



Mi Universidad

Ensayo

Nombre del Alumno: Omar David Franco Navarro

Nombre del tema: Resumen digital de la primera unidad

Parcial: I

Nombre de la Materia: Fundamentos de enfermería I

Nombre del profesor: María del Carmen López Silba

Nombre de la Licenciatura: Licenciatura en enfermería

Cuatrimestre: I

PROCESO DE ENFERMERÍA

El proceso atención de enfermería (PAE), es la aplicación del método científico en la práctica asistencial de enfermería. Nos permite prestar cuidados de forma racional, lógica y sistemática.

El PAE tiene sus orígenes cuando fue considerado como un proceso en 1955. Consistía en un proceso de tres etapas: valoración, planeación y ejecución. Posteriormente se establecieron 4 etapas, valoración, planificación, realización y evaluación. La etapa diagnóstica fue incluida quedando desde entonces el PAE como actualmente se conoce : valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación.

El objetivo principal del PAE, se centra en construir una estructura que pueda cubrir, de forma individualizada, las necesidades del paciente, familia y comunidad. Dicho proceso se caracteriza por tener una finalidad, ser sistemático, dinámico, flexible y tener una base teórica.

PRIMERA ETAPA – VALORACIÓN DE ENFERMERÍA

La valoración es la recogida intencionada y sistemática de información sobre un paciente para determinar su estado de salud y funcional actual y pasado. La valoración incluye dos etapas: 1. Recogida de la información de una fuente primaria (paciente) y fuentes secundarias (miembros de la familia, profesionales sanitarios e historia clínica).

La interpretación y validación de los datos para garantizar una completa base de datos sobre las necesidades, los problemas de salud y las respuestas a estos problemas, percibidos por los pacientes. Mientras se recogen datos sobre un paciente, se sintetiza el conocimiento pertinente, se recuerdan experiencias clínicas anteriores, se aplican estándares y actitudes de pensamiento crítico y se utilizan estándares.

La recogida de datos procede de: El paciente, a través de la entrevista, las observaciones y la exploración física. Los informes de miembros de familia y allegados y las respuestas a las entrevistas.

Las enfermeras y enfermeros deben poseer los siguientes requisitos para realizar una adecuada valoración: convicciones (actitud, motivaciones y pensamientos), conocimientos profesionales, habilidades, comunicación eficaz, diferenciar entre signos e inferencias para de esa forma brindar cuidados adecuados.

En la valoración, la sistemática a seguir puede basarse en distintos criterios, “cabeza a pies”, “sistemas y aparatos, “patrones funcionales de salud”. Esta etapa cuenta con una valoración inicial, donde se debe buscar: datos sobre los problemas de salud y los factores contribuyentes en los

problemas. En las valoraciones posteriores, debemos tener en cuenta: confirmar los problemas de salud anteriormente detectados, análisis y comparación del progreso o retroceso del paciente, determinación de continuidad del plan de cuidados y obtención de nuevos datos que nos informen del estado de salud del paciente.

En la recogida de datos necesitamos: conocimientos científicos, habilidades técnicas e interprofesionales, convicciones, capacidad creadora, sentido común y flexibilidad.

Los tipos de datos a recoger son: subjetivos (no se pueden medir y son propios del paciente). Objetivos (se pueden medir por cualquier escala o instrumento). Datos históricos o antecedentes y datos actuales. los métodos para obtener datos son a través de la entrevista, la cual puede ser formal o informal.

La entrevista formal consiste en la comunicación con un propósito específico y el aspecto informal de la entrevista es la comunicación enfermera-paciente durante los cuidados.

La entrevista es un proceso que tiene cuatro finalidades: éstas son: obtener información específica y necesaria para el diagnóstico y planificación de los cuidados, facilitar la información enfermera/paciente, permitir al paciente informarse y participar en la identificación de sus problemas y ayudar a la enfermera a determinar que otras áreas necesitan un análisis específico.

La entrevista consta de tres partes:

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.

Cuerpo: La finalidad de la conversación se centra en la obtención de información necesaria, comienza a partir del motivo de la consulta y se amplía a otras áreas. Para ello existen formatos estructurados y semiestructurados para la recogida lógica y sistemática de información.

Cierre: Es la fase final de la entrevista. No se deben introducir temas nuevos. Constituye la base para establecer las primeras pautas de planificación.

En la entrevista pueden presentarse tres tipos de interferencias:

Interferencia cognitiva: El problema del paciente no es percibido o comprendido por el entrevistador.

Interferencia emocional: Consiste en una reacción emocional adversa del entrevistador o del paciente. Datos emocionales externos por parte del paciente y agresividad o excesiva valoración de si mismos e incluso responsabilización de las obligaciones.

Interferencia social: 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 con:

Interrogatorio que permite obtener información y aclarar respuestas

Reflexión o reformulación, repetir, confirmar y profundizar la información

Las frases adicionales, estimulan la continuidad del proceso verbal en la entrevista.

Las técnicas no verbales: Facilitan o aumentan la comunicación mientras se desarrolla la entrevista, estos componentes no verbales son capaces de transmitir mensajes con mayor efectividad incluso que las palabras habladas, las más usuales son: expresiones faciales, posición corporal, gestos, contacto físico, forma de hablar

Las cualidades que debe tener un entrevistador son:

Empatía: capacidad de comprender o percibir lo que experimenta nuestro interlocutor.

Calidez: Proximidad afectiva entre el paciente y el entrevistador

Respeto: Capacidad del entrevistador para transmitir al paciente que su problema le atañe, implica el aprecio de la dignidad y valor al paciente y el reconocimiento como persona.

Concreción: capacidad del entrevistador de delimitar los objetivos mutuos.

La observación: es el segundo método básico de valoración, implica la utilización de los sentidos para la obtención de datos tanto del paciente, como de cualquier otra fuente significativa y del entorno. La observación es una habilidad que precisa práctica y disciplina. Los hallazgos deben ser posteriormente confirmados o descartados.

La exploración física: es la actividad final de la recolección de datos, debe explicar al paciente en que consiste el examen y pedir permiso para aplicarlo.

La exploración física 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, confirmar los datos subjetivos y valorar la eficacia de las actuaciones.

La enfermera utiliza 4 técnicas específicas:

Inspección: es el examen visual, cuidadoso y global del paciente para determinar estados o respuestas. Se centra en características físicas o comportamientos anormales.

Palpación: consiste en la utilización del tacto para determinar ciertas características de la estructura corporal por debajo de la piel. Esta técnica se utiliza para la palpación de órganos en el abdomen. La expresión facial y los movimientos corporales son datos que nos ayudaran en la valoración.

Percusión: implica dar golpes con uno o varios dedos sobre la superficie corporal, con el fin de obtener sonidos. Los sonidos que podemos diferenciar son: sordos (cuando se percuten músculos o huesos), mates (aparecen sobre el hígado y el bazo), hipersonoros (cuando percutimos sobre el pulmón lleno de aire) y timpánicos (al percutir el estomago lleno de aire o un carrillo de la cara).

Auscultación: consiste en escuchar los sonidos producidos por los órganos del cuerpo. Se utiliza un estetoscopio, pero también se pueden escuchar ciertos ruidos aplicando la oreja sobre la zona a explorar.

El examen físico, se puede abordar de distintas formas:

De cabeza a los pies, por sistemas corporales u órganos y por patrones funcionales.

SEGUNDA ETAPA – DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

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.

Un diagnóstico de enfermería no es sinónimo de uno médico.

Las funciones de enfermería tienen tres dimensiones, según el nivel de decisión que corresponde a la enfermera, surgirán problemas o necesidades en la persona que competirán a un campo u otro de actuación:

La dimensión dependiente de la práctica de la enfermera incluye aquellos problemas que son responsabilidad directa del médico que es quien designa las intervenciones. La responsabilidad de la enfermera es administrar el tratamiento médico prescrito.

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.

La dimensión independiente de la enfermera es toda acción que es conocida legalmente como responsabilidad de enfermería y que no requiere supervisión o revisión de otros profesionales.

Los pasos de esta fase son:

Identificación de problemas: análisis de los datos significativos, es un planteamiento de alternativas como hipótesis. Síntesis, es la confirmación o eliminación de las alternativas.

Formulación de problemas: Diagnóstico de enfermería y problemas interdependientes.

Hay que considerar los beneficios específicos de una taxonomía diagnóstica. La Asociación Española de Enfermería Docente, elaboró un documento en el que especificaba estos beneficios:

Investigación: Es necesario que los problemas de Salud que los profesionales de enfermería estamos capacitados a tratar estén bien definidos y universalizados. Los diagnósticos enfermeros pueden contribuir a la consolidación de la disciplina de Enfermería mediante las líneas de investigación dirigidas a:

Una compatibilidad de la taxonomía con cada uno de los modelos conceptuales, validar en distintos ámbitos culturales las características definitorias y los factores relacionados y comparar la eficacia de las diversas intervenciones propuestas ante un mismo diagnóstico. Realizar el análisis epidemiológico de los diagnósticos de una población determinada e identificar nuevas áreas de competencia.

Docencia: la inclusión de los Diagnósticos de Enfermería en el curriculum básico debe iniciarse y continuarse a lo largo de todo el curriculum permitiendo:

Organizar de manera lógica, coherente y ordenada los conocimientos de Enfermería que deberán poseer los alumnos.

Disponer de un lenguaje compartido con otros profesionales, enfermeros docentes y alumnos.

Asistencial: el uso de diagnósticos en la práctica asistencial permite :

Identificar las respuestas de las personas ante situaciones distintas, centrar los cuidados en las respuestas humanas identificadas. Aumentar la efectividad de los cuidados, delimitar la responsabilidad profesional, unificar criterios de actuación y mejorar y facilitar la comunicación interpersonal.

Gestión: algunas de las ventajas que comportan la utilización de Diagnósticos de Enfermería son:

Ayudar a determinar los medios requeridos en cada unidad al facilitar la organización y sistematización de las actividades., mejorando la optimización de los recursos humanos y materiales, posibilitar la determinación de los costes de los cuidados al usuario, facilitar el establecimiento de criterios de la evaluación de la calidad de los servicios brindados.

Los componentes de las categorías diagnósticas aceptadas por la NANDA, cada categoría tiene 4 componentes:

Etiqueta descriptiva o título: descripción concisa del problema

Definición: expresa un significado claro de la categoría y la diferencia de las demás

Características definatorias: definen el diagnóstico real a partir de los signos y síntomas presentes en el 80-100% de los casos.

Factores etiológicos y contribuyentes o factores de riesgo: se organizan entorno a los factores fisiopatológicos, relacionados con el tratamiento, la situación y la maduración. Por ejemplo:

F. Fisiopatológicos (biológico y psicológico)

F. de Tratamiento: (terapias, pruebas diagnósticas, medicación, diálisis).

F. de Maduración: paternidad, maternidad, adolescencia, etc.

Tipos de diagnósticos:

Pueden ser de cuatro tipos, que son: reales, de alto riesgo, de bienestar o posibles.

Diagnóstico real: representa un estado que ha sido clínicamente validado mediante características definitorias. Tiene cuatro componentes: enunciado, definiciones, características que lo definen y factores relacionados. Consta de tres partes, formato PES: problema (P) + etiología, factores causales o contribuyentes (E) + signos/síntomas(S).

Diagnostico de alto riesgo: es un juicio clínico de que un individuo, familia o comunidad son más vulnerables a desarrollar el problema que otros. Consta de dos componentes, formato PE: problema(P) + etiología/factores contribuyentes (E).

Diagnóstico posible: son enunciados que describen un problema sospechado para el que se necesitan datos adicionales. La enfermera debe confirmar o excluir. Se compone con el formato: problema (P) + etiología/ factores contribuyentes(E).

Diagnóstico de bienestar: juicio clínico respecto a una persona, grupo o comunidad en transición desde un nivel específico de bienestar hacia un nivel mas elevado. Deben estar presentas dos deseos: deseo de un mayor nivel de bienestar y estado o función actual eficaces.

TERCERA ETAPA/ PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS

Una vez hemos concluido la valoración e identificado las complicaciones potenciales y los diagnósticos enfermeros, se procede a la fase de planeación. En esta fase se trata de establecer y llevar a cabo unos cuidados de enfermería que conduzcan al cliente a prevenir, reducir o eliminar los problemas detectados. Incluye cuatro etapas, Carpenito (1987).

Etapas en el plan de cuidados:

Establecer prioridades en los cuidados: Se trata de ordenar jerárquicamente los problemas detectados.

Planteamiento de los objetivos del cliente con los resultados esperados. 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. Es importante de que los objetivos se decidan se planteen de acuerdo con la familia y/o la comunidad de forma que se sientan implicadas ambas partes.

Elaboración de las actuaciones de enfermería: esto es determinar los objetivos de enfermería. Determinación de las actividades, corresponden a las tareas concretas que la enfermera y/o familia realizan para hacer realidad los objetivos. Las actividades propuestas se registran en el impreso correspondiente y deben especificar: que hay que hacer, cuándo hay que hacerlo, como hay que hacerlo donde hay que hacerlo y quién ha de hacerlo.

Para un diagnóstico de enfermería real, las actuaciones van dirigidas a reducir o eliminar los factores concurrentes o el diagnóstico, promover un 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.

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

EJECUCIÓN

Cuarta etapa del plan de cuidados es en esta etapa cuando realmente se pone en práctica el plan de cuidados elaborado. Implica las siguientes actividades enfermeras:

Continuar con la recogida y valoración de datos, realizar las actividades de enfermería, anotar los cuidados de enfermería, dar informes verbales de enfermería y mantener el plan de cuidados actualizado. La continuidad de la recogida y valoración de datos nos permite 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 nuevo problema.

EVALUACIÓN

Se define como la comparación planificada y sistematizada entre el estado de salud del paciente y los resultados esperados. Los dos criterios más importantes que valora la enfermería, en este sentido, son la eficacia y la efectividad de las actuaciones.

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.

Las áreas sobre las que se evalúan los resultados esperados según Iyer son los siguientes:

Aspecto general y funcionamiento del cuerpo: observación directa, examen físico, examen de la historia clínica.

Señales y síntomas específicos: observación directa, entrevista con el paciente y examen de la historia.

Conocimiento: entrevista con el paciente, cuestionarios.

Capacidad psicomotora (habilidades): observación directa durante la realización de la actividad.

Estado emocional: observación directa, mediante lenguaje corporal y expresión verbal de emociones. Información dada por el resto del personal.

Situación espiritual: entrevista con el paciente e información dada por el resto del personal.

Las tres posibles conclusiones (resultados esperados) a los que podemos llegar son:

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.

Una característica a tener en cuenta es que la evaluación es continua, así podemos detectar como va evolucionando el

cliente y realizar ajustes o introducir modificaciones para que la atención resulte más efectiva.

BASES SEMIOLÓGICAS DE LA VALORACIÓN DEL PACIENTE

Semiología aplicada a la enfermería es el estudio de signos y síntomas de una enfermedad.

La Semiotecnia es la técnica para obtener signos (a través de los sentidos)

El objetivo del interrogatorio, el examen físico y los estudios complementarios son llegar al diagnóstico enfermero.

Un problema es todo aquello que requiere atención por parte de la enfermera. Una queja, observación o circunstancia percibida que afecta la capacidad funcional del individuo.

Un síntoma es lo manifestado por el paciente. Es un dato subjetivo.

Un signo es lo que se puede medir. Es un dato objetivo.

Un síndrome es el conjunto de signos y síntomas relacionados entre sí que tienen una patología común y que obedecen a distintas etiologías.

La historia clínica es el registro completo de la información obtenida a través del interrogatorio, el examen físico y de los estudios complementarios. Cumple con una función asistencial, de investigación, es una parte lega y de auditoría.

La historia clínica debe cumplir con ciertas características: debe ser cierta, coherente y entendible, debe seguir un orden sin excluir los datos negativos, a través de ella obtenemos

información para iniciar el razonamiento enfermero dirigido a los problemas que plantea el usuario.

La historia clínica debe tener: datos básicos, lista de problemas y notas de evolución.

Los datos básicos: examen interrogatorio y examen físico complementario.

Interrogatorio: es el primer paso de la historia clínica. Hay que dejar que el paciente exponga su problema. 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 Nombre
 - 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 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 motivó a llegar a la consulta; en forma ordenada cronológica y gramaticalmente se irán escribiendo los signos y síntomas.

Localización [Donde]

Irradiación [Hacia dónde va]

Carácter o calidad [Intensidad o severidad]

Factores que lo agravan [Con que disminuye]

Carácter temporal [Continuidad]

Síntomas asociados [Otros síntomas presentes]

Tiempo de evolución [Desde cuando]

4. Hábitos

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.

6.1 Alergias

6.2 HTA

6.3 Diabetes

6.4 Cardiopatías

6.5 Otros

ENTREVISTA CLÍNICA

En enfermería se utilizan entrevistas centradas en el paciente, la historia clínica de enfermería, la exploración física y los resultados.

La interpretación y 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 mas los hallazgos recogiendo datos objetivos.

Una entrevista acertada requiere preparación, incluyendo la revisión de toda la información disponible sobre el paciente, 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 información sobre los problemas del paciente y establecer un programa
3. Recoger la valoración o una historia clínica de enfermería
4. Finalizar la entrevista

EXPLORACIÓN FÍSICA

La valoración de la salud y la exploración física son los primeros pasos hacia la prestación de cuidados de enfermería seguros y competentes.

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 resultados del paciente deseados y las intervenciones de enfermería.

Los cuidados sanitarios mejoran cuando la enfermera evalúa al paciente haciendo valoraciones continuas objetivas y completas.

Una exploración física tiene como objetivo ser 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.

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

- Apoyar o refutar los datos subjetivos obtenidos en la historia de enfermería.
- Identificar y confirmar los diagnósticos.
- Tomar decisiones clínicas sobre el estado de salud del paciente y su manejo.
- Evaluar los resultados de los cuidados

Una exploración respetuosa y considerada requiere intimidad. Los espacios de exploración deben estar bien equipados para cualquier procedimiento. Es necesario iluminar correctamente las partes del cuerpo. Se debe proteger la intimidad, eliminar

el ruido adicional y tomar medidas para prevenir interrupciones.

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, portaobdesechables

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

Las camillas especiales de exploración hacen más fácil la colocación y mas accesibles las partes del cuerpo. Ayudando a los pacientes a subir y a bajar de la camilla de exploración, se ´ pueden prevenir lesiones y evitar las caídas.

Equipamiento

La enfermera debe realizar higiene de manos a fondo antes de manipular el equipamiento y empezar una exploración. Debe disponer del equipamiento necesario de modo que este 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. Se debe preguntar de manera rutinaria si está cómodo.

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

Preparación psicológica de un paciente

Muchos pacientes encuentran una exploración estresante o agotadora, o tienen ansiedad por los posibles resultados. Una explicación del objetivo y de los pasos de cada valoración permite al paciente saber que esperar y como cooperar. La enfermera debe adoptar las explicaciones al nivel de comprensión del paciente y animarlo a hacer preguntas y comentarios respecto a cualquier malestar. Se debe transmitir un enfoque abierto y profesional sin dejar de estar relajada.

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

Cuando la enfermera mantiene la calma es mas probable que el paciente se relaje.

Las exploraciones pediátricas habituales se centran en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad. Esta exploración se centra en el desarrollo, examen sensorial, exploración dental y valoración de conducta.

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

- Recopilar la mayor información posible que podamos obtener de los padres o los tutores.
- Realizar la exploración en una zona neutra, dar tiempo para jugar para facilitar confianza.
- Ofrecer apoyo a los padres durante la exploración no adoptar posturas criticas
- Dirigirse 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 mas los problemas. Esto permite la observación de la interacción padre-hijo.
- Tratar a los adolescentes como adultos
- Recordar que los adolescentes tienen derecho a la confidencialidad. Después de hablar con los padres sobre los antecedentes, hablar a solas con los adolescentes.

La exploración de un anciano incluye los siguientes principios:

- No aceptar estereotipos sobre el nivel cognitivo de los pacientes ancianos.
- Tener presente que algunos ancianos tienen limitaciones sensoriales o físicas que afectan la rapidez con la que

pueden ser entrevistados y a cómo pueden realizarse las exploraciones.

- Realizar la exploración con el espacio adecuad. Tener paciencia, permitir pausas y observar los detalles.
- Conocer la localización del aseo mas cercano por si se da el caso de que el paciente tenga una necesidad urgente de evacuar.

Organización de la exploración

La enfermera llevará acabo una exploración física mediante la valoración de cada sistema corporal. Los pacientes con síntomas o necesidades focalizadas requieren solamente unas partes de la exploración.

Cualquier exploración física debe seguir una rutina sistemática para evitar pasar por alto hallazgos importantes. Un abordaje de cabeza a pies incluye todos los sistemas corporales, y el examinador recuerda y realiza cada paso en un orden predeterminado.

Los siguientes consejos ayudan a tener una exploración bien organizada:

- Comparar ambos lados del cuerpo para ver simetría.
- Si el paciente esta gravemente enfermo, primero evaluar los sistemas corporales que presentan mas riesgo de estar alterados.
- Ofrecer periodos de descanso entre valoraciones
- Realizar los procedimientos dolorosos cerca del final de una exploración
- Registrar las valoraciones con términos específicos

- Utilizar los términos clínicos y las abreviaturas comunes y aceptadas para mantener notas precisas, breves y concisas
- Registrar notas rápidas durante la exploración y

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. Debe ser consciente de cualquier déficit visual, auditivo u olfativo.

Se deben seguir estas pautas para lograr mejores resultados:

- Cerciorarse de que está disponible la iluminación adecuada
- Utilizar una fuente de luz directa para inspeccionar cavidades.
- Inspeccionar cada zona para valorar tamaño, forma, color, simetría, posición y alteraciones.
- Colocar de modo que todas las superficies puedan ser vistas pero se pueda mantener la intimidad
- Comparar simetría de lado a lado del cuerpo.
- Validar resultados con el paciente

Palpación

Implica utilizar el sentido el tacto para recabar información. Mediante el tacto la enfermera realiza juicios sobre los

hallazgos esperados e inesperados en la piel o los tejidos, 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 valorar posición, la textura, el tamaño, la consistencia, las masas, el líquido y la crepitación. Hay que valorar la temperatura del cuerpo utilizando la superficie dorsal de la mano. La superficie palmar y de los dedos son más sensibles a la vibración.

Se realiza la palpación lenta, suave y dirigida. Los músculos tensos hacen la valoración más difícil. Se debe pedir al paciente que señale las zonas más sensibles, vigilando si hay signos no verbales de malestar, se deben palpar las zonas más sensibles al final.

Se utilizan dos tipos de palpación. La palpación superficial se realiza poniendo la mano sobre las partes del cuerpo exploradas, también implica presionar hacia dentro cerca de 1 cm. La palpación profunda se utiliza para explorar el estado órganos como los del abdomen. Hay que deprimir la zona bajo exploración aproximadamente 4cm.

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 refleja la densidad del tejido subyacente. Cuanto más denso es el tejido más sordo es el sonido. Sabiendo como las diferentes densidades influyen en el sonido, es posible localizar órganos o masas, trazar sus bordes y valorar su tamaño.

Auscultación

Implica escuchar los sonidos que el cuerpo hace para detectar variaciones de lo normal. Los ruidos internos del cuerpo son generados por la sangre, el aire o el contenido gástrico mientras se mueven por las estructuras del cuerpo.

Para llegar a ser mas competente en la auscultación hay que conocer los tipos de ruidos que cada estructura corporal realiza y la localización en la que los sonidos se oyen mejor.

Los sonidos generados por los roces del tubo o del diafragma interfieren con la auscultación de los ruidos de los diferentes órganos.

Uso y cuidado del estetoscopio

- Asegurarse de que la oliva auricular siga el contorno de los conductos auditivos.
- Colocar las olivas auriculares en los oídos externos girados hacia la cara.
- Mover o tocar el tubo genera ruidos extraños
- Cuidado del estetoscopio: quitar las olivas auriculares regularmente y limpiarlas. Limpiarlo pasando un paño por el estetoscopio entero con alcohol o agua jabonosa.
- Control de la infección: bacterias dañinas como los bacilos grampositivos, *Staphylococcus aureus*, *Sthaphylococcus no aureus* pueden ser transmitidos de paciente a paciente al usar equipamiento como los estetoscopios.

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. La intensidad va de suave a fuerte.
- La calidad hace referencia a sonidos de frecuencia e intensidad similares de diversas fuentes.
- La duración es la cantidad de tiempo que persisten las vibraciones. Corta, media o larga

Examen general

Hay que observar su forma de andar y el aspecto general y prestar atención a su conducta y forma de vestir. Si hay alteraciones o problemas, hay que valorar el sistema corporal afectado mas estrechamente durante la exploración completa.

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. Es mas probable que ciertas enfermedades afecten a un sexo específico o raza.
- 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, dificultad respiratoria o ansiedad. Hay que establecer prioridades y explorar primero las zonas físicas relacionadas.
- 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 una alineación paralela de las caderas y los hombros. La postura normal sentada implica cierto grado de inclinación de los hombros. Observar si el paciente tiene una postura agachada, erguida o encorvada que refleje estado de ánimo o dolor.
- Marcha. Observar al paciente cuando entra a la habitación o esta de pie a lado de la cama. Observar si los movimientos son o no coordinados. Observar si los movimientos corporales son coordinados, fijándose si hay temblores en las extremidades.
- Higiene y aseo personal. Observar el grado de limpieza del paciente examinando el aspecto del cabello, la piel y las uñas. El aseo personal puede depender de la función cognitiva y emocional del paciente, las actividades diarias o sociales y la ocupación.
- Vestido. La cultura, la forma de vida, el nivel socioeconómico y la preferencia personal afectan a la selección y el uso de la ropa. Sin embargo, se debe valorar si la ropa es apropiada o no para la temperatura, las condiciones atmosféricas o el entorno.
- Afecto y estado de ánimo. El afecto son los sentimientos de una persona según como se muestra a los demás. Los pacientes expresan el estado de ánimo o el estado emocional verbal y no verbalmente.
- Habla. El habla normal es comprensible y tiene un ritmo moderado y muestra asociación con los pensamientos de la persona. No obstante las emociones o las alteraciones neurológicas a veces producen un habla más rápida o lenta.
- Signos de abuso del paciente. Durante la exploración observar si el paciente teme a su cónyuge, un cuidador, un

padre o un niño mayor. Hay que tener en cuenta cualquier lesión física obvia o negligencia como signos de posible abuso. El abuso se produce de muchas formas: físico, mental o emocional, sexual, social y financiero.

SIGNOS VITALES

Constantes vitales

Después de terminar el examen general, hay que medir las constantes vitales del paciente. Si existe una posibilidad de que las constantes vitales estén sesgadas cuando se miden por primera vez, hay que volverlas a tomar más tarde. El dolor, considerado la quinta constante vital, también debe ser valorado.

Talla y peso

La talla y 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.

Hay que valorar las tendencias en los cambios de peso comparados con la altura en busca de signos de mala salud. El peso de un paciente varía normalmente a diario debido a la pérdida o retención de líquidos. Sin embargo, una tendencia a la baja en un anciano frágil indica que hay una reducción seria en reservas nutricionales. Un aumento de peso de 2,5 kg en 1 día indica problemas de retención de líquidos. Una pérdida de peso se considera significativa si el paciente ha perdido más del 5% del peso corporal en un mes o el 10% en 6 meses.

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 medir a un niño, hay que sostener su cabeza y cerciorarse de que sus piernas están rectas en las rodillas. Después de colocar al niño, se utiliza una cinta métrica para medir la longitud desde la cabeza a la parte inferior de los pies.

Constantes vitales, rangos normales para el adulto

Rango de temperatura: 36 a 38°C

Respiración: de 12 a 20 respiraciones por minuto

Pulso: de 60 a 100 latidos/min

Presión arterial: Media: <120/<80 mmHg

Pautas para medir las constantes vitales

Las constantes vitales son una parte de la base de datos de la valoración. Establecer una base de datos de las constantes vitales durante una exploración física habitual sirve como línea de partida para valoraciones futuras. La enfermera debe conocer los valores esperados, interpretar los valores del paciente, comunicar correctamente los hallazgos y comenzar las intervenciones según se necesiten.

Tiene que utilizar las siguientes pautas:

- La enfermera que atiende a un paciente es responsable de la medición de las constantes vitales. Aunque algunas veces delega la medición.
- 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 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 afecten a las constantes vitales.
- Debe utilizar un método organizado y sistemático
- Debe utilizar las mediciones de las constantes vitales para determinar las indicaciones para la administración de la medicación.
- Debe analizar los resultados
- Debe comunicar los cambios significativos de las constantes vitales al médico del paciente o a la enfermera encargada.

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 del calor: el calor producido por el cuerpo es un derivado de los procesos de producción de calor. El alimento es la fuente primaria de combustible para el metabolismo. 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. La pérdida de calor y la producción de calor ocurren simultáneamente.

La radiación es la transferencia de calor desde la superficie de un objeto a la superficie de otro sin contacto directo. La conducción es la transferencia de calor de un objeto a otro con contacto directo. 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 observado en varios puntos del cuerpo. Es un indicador del estado circulatorio.

El pulso se puede obtener en diferentes zonas; temporal, carótida, apical, braquial, radial, cubital, femoral, poplíteo, tibial posterior y dorso del pie.

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, difusión y perfusión. La enfermera valora la ventilación determinando la frecuencia, la profundidad el ritmo. Y valora la distribución y perfusión determinando la saturación de oxígeno.

Valoración de la ventilación

Una medición correcta requiere observación y palpación del movimiento de la pared torácica.

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.

Alteraciones del patrón respiratorio

- Bradipnea, taquipnea, hipernea, apnea, hiperventilación, hipoventilación, respiración de Cheyne-Stokes, respiración de Kussmaul, respiración de Biot.

Frecuencia respiratoria. La enfermera debe observar una inspiración y una espiración completa cuando cuenta la ventilación.

Profundidad de la ventilación. La enfermera valora la profundidad de la respiración observando el grado de recorrido o movimiento en la pared torácica. Debe describir los movimientos ventilatorios como, profundos, normales o poco profundos.

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

Factores que afectan a la determinación de la saturación de oxígeno del pulso

Interferencia con la transmisión de luz

- Fuentes exteriores de luz
- El monóxido de carbono eleva artificialmente la SpO₂ absorbiendo luz de manera similar al oxígeno.
- El movimiento del paciente
- La ictericia
- Los tintes intravasculares
- El esmalte de uñas, las uñas artificiales o techones metálicos en las uñas
- Pigmento oscuro de la piel
- Edema periférico
- Una sonda apretada

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. La enfermera debe utilizar los datos de la valoración para determinar la naturaleza del problema de un paciente.

El plan de cuidados de enfermería incluye intervenciones basadas en los diagnósticos de enfermería identificados y los factores relacionados. Después de intervenir, debe evaluar los resultados del paciente valorando la frecuencia, la profundidad, el ritmo de la respiración y la SpO₂.

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 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 arterial sistólica. Cuando los ventrículos se relajan, la sangre que queda en las arterias ejerce una mínima presión o presión diastólica. La presión diastólica es la mínima presión ejercida contra las paredes arteriales en todo momento.

La unidad estándar para medir la PA es el milímetro de mercurio (mmHg).

Fisiología de la presión arterial sanguínea

La presión sanguínea refleja las interrelaciones del gasto cardíaco, la resistencia vascular periférica, el volumen sanguíneo, la viscosidad de la sangre y la elasticidad arterial.

Gasto cardíaco

La PA depende del gasto cardíaco. 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 sangre circula a través de la pared de arterias, arteriolas, capilares, vénulas y venas. Las arterias y las 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.

Volumen de la sangre

El volumen de la 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. Un aumento de volumen ejerce más presión sobre las paredes arteriales.

Viscosidad

La densidad o viscosidad de la sangre afecta a la facilidad con la 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.

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. La reducción de la elasticidad provoca una resistencia mayor al flujo sanguíneo.

Factores que influyen en la presión arterial.

La PA no es constante. Una sola medición no puede reflejar adecuadamente la PA normal de un paciente. Las tendencias de la presión arterial, no las mediciones individuales, guían las intervenciones de enfermería.

Edad.

Los niveles de PA varían a lo largo de la vida. La PA aumenta durante la niñez. La PA de un adulto sano de mediana edad es de menos 120/80 mmHg. Los ancianos a menudo tienen una subida de la presión arterial relacionada con la disminución de la elasticidad de los vasos.

Estrés

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

Clasificación de la PA para adultos

Categoría	sistólica	diastólica
Normal	<120	<80
Prehipertensión	120/139	80-89
Etapa 1HTA	140-159	90-99
Etapa 2HTA	>160	>100

Etnicidad

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

Sexo

No existe diferencia clínica significativa de la PA entre chicos y chicas.

Variación diaria

La presión arterial varía a lo largo del día, la PA más baja entre la media noche y las 3 am. Entre las 3 am y las 6 am hay una subida lenta y constante de la PA. El punto más alto durante el día es entre las 10 am y las 6 pm.

Medicación

Algunos medicamentos afectan directa o indirectamente la PA. Antes de la valoración de la PA la enfermera debe preguntar si el paciente está tomando antihipertensivos u otros medicamentos cardíacos.

Actividad y peso

Un periodo de ejercicio puede reducir la PA durante varias horas después. Un aumento de la demanda de oxígeno por parte del cuerpo durante la actividad aumenta la PA.

Fumar

Provoca vasoconstricción. La PA se eleva cuando una persona fuma y vuelve a su nivel basal 15 minutos después de dejar de fumar.

Hipertensión

La alteración más común de la PA. A menudo es asintomática. 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.

Auscultación. El mejor entorno para medir la PA por auscultación es una habitación tranquila a una temperatura confortable. 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.

Normalmente hay una diferencia de 5 a 10 mmHg entre los dos brazos. Las diferencias de presión mayores de 10 mmHg indican problemas vasculares y se han de notificar.

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.

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.

Los diferentes tamaños de brazo requieren una selección cuidadosa y apropiada del tamaño del manguito.

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 ante cubital produce errores de auscultación
- Los ruidos de Korotkoff son difíciles de escuchar en los niños debido a la frecuencia y amplitud bajas.

Estetoscopio de ultrasonidos

Cuando la enfermera no puede auscultar los sonidos debido a un pulso arterial debilitado puede utilizar un estetoscopio de ultrasonidos. Este estetoscopio permite escuchar los ruidos sistólicos de naja frecuencia.

Palpación

La medición indirecta de la PA por palpación es útil para pacientes cuyas pulsaciones arteriales son demasiado débiles para general ruidos de Korotkoff. En estos casos la enfermera puede valorar la presión sistólica por palpación.

RECOGIDAS DE MUESTRAS BIOLÓGICAS

La práctica de la medicina, en la actualidad, se apoya fuertemente 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.

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 al abordar.

Preparación de pacientes para estudios radiológicos

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

Debe conocer el manejo de la farmacología específica, debe conocer el manejo del equipo y 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 ingeridos, horas de ayuno, peso y talla y signos vitales. Es indispensable que el paciente y familia reciban un trato amable, cordial dándoles seguridad y confianza con el fin de minimizar el grado de ansiedad.

Apoyo y preparación psicológica

Preparación física:

- Premedicación, enema de limpieza retiro objetos de metal
- Vigilancia de constantes vitales
- Participa efectivamente en los procedimientos diagnósticos y terapéuticos
- Gestiona y mantiene archivos. “supervisa, coordina, gestiona y mantiene”.

Durante el procedimiento:

Recolección de muestra para laboratorios

Normas establecidas por el ministerio de salud

- Las punciones vasculares deben ser realizadas por profesionales capacitados y constantemente evaluados.
- Todo material de uso venoso o intrarterial debe ser estéril y de un solo uso. No se debe usar material desechable reesterilizado.
- El profesional responsable de la punción debe lavarse las manos antes y después del procedimiento.
- Todas las punciones venosas y arteriales deben realizarse con guantes protectores.
- La piel del sitio de punción elegido debe estar indemne y limpia.
- Realizar técnica aséptica.
- La eliminación de la jeringa y aguja debe ser tirada en el lugar correspondiente.

Indicaciones generales toma muestras exámenes 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.

CONCLUSIÓN

La aplicación del PAE para la realización de los cuidados de enfermería. Permite tener bases científicas y/o lo más importante el fundamento que avala que aquellos cuidados otorgados son con calidad y seguridad. Resulta de suma importancia la aplicación de cada una de las etapas del PAE y sobre todo realizar una valoración al paciente y evaluación de los cuidados de forma constante.

Es necesario contar con conocimientos suficientes al realizar el PAE, ya que de no ser así la eficiencia de los cuidados estaría en duda o no serían eficientes.

Tener conocimiento de los factores que influyen a la alteración de los signos vitales y evitarlos podría marcar la diferencia a el tratamiento terapéutico y/o cuidados a seguir.

Una conducta profesional y abierta al paciente permite formar un vínculo de confianza necesario y de gran importancia al momento de realizar las intervenciones.

Siempre se debe buscar realizar los cuidados, procurando por la intimidad del paciente y su bienestar físico, social y emocional.