambios. La enfermera no debe dejar que el paciente sepa que está valorando la respiración.

La función respiratoria y cardiovascular y la influencia de las terapias sobre la respiración. Las mediciones objetivas del estado respiratorio incluyen la frecuencia y profundidad de la respiración y el ritmo de los movimientos ventilatorios.

Alteraciones del patrón respiratorio

- Bradipnea: la frecuencia es regular pero anormalmente lenta.
- Taquipnea: la frecuencia respiratoria es regular pero anormalmente rápida.
- Hiperpnea: la respiración es fatigosa, aumento de la profundidad y frecuencia.
- Apnea: la respiración cesa durante varios segundos. El cese persiste da lugar a una parada respiratoria.
- Hiperventilación: la frecuencia y la profundidad respiratoria aumentan.
- Hipoventilación: la frecuencia respiratoria anormalmente baja y profunda de ventilación esta deprimida.
- Respiración de Cheyne-Stokes: la frecuencia y la profundidad respiratoria son irregulares, caracterizadas por periodos alternativos de apnea y de hiperventilación.
- Respiración de Kussmaul: la respiración es anormalmente profunda, regular y con frecuencia aumentada.
- Respiración de Biot: la respiración es anormalmente poco profunda en dos o tres respiraciones seguida de un periodo irregular de apnea.

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. El monitor de apnea es un dispositivo que ayuda a la valoración de la frecuencia respiratoria.

La ausencia de movimiento de la pared torácica desencadena la alarma de apnea. El monitor de apnea es utilizado frecuentemente con los lactantes en el hospital y en el domicilio para observar a pacientes en riesgo de eventos prolongados de apnea.

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 ventilatorio es difícil de ver.

Ritmo de la ventilación.

La enfermera determina el patrón respiratorio observando el tórax o el abdomen. La respiración diafragmática 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. Los lactantes tienden a respirar menos regularmente. El niño pequeño a menudo respira lentamente durante unos pocos segundos y luego, de repente,

respira más rápidamente. Mientras se valora la respiración, hay que estimar el intervalo de tiempo después de cada ciclo respiratorio.

Factores que afectan a la determinación de la saturación de oxígeno del pulso (spO2)

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 SpO2 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.
- 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 SpO2, 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.

El plan de cuidados de enfermería incluye intervenciones basadas en los diagnósticos de enfermería identificados y los factores relacionados.

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 indicador de la salud cardiovascular. La contracción cardíaca fuerza a la sangre a alta presión a entrar en la aorta. El punto de máxima presión cuando se produce la eyección es la presión sistólica. Cuando los ventrículos se relajan, la sangre que queda en las arterias ejerce una mínima presión o presión diastólica.

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. El gasto cardíaco aumenta como resultado de un aumento de la FC, una mayor contractilidad del músculo cardíaco o un aumento del volumen sanguíneo.

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. Las arterias y arteriolas están rodeadas de músculo liso que se contrae o relaja para cambiar el tamaño de su luz. El tamaño de las arterias y arteriolas cambia para ajustar el flujo sanguíneo a las necesidades de los tejidos locales. Normalmente las arterias y arteriolas permanecen parcialmente contraídas para mantener un flujo sanguíneo constante. La resistencia vascular periférica es la resistencia al flujo sanguíneo determinada por el tono de la musculatura vascular y el diámetro de los vasos sanguíneos. Cuanto más pequeña es la luz de un vaso, mayor es la resistencia vascular periférica al flujo sanguíneo.

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. Sin embargo, un aumento del volumen ejerce más presión sobre las paredes arteriales.

Viscosidad.

La densidad o viscosidad de la sangre afecta a la facilidad con que la sangre fluye a través de los vasos pequeños. El hematocrito, o porcentaje de eritrocitos en la sangre, determina la viscosidad de la sangre. Cuando el hematocrito se eleva y el flujo sanguíneo se hace más lento, la PA aumenta.

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. Sin embargo, en ciertas enfermedades, como la arteriosclerosis, las paredes del vaso pierden su elasticidad y son reemplazadas por un tejido fibroso que no puede estirarse bien. La reducción de la elasticidad provoca una resistencia mayor al flujo sanguíneo. Como resultado, cuando el ventrículo izquierdo eyecta su volumen sistólico, los vasos ya no ceden a la 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. Comprender esos factores asegura una interpretación más precisa de las lecturas de la PA.

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. La PA normal para un niño de 7 años es de (87-117) / (48-64) mmHg. La PA de un adulto tiende a elevarse con el avance de la edad. La PA óptima para un adulto sano de mediana edad es de menos de 120/80 mmHg. Los valores (120-139) / (80-89) mmHg están considerados prehipertensión (NHBPEP, 2003) (tabla 29-8). Los ancianos a menudo tienen una subida de la presión sistólica relacionada con la disminución de la elasticidad de los vasos; sin embargo, la PA mayor de 140/90 se define como hipertensión y en un anciano aumenta el riesgo de enfermedad relacionada con la hipertensión.

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.

Etnicidad.

La incidencia de la hipertensión (PA alta) es mayor en los afroamericanos que en los europeo americanos. 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. Los factores genéticos y ambientales contribuyen a menudo a esos factores.

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. Después de la menopausia las mujeres tienden a tener niveles de PA más altos que los varones de edad similar.

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. El punto más alto durante el día es entre las 10:00 a.m. y las 6:00 p.m.

Medicación.

Algunos medicamentos afectan directa o indirectamente a la PA. Antes de la valoración de la PA la enfermera debe preguntar si el paciente está tomando antihipertensivos u otros medicamentos cardíacos, que hacen bajar la PA. Otra clase de medicamentos que afectan a la PA son los analgésicos opioides, que pueden bajarla. Los vasoconstrictores y el exceso de volumen de líquidos i.v. la aumentan.

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. El ejercicio inadecuado contribuye frecuentemente a ganar peso, y la obesidad es un factor en el desarrollo de la hipertensión.

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.

La posición del paciente durante la determinación habitual de la PA debe ser la misma durante cada medición para permitir una comparación significativa de valores. Antes de obtener la PA del paciente, se debe intentar controlar los factores responsables de lecturas artificialmente altas, como dolor, ansiedad o esfuerzo. La percepción del paciente de que el entorno físico o interpersonal es estresante afecta a la medición de la PA.

Durante la valoración inicial la enfermera obtiene y registra la PA en ambos brazos. Normalmente hay una diferencia de 5 a 10 mmHg entre los brazos. Las diferencias

de presión mayores de 10 mmHg indican problemas vasculares y se han de notificar al médico o a la enfermera encargada los ruidos son claros y distintivos.

La American Heart Association recomienda registrar dos números para la medición de la PA: el punto sobre el manómetro cuando se oye el primer ruido para la sistólica y el punto sobre el manómetro cuando se oye el quinto ruido para la diastólica.

La valoración de la PA da lugar a muchas decisiones clínicas e intervenciones de enfermería. Obtener una medición correcta es esencial.

Valoración en niños.

Todos los niños desde los 3 años a la adolescencia necesitan que se les compruebe la PA al menos anualmente. La PA en los niños cambia con el crecimiento y el desarrollo. La enfermera ayuda a los padres a entender la importancia de esta exploración habitual para detectar a los niños que tienen riesgo de hipertensión. Los diferentes tamaños de brazo requieren una selección cuidadosa y apropiada del tamaño del manguito. No hay que escoger un manguito basándose en el nombre del manguito. Un manguito de «lactante» es a menudo demasiado pequeño para algunos lactantes.

- Es difícil obtener las lecturas en lactantes y niños intranquilos y nerviosos. Hay que dejar al menos 15 minutos para que los niños se recuperen de las actividades recientes y sean menos temerosos.
- Colocar el estetoscopio demasiado apretado en la fosa antecubital produce errores de auscultación.
- Los ruidos de Korotkoff son difíciles de escuchar en los niños debido a la frecuencia y amplitud bajas. A veces es útil una campana de estetoscopio pediátrica.

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.

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. Una grave pérdida de sangre y una disminución de la contractilidad cardíaca son ejemplos de problemas que ocasionan PA demasiado bajas para auscultar con precisión. En estos casos la enfermera puede valorar la PA sistólica por palpación. La enfermera puede utilizar la técnica de palpación junto con la de auscultación. En algunos pacientes con hipertensión, los sonidos de la arteria braquial que se escuchan normalmente cuando la presión del manguito es alta desaparecen a medida que la presión se reduce y luego aparecen a un nivel más bajo. El vacío en el sonido cubre una escala de 40 mmHg y causa, así, una subestimación de la presión sistólica o una sobreestimación de la presión diastólica. El examinador debe estar seguro de inflar el manguito lo suficientemente para escuchar la presión sistólica verdadera antes del vacío o gap auscultatorio. La palpación de la arteria radial ayuda a determinar cuánto inflar el manguito.

Hay que registrar las oscilaciones de presiones en las que se produce el vacío o gap auscultatorio (p. ej., PA BD 180/94 mmHg con vacío o gap auscultatorio de 180 a 160 mmHg, sentado).

RECOGIDAS DE MUESTRAS BIOLÓGICAS

A 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. 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.

TOMA DE MUESTRAS; FASCIOLA HEPATICA; EPIDEMIOLOGIA DESCRIPTIVA; ESTUDIOS TRANSVERSALES; COSTOS DE LA ATENCION EN SALUD.

Los tiempos en que la enfermería, a partir de modelos paradigmáticos, se dedicaba a cumplir rutinas más o menos precisas, han cedido el paso al ejercicio de la profesión de forma más profunda.

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, al ser responsable de la toma de muestras, también ha de conocer las características y requisitos de cada prueba, de modo que se garantice que estas lleguen oportunamente y con calidad al laboratorio. Cualquier fallo en el proceso, implica riesgos para el paciente y pueden generar dificultades impredecibles, que por su diversidad son difíciles de abordar (e incluso no están limitados a los factores que se mencionaron).

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.

PREPARACIÓN DE PACIENTES PARA ESTUDIOS RADIOLOGICOS.

El personal de enfermería Debe tener capacidad para reconocer e interpretar signos normales o cambiantes de salud/mala salud, sufrimiento, incapacidad de la persona. En pacientes de alto riesgo 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 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.

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 intraarterial 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.
- Preparación del sitio de punción: realizar técnica aséptica.
- Desecho de material: La eliminación de la jeringa y aguja debe ser tirada en el lugar correspondiente.

INDICACIONES GENERALES TOMA MUESTRAS EXAMENES 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 causal.

CONCLUSIÓN

En cuanto a lo abordado anteriormente, nos vamos dando cuenta que se requieren muchos puntos que cumplir para ser una excelente enfermera. Teniendo muy en claro y presente (PAE). Siendo diferentes etapas de estudio, pero teniendo el mismo objetivo, de solucionar las necesidades del paciente, la familia y la comunidad. Siendo muy importante la practica para aprender a resolver diferentes fases futuras. Teniendo un pensamiento crítico es una parte esencial para una buna valoración, tomando las decisiones sobre el estado que se encuentra el paciente. También es bueno ampliar el conocimiento de las ciencias físicas, biológicas y sociales para una mejor valoración física. Se pueden seguir diferentes ordenes al realizar una valoración ya sea de la cabeza a los pies o de sistema y aparato. Hay que tomar en cuenta que un diagnóstico de enfermera no es un sinónimo de un diagnóstico médico. Al concluir con la valoración y diagnóstico de enfermería se realiza la siguiente fase que es una planeación de cuidados al paciente o tratamiento. Su ejecución de estos cuidados se lleva a cabo la siente etapa a completar. La evaluación es ver los resultados de una planificación si se llevaron a cabo. Semiologías se aplica en los estudios de signos y síntomas, para la realización de la entrevista clínica, la exploración física son los unos de los primeros estando en una posición de única para determinar el estado actual del paciente. Los signos vitales reflejan funciones esenciales del cuerpo, como el ritmo cardíaco, la frecuencia respiratoria, la temperatura y la presión arterial. Se observa, medir y vigilar los signos vitales para evaluar el nivel de funcionamiento físico. Los signos vitales normales cambian con la edad, el sexo, el peso, la capacidad para ejercitarse y la salud general. Finalizando con esta conclusión la recolección de muestras biológicas debemos tener encuneta, que importante tener la práctica, tener el conocimiento de la prueba que se realiza, tener un trato cordial, respetuoso en pocas palabras un trato amable al paciente y la familia para brindar confianza y seguridad disminuyendo el miedo o ansiedad, cumplimiento del material necesario y cumplir con las normas de higiene.