



Nombre del alumno(@):Georgina del Rosario Hernandez Velasco

Nombre del profesor: María del Carmen López Silba

Nombre del trabajo: Resumen Digital De La Primera Unidad

Materia: Fundamentos de Enfermería I

PASIÓN POR EDUCAR

Grado: 1

Grupo: A

Comitán de Domínguez Chiapas a 13 de Agosto de 2021.

ÍNDICE

| | |
|---|----|
| Hoja de presentación..... | 1 |
| Índice..... | 2 |
| Presentación..... | 3 |
| 1.1 Proceso de enfermería..... | 4 |
| 1.2 Primera etapa. Valoración de enfermería..... | 5 |
| 1.3 Segunda etapa: diagnóstico de enfermería..... | 13 |
| 1.4 Tercera etapa planificación de cuidados..... | 17 |
| 1.4 Ejecución..... | 18 |
| 1.5 Evaluación..... | 19 |
| 1.6 Bases semiológicas de la valoración del paciente..... | 20 |
| 1.7 Entrevista clínica..... | 23 |
| 1.8 Exploración física..... | 24 |
| 1.9 Signos vitales..... | 34 |
| 1.10 Recogidas de muestras biológicas..... | 45 |
| Conclusión..... | 49 |

PRESENTACION

En el siguiente trabajo que le presentare trata de un resumen digital sobre fundamentos de enfermería I, abordando los temas que estaremos viendo en la unidad I, los cuales son 10.

La Enfermería es una ciencia que su principal objetivo es el de cuidar a los pacientes y heridos que llegan a una Clínica, Hospital Público, Sanatorio dándoles el trato y respeto que se merece a cada paciente.

Este resumen trata de cómo se debe tratar a los pacientes, como dialogar con ellos, el uso correcto de varias herramientas que utilizan, como saber manejarlas, limpiarlas entre otras cosas.

Las Enfermeras a la hora de estar con un paciente deben de hacer su mejor esfuerzo para ayudarlos a sanar sin hacer sentir incomodo al paciente.

1.1.- PROCESO DE ENFERMERÍA

ANTECEDENTES E INTRODUCCIÓN

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

El PAE tiene sus orígenes, cuando fue considerado un proceso en 1955, gracias a Hall, a la que posteriormente se unieron otras teóricas como Johnson en 1959, Orlando en 1961 y Wiedenbach en 1963. Este consistía en un proceso de tres etapas: Valoración, Planeación y Ejecución. En 1967 por Yura y Walsh, establecieron cuatro etapas: valoración, planificación, realización y evaluación. 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 y 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. El principal objetivo del PAE, 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, recoge y recopila datos sobre el estado de salud del paciente. Se puede hacer basándonos en distintos criterios, siguiendo un orden de "cabeza a pies", por "sistemas y aparatos" o por "patrones funcionales de salud".

2. DIAGNÓSTICO:

Es la 2ª etapa del proceso, es el enunciado del problema real o potencial del paciente, que requiera de la intervención de una enfermera para disminuirlo o resolverlo. En esta fase, identificamos los problemas y los formulamos, tanto los diagnósticos de enfermería como los problemas interdependientes.

Diferentes tipos de diagnósticos: - 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 debe establecer prioridades, y plantear objetivos según la taxonomía noc, elaborar las intervenciones y actividades según la taxonomía nic, y proceder a su documentación y registro. Los registros documentales de todo plan de cuidados son: diagnósticos de enfermería y problemas interdependientes, criterios de resultados.

4. EJECUCIÓN:

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

5. EVALUACIÓN:

Última fase del proceso. Los dos criterios más importantes que valora la enfermería son: la eficacia y efectividad. Pudiendo resolver diagnósticos establecidos o bien surgir otros nuevos, teniendo que ir introduciendo modificaciones en el plan de cuidados para que la atención resulte más efectiva.

PRIMERA ETAPA. VALORACIÓN DE ENFERMERÍA

OBJETIVOS

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

El proceso enfermero es un proceso de pensamiento crítico para aplicar la mejor evidencia disponible para proporcionar cuidados y promover las funciones y respuestas a la salud y a la enfermedad. El proceso enfermero es también un

estándar de prácticas, que, cuando se lleva a cabo correctamente, protege a las enfermeras frente a problemas legales relacionados con la atención de pacientes. Fases del proceso (valoración, diagnóstico, planificación, implementación y evaluación) como si fuesen un proceso lineal. Sin embargo el proceso enfermero es dinámico y continuo.

Cada vez que se está con un paciente, aplicamos el proceso de enfermería, para proporcionar los cuidados apropiados y efectivos. el proceso comienza con la primera fase, valoración, recogida y análisis de la información sobre el estado de salud del paciente. Entonces se realizan juicios clínicos con respuestas de pacientes en forma de diagnóstico enfermeros. Una vez definida los diagnósticos de enfermería, se crea un plan de cuidados. La planificación incluye objetivos y resultados, esperados para los cuidados y selección de intervenciones (de enfermería y de colaboración), siendo individuales para cada diagnóstico enfermero de paciente. La fase siguiente, es la implementación, implica la realización de intervenciones previstas. Después de hacer las intervenciones, se evalúa las respuestas del paciente y si son eficaces.

El proceso de enfermería, es una variación de razonamiento científico. Al practicar las cinco fases del proceso de enfermería nos marca como personas organizadas y así hacer la práctica de manera sistemática. Se aprende a hacer inferencias sobre el significado de las respuestas de un paciente sobre el estado de su salud. a través de una valoración se comienza a formar un patrón. Tener una clara definición a cerca de los problemas de los pacientes proporciona la planificación e implementación de las intervenciones de enfermería y evalúa los resultados del cuidado.

ENFOQUE DE PENSAMIENTO CRITICO SOBRE LA VALORACION:

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

1. Interpretación y validación de los datos para tener una 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 sus problemas, que se observaron en los pacientes. Los datos revelan experiencias, prácticas sanitarias, objetivos, valores y expectativas sobre el sistema sanitario.

El pensamiento crítico es una parte fundamental de la valoración ya que permite ver el panorama general cuando se formulan conclusiones o se toman decisiones sobre un paciente y su estado de salud. Al recoger los datos del paciente, se hace una sintonización del conocimiento pertinente, se recuerdan experiencias clínicas pasadas, se hace aplicación de actitudes y estándares de pensamiento crítico, y

se utiliza estándares de práctica para dirigir la valoración de manera significativa e intencionada. El conocimiento de diferentes ciencias permite realizar preguntas pertinentes y recoger los antecedentes y datos de las valoraciones físicas oportunos que se relaciona con las necesidades del cuidado actuales del paciente.

El conocer ese conocimiento le ayuda a reconocer que una inflamación considerable puede crear potencialmente dolor agudo; así que puede intervenir en el área de la incisión. Y así poder comunicarse con el paciente utilizando buenas técnicas de comunicación mediante una entrevista y la aplicación de estándares intelectuales de pensamiento crítico, permitiendo recopilar los datos de manera precisa, pertinentes y completos. La experiencia previa contribuye a las habilidades de valoración. Esta experiencia permite valorar a fondo el grado en el que el dolor afecta en la recuperación de pacientes.

Recogida de datos:

Se realiza una valoración para recopilar la información necesaria para hacer un juicio preciso sobre el estado actual de un paciente. La información procede de: El paciente, a través de diversas fuentes como son una entrevista, observaciones y exploración física.

Los informes de miembros de la familia, allegados y las respuestas a las entrevistas.

La primera fase proceso de enfermería, se puede definir como proceso organizado y sistemático de recogida y recopilación de datos sobre el estado de salud del paciente. Incluye como fuente primaria el paciente, el expediente clínico, la familia o cualquier otra persona que de atención al paciente.

Las fuentes secundarias pueden ser revistas profesionales, textos de referencia. Desde un punto de vista holístico, siendo necesario que la enfermera conozca los patrones de interacción de las cinco áreas para identificar las capacidades y limitaciones de la persona y ayudarle a 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: Está conformado por la actitud y las motivaciones del profesional, como y lo que piensa, siente y cree sobre la enfermería, el hombre, la salud, la enfermedad, etc. Estas convicciones se consideran constantes durante el proceso.
- Los conocimientos profesionales: Se debe de tener una base de conocimientos sólida, que permita hacer valoraciones del estado de salud integral del individuo, la familia y la comunidad. Los conocimientos deben abarcar también la resolución de problemas, análisis y toma de decisiones.

- Habilidades: La valoración se adquiere 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 del uso de los sentidos y una inferencia es el juicio o interpretación de esos signos. Las enfermeras a menudo hacen inferencias extraídas con pocos o ningún signo que las apoyen, pudiendo dar como resultado cuidados de Enfermería inadecuados.

Es primordial seguir un orden en la valoración, de forma que, en la práctica, la enfermera adquiera un hábito que se traduzca en no olvidar ningún dato. La sistemática a seguir puede basarse en diferentes criterios:

- Criterios de valoración siguiendo un orden de "cabeza a pies": sigue un orden de valoración de los diferentes órganos que se encuentran en el cuerpo humano, comenzando por la cabeza hasta las extremidades, dejando para el final la espalda, de forma sistemática.
- Criterios de valoración por "sistemas y aparatos": se valora el aspecto general y las constantes vitales, y después cada sistema o aparato de forma independiente, comenzando por las zonas más afectadas. Se lleva 16 "patrones Funcionales de Salud": se recogen datos para poner las manifiestas, los hábitos y costumbres del individuo/familia determinando el funcionamiento positivo, alterado o en situación de riesgo con respecto al estado de Salud

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:

Del paciente se obtiene información concreta a través de sus datos, referido a su estado de salud o a las respuestas. Nos interesa saber las características personales, capacidades ordinarias en las actividades, naturaleza de los problemas, estado actual de las capacidades.

Los tipos de datos:

- Datos subjetivos: No se pueden medir y son propios de paciente. Lo que la persona dice que siente o percibe.
- 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. Nos ayudan a referenciar los hechos en el tiempo. (Hospitalizaciones previas).
- Datos actuales: sobre el problema de salud actual.

Métodos para obtener datos:

1.- Entrevista Clínica:

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

1. Iniciación: Se comienza por una fase de aproximación y se centra en la creación de un ambiente favorable, en donde desarrolla una relación interpersonal positiva.

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

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

La entrevista clínica tiene que ser comprendida desde dos ámbitos:

- Un ámbito interpersonal en el que dos o más individuos se ponen en contacto
- Otro ámbito de la entrevista es el de una habilidad técnica.
-
- 1. La entrevista puede ser interrumpida por una serie de ruidos. Estas pueden tener un control por el entrevistador en la mayoría de los casos.
Existen tres tipos de interferencias:

Interferencia cognitiva:

Consiste en que el problema del paciente no es percibido por el entrevistador.

Interferencia emocional:

Consiste en una reacción emocional adversa del paciente o del entrevistador. Los dos estados emocionales son extremos como ansiedad, depresión, miedo o alguna enfermedad grave como dolor o malestar a algo desconocido. De parte del profesional, puede a ver, agresividad, valoración excesiva de sí mismo, proyección excesiva sobre los pacientes e incluso puede hasta llegar a responsabilizarse de las obligaciones.

Interferencia social:

Las diferencias sociales llevan al profesional a una menor conexión emocional a una menor implicación, y prestar menor información al paciente.

Las técnicas verbales son:

- El interrogatorio para obtener información y aclarar respuesta y verificar datos.

- Otra forma de expresar lo que se ha entendido del paciente es por medio de la reflexión o reformulación, esto permite profundizar la información.
- Para continuar en el proceso verbal de la entrevista es necesario hacer unas frases adicionales.
- Para poder facilitar la comunicación y desarrollo
- Las técnicas no verbales, facilitan la comunicación a la hora de la entrevista, ya que los componentes no verbales facilitan el transmitir un mensaje con mayor efectividad, algunas de las palabras más usadas son:

Expresiones faciales

Posición corporal y forma de estar

Gestos

Contacto físico

Forma de hablar.

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

EMPATIA: Cibanal (1991), es la capacidad de comprender correctamente lo que experimenta nuestro interlocutor. Borrell (1989) Nos aporta que no basta solo con comprender al cliente, si no es capaz de transmitirle esa comprensión. La empatía consta de dos momentos, uno en donde el entrevistador es capaz de interiorizar la situación emocional del cliente, y el otro en el que se le da a entender que lo comprende.

Calidez: Se expresa solo a nivel no verbal. Es la cercanía efectividad entre el paciente y el entrevistador.

Respeto: Es la capacidad que tiene el entrevistador para transmitir al paciente que su problema le atañe, y que el entrevistador se preocupa por el preservando su forma de pensar, sus valores ideológicos y éticos Borrell (1989). Cibanal (1991), Dice que implica el aprecio de la dignidad y valor del paciente y el reconocimiento como persona.

Concreción: La capacidad del entrevistador para concretar los objetos mutuos, Borrell (1989). Cibanal (1991) nos aporta una quinta característica al entrevistador: La autenticidad, esta dice que "Uno es el mismo cuando lo que dice está acorde con sus sentimientos".

2.- La observación:

Es el momento del primer encuentro con el paciente, la enfermera empieza la fase de recolección de datos, que continua a través de la relación enfermera-paciente.

La valoración es el segundo método básico, la observación sistemática implica la utilización de los sentidos para la obtención de datos tanto del paciente, como de cualquier otra fuente que proporcione información, así como de la interacción de estas tres variables. La observación es una habilidad precisa, práctica y disciplinaria. Los hallazgos encontrados mediante la observación han de ser posteriormente confirmados o descartados.

La exploración física:

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

Exploración física. Se centra en: determinar en profundidad cada respuesta de la persona en el proceso de la Enfermedad, obteniendo una base de datos subjetivos para así poder establecer comparaciones y valoraciones de la eficacia de las actuaciones, confirmando los datos subjetivos obtenidos durante la entrevista. La enfermera utiliza cuatro técnicas específicas: Inspección, palpación, percusión y auscultación.

-Inspección: Consiste en un examen visual cuidadoso y global del paciente, para obtener respuestas normales o anormales. Se centra en las características físicas o los comportamientos específicos, (como es tamaño, posición, forma, situación anatómica, color, textura, movimiento, aspecto y simetría).

-Palpación: Consiste en la utilización del tacto para poder determinar ciertas características de la estructura corporal por debajo de la piel (tamaño, forma, textura, temperatura, humedad, pulsos, vibraciones, consistencia y movilidad). También se utiliza para la técnica de palpación de órganos en abdomen. Los movimientos corporales y expresión facial son datos que nos ayudarán en la valoración.

-Percusión: Implica el dar golpes con uno o varios dedos sobre una superficie corporal, con el fin de obtener sonidos. Los tipos de sonidos que se pueden diferenciar son: Sordos, estos aparecen cuando percuten músculos o huesos. Mates: aparecen sobre el hígado y bazo. Hipersonoros: aparece cuando percutimos sobre el pulmón normal lleno de aire y Tímpano: se encuentra al percutir el estómago lleno de aire o un carrillo de la cara.

-Auscultación: Consiste en escuchar los sonidos producidos por los órganos del cuerpo. Utilizando el estetoscopio y determinar las características sonoras del pulmón, corazón e intestino. También se puede escuchar ruidos aplicando solo la oreja sobre la zona a explorar.

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

- Desde la cabeza a los pies: Comenzando por la cabeza y termina de forma sistemática y simétrica hacia abajo, a lo largo del cuerpo hasta llegar a los pies.
- Los sistemas corporales nos ayudan a especificar que sistemas precisan más atención.
- Por patrones funcionales de salud, son los que permiten la recogida ordenada para centrarnos en áreas funcionales concretas.

La información física del paciente que se logra obtener es identificar en cualquiera de los métodos que se utilice.

1.3. SEGUNDA ETAPA: DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA

Dependiendo como se utilice el PAE de 4 fases o el de 5 es el paso final del proceso de valoración o la segunda fase. El problema real o en potencia del paciente que requiera de la intervención de enfermería con el objeto de resolverlo o disminuirlo. En ello se va a exponer un proceso mediante el cual estará en condiciones de establecer un problema clínico y de formularlo para su posterior tratamiento, bien sea diagnóstico-enfermero o problema interdependiente.

El diagnóstico de enfermería real se refiere a un momento actual que existe. El problema potencial se refiere a una situación que pueda ocasionar dificultad en el futuro.

Un diagnóstico de enfermería no es sinónimo de uno médico.

Existen tres dimensiones en las funciones de la Enfermería, dependiente, interdependiente e independiente, dependiendo el nivel de decisión que corresponda a la enfermera, surgirán necesidades o problemas en las personas que competirán a un campo u otro de actuación:

- La dimensión dependiente de la práctica de la enfermería, contiene todos aquellos problemas que son responsabilidad directa del médico por ser el que designa las intervenciones que deben realizar cada enfermera. La enfermera es la responsable de administrar el tratamiento médico prescrito.
- La dimensión interdependiente de la enfermera, se refiere a los problemas o situaciones donde la prescripción y el tratamiento colaboran las enfermeras y otros profesionales de la Salud. Todos estos problemas se describen como colaborativos o interdependientes, y son complicaciones fisiológicas que las enfermeras controlan para detectar su inicio o evolución y colaboración con las otras profesionales para un tratamiento conjuntivo definitivo.

- Dimensión independiente de la enfermera, son todas las acciones legales reconocidas como responsabilidad de Enfermería y que no requiere de supervisión de otros profesionales.

Los pasos de esta fase son:

1.- IDENTIFICACION DE PROBLEMAS:

- Se analizan los datos significativos, ya sean los datos o la deducción de ellos, se plantean alternativas como hipótesis.
- Se confirma la síntesis, o se eliminan las alternativas.

2. FORMULACIÓN DE PROBLEMAS. DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA Y PROBLEMAS INTERDEPENDIENTES.

Se considera la importancia de los beneficios específicos de una taxonomía diagnóstica de los diferentes ámbitos del quehacer profesional. Se elaboró un documento en que especifica los siguientes beneficios:

- INVESTIGACION: Para poder hacer una investigación sobre los problemas de salud es necesario que los profesionales de enfermería estén bien capacitados, definidos y universalizados, con la finalidad de que los resultados de las investigaciones, puedan ser comprendidos y aplicados por otros enfermeros. Es necesario tener un lenguaje común previo para que una los criterios y facilite la comunicación e intercambio de datos. Los Diagnósticos enfermeros puedan contribuir a la consolidación de la disciplina de Enfermería mediante líneas de investigación dirigidas a:
 - Determinar la compatibilidad de una taxonomía con todos los modelos conceptuales.
 - Validar en distintos ámbitos culturales las características definitorias y los diferentes factores relacionados de los Diagnósticos de Enfermería aceptados.
 - Comparar la eficacia de las diversas intervenciones propuestas ante un mismo Diagnóstico.
 - Realizar un análisis epidemiológico de los diagnósticos que presenta una población determinada.
 - Identificar nuevas áreas de competencia de Enfermería, o completar las ya identificadas, mediante el desarrollo y la validación de nuevos Diagnósticos.
 - Docencia: La inclusión de los Diagnósticos de Enfermería en el curriculum básico debe de iniciarse y continuarse de forma coherente, y prolongada de forma progresiva a lo largo de todo el curriculum. Este permite:
 - Organizar de manera lógica, coherente y ordenada los conocimientos de Enfermería que cada alumno debe de tener.
 - Disponer de un lenguaje compartido con otros profesionales, con los enfermeros docentes y con sus propios alumnos, lo cual facilitara la transmisión de ideas y conceptos relacionados con los cuidados.

- Asistencial: La forma del uso del Diagnóstico en la práctica asistencial favorece la organización y profesionalización de las actividades de enfermería, al permitir:
 - Identificar las respuestas de las personas ante las distintas situaciones de Salud.
 - Centrar los cuidados brindados en las respuestas humanas identificadas a través de una valoración propia.
 - Aumentar la efectividad de los cuidados al percibir actuaciones de Enfermería orientadas a la resolución o control de los problemas identificados.
 - Organizar, definir y desarrollar la dimensión conveniente del ejercicio profesional.
 - Delimitar la responsabilidad profesional, tiene como beneficio secundario la necesidad de planificar y registrar las actividades realizadas.
 - Diferencia la aportación enfermera a los cuidados de Salud de las hechas por otros profesionales.
 - Agrupar los criterios de actuación ante los problemas o situaciones que están dentro del área de competencia.
 - Mejorar y facilitar la comunicación interdisciplinar.
- Gestión: Algunas de las ventajas que permiten la actuación de los Diagnósticos de Enfermería son:
 - * Ayuda a determinar los tiempos medios requeridos, lo que facilita las cargas de trabajo de cada unidad.
 - * Permite, como consecuencia, una mejor distribución de los recursos humanos y materiales.
 - * Favorece la definición de los puestos de trabajo, ya que esta podría incluir habilidades para identificar y tratar los Diagnósticos de Enfermería que se dan con mayor frecuencia.
 - * Facilita 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 los servicios de Enfermería ofrecidos en un centro o institución.
 - * Identificar las necesidades de formación para grupos profesionales específicos.

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

Cada categoría diagnóstica tiene 4 componentes:

- 1.- Etiqueta descriptiva o título: Este ofrece una descripción breve del problema (real o potencial). Es una frase que representa un patrón.
- 2.- Definición: Expresar un significado claro y preciso de la categoría y diferencia de todas las demás.

- 3.- Características definitorias: Todos los diagnósticos tienen un título y definición específica, esta la que nos da significado propiamente del diagnóstico, el título es solo sugerente.
- 4.- Las características que definen el diagnóstico real son los síntomas y signos principales siempre presentes en el 80-100% de los casos. Otros signos y síntomas que se consideran como secundarios están presentes en el 50-79% de los casos, pero no se consideran evidencias necesarias del problema.
- 5.- Factores etiológicos y contribuyentes o factores de riesgo: Estos se organizan por los factores fisiopatológicos, relacionados con el tratamiento, contribuyen al desarrollo del problema la situación y la maduración. Los diagnósticos de enfermería de alto riesgo incluyen en su enunciado los factores de riesgo, por ejemplo:
 - F. Fisiopatológicos (biológico y psicológicos): shock, anorexia nerviosa
 - F. de Tratamiento (terapias, pruebas diagnósticas, medicación, diálisis, etc.)
 - De medio ambiente como, estar en un centro de cuidados crónicos, residuos tóxicos, etc.
 - Personales, como encontrarnos en el proceso de muerte, divorcio, etc.
 - F. de Maduración: paternidad/maternidad, adolescencia, etc.

TIPOS DE DIAGNÓSTICOS:

El diagnóstico puede ser de cuatro tipos: reales, de alto riesgo (designadas hasta 1992 como potenciales), de bienestar o posibles.

- Real: Representa un estado que ha sido clínicamente valido mediante características representadas definitorias principales identificadas. Este tiene cuatro componentes: enunciado, definiciones características que los definen y factores relacionados. El enunciado debe ser descriptivo de la definición del Diagnóstico y las características que los definen. El término "real" no forma parte del enunciado de un Diagnóstico de Enfermería real. Consta de 3 parte, 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 un individuo, que es más vulnerable a desarrollar el problema que otros en situación similar. Para respaldar el Diagnóstico potencial se utilizan los factores de riesgo. Se necesita de una descripción consista del Estado de Chiapas 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 que se sospecha para el que se necesitan datos adicionales. Que la enfermera debe confirmar o excluir. Y consta de dos componentes, formato PE: Problema (P) + etiología/factores contribuyentes (E).
- De bienestar: juicio clínico respecto a una persona, en transición de un nivel específico de bienestar hacia un nivel más elevado. Debe de estar presente dos hechos: deseo de un nivel mayor de bienestar y estado o función actual eficaces. Contienen solo la denominación, de un enunciado de una parte. No contienen factores relacionados. Lo inherente de 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 la capacidad basándose en los deseos expresos de la persona o del grupo por la Educación para la Salud.

1.4.- TERCERA ETAPA PLANIFICACION DE CUIDADOS

Cuando se haya concluido la valoración e identificación de las complicaciones potenciales (problemas interdependientes) y los diagnósticos enfermeros, se procede a la fase de planeación de los cuidados y tratamiento enfermero. La fase planeación del proceso de Enfermería incluye 4 etapas.

Etapas en el plan de cuidados.

1. *Establecer prioridades en los cuidados.* Selección. Todos los problemas y necesidades que puedan 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. Por tanto, se trata de ordenar jerárquicamente los problemas detectados.
2. *Planteamiento de los objetivos del cliente con resultados esperados.* Se determinan los criterios de resultados. Describen los resultados esperados, tanto por parte de los individuos y/o de la familia como parte de los profesionales.

Son necesarios porque proporcionan la guía común para el equipo de Enfermería, todas las acciones van dirigidas a la meta propuesta. Igualmente se formula objetivos que permiten evaluar la evolución del usuario así como los cuidados proporcionados. Deben de formularse en términos de conductas observables o cambios mensurables, realistas y tener en cuenta los recursos disponibles. En el trato con grupos familiares hay que tener en cuenta que el principal sistema de apoyo es la familia, así como los recursos de la comunidad.

Como último es importante que los objetivos se decidan y se planteen de acuerdo con la familia, para que se establezca un compromiso que se sientan implicadas en ambas partes, profesional y familiar.

- Elaboración de las actuaciones de enfermería. Elaboración de las actuaciones de Enfermería, esto es, determinar los objetivos de Enfermería (criterios de proceso). Determinación de actividades, acciones específicas en el plan de cuidados correspondientes a las tareas concretas que la Enfermera y familia realizarán para hacer realidad los objetivos. Estas acciones se consideran instrucciones que las Enfermeras deben llevar a la práctica al igual que todo el personal que tiene responsabilidad en el cuidado del paciente. Las actividades propuestas se registran en el impreso correspondiente y deben especificar: que hay que hacer, cuando hay que hacerlo, como hay que hacerlo, donde hay que hacerlo y quien ha de hacerlo.

Para un Diagnóstico de Enfermería real, las actuaciones van dirigidas a reducir 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 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 confirmar o descartar el Diagnóstico. Para los problemas interdisciplinarios tratan de monitorizar los cambios de situación, controlar los cambios de situación con intervenciones prescritas por la enfermera o el médico y evaluar la respuesta.

1.4.- EJECUCIÓN

La fase ejecución es la cuarta etapa del plan de cuidados, en esta etapa es 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 que existen en 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 plan, pero este incluye al paciente y a la familia, así como a otros miembros del equipo. En esta fase se realizan todas las intervenciones dirigidas a la resolución de problemas (diagnóstico enfermero y problemas interdependientes), y las necesidades asistenciales de cada persona tratada.

De las actividades que se llevan a cabo en esta fase lleva la continuidad de la recogida y valoración de datos, por un lado se debe de profundizar la intervención de datos que quedaron sin comprender y por otro lado la propia ejecución de la intervención, donde se deberán revisar y ser tenidos en cuenta como confirmación diagnóstica o como nuevos problemas.

1.5.- EVALUACIÓN

La evaluación se define como la comparación planificada y sistematizada entre el estado de salud del paciente y resultados esperados. Los dos criterios más importantes que valora la Enfermería, en este sentido son: la eficacia y la efectividad de las acciones. 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 la valoración de distintos aspectos del estado de Salud del paciente. Según Iyer estas son las siguientes áreas a evaluar:

- 1.- Aspecto general y funcionamiento del cuerpo:

- * Examen físico.

- * Examen de la historia clínica

- 2.- Señales y Síntomas específicos

- * Observación directa

- * Entrevista con el paciente.

- * Examen de la historia

- 3.- Conocimientos:

- * Entrevista con el paciente

- * Cuestionarios (test)

- 4.- Capacidad psicomotora (habilidades)

- * Observación directa durante la realización de la actividad

- 5.- Estado emocional:

- * Observación directa, mediante lenguaje corporal y expresión verbal de emociones.

- * Información dada por el resto del personal

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

- * Entrevista con el paciente.

- * Información dada por el resto del personal.

Las valoraciones de la fase de evaluación de los cuidados enfermeros, deben ser interpretadas, con el fin de poder establecer conclusiones, que sirvan para hacer correcciones en las áreas de estudio, 3 posibles conclusiones (resultados esperados), a las que se puede llegar:

- El paciente ha alcanzado el resultado esperado.
- El paciente está en proceso de lograr el resultado esperado, puede conducir a plantearse otras actividades.
- El paciente no ha alcanzado el resultado esperado y no parece que lo vaya a conseguir. En este caso se puede realizar una nueva revisión del problema, de los resultados esperados, de las actividades llevadas a cabo.

Siguiendo a M. Caballero (1989) la evaluación se compone de:

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

La evaluación se lleva a cabo siguiendo las etapas del plan, la intervención enfermera y sobre el producto final. A la hora de llevar a cabo el registro de 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.

La documentación necesaria se encontrara en la historia clínica.

Una característica que se debe tener en cuenta en la evaluación es, que esta es continua, así se puede detectar como va evolucionando el cliente y poder realizar ajustes o introducir modificaciones para que la atención resulte más efectiva.

1.6.- BASES SEMIOLOGICAS DE LA VALORACION DEL PACIENTE

SEMIOLOGIA APLICADA A LA ENFERMERIA: Es el estudio de signos y síntomas de una enfermedad.

SEMIOTECNIA: Es la técnica para obtener 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 de atención por parte de la enfermera.

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

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

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

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

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

ES EL ARMA BASICA DE TRABAJO DE LA ENFERMERA.

CARACTERISTICAS DE LA HISTORIA CLINICA

- Debe ser cierta, coherente, entendible
- Debe seguir un orden. (No pueden faltarle datos aunque sean negativos) (Ej: Fuma)
- A través de ello obtendremos información para iniciar el razonamiento enfermero. Este razonamiento debe dirigirse hacia los problemas que plantea el usuario.

HISTORIA CLINICA Son 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. Dejando que el paciente exponga su problema, interrumpiéndolo para evitar disociaciones o pérdida del hilo del pensamiento. Después 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 que lleva al paciente a la consulta.
Lo que siente 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.

Localización = ¿Dónde?

Irradiación (dolor)= ¿Hacia dónde va?

Carácter o calidad = ¿Cómo es?

Intensidad o severidad= ¿Cuándo duele?

Factores que lo agravan o lo mejoran= ¿Con que disminuye?

Carácter temporal= si es continuo, intermitente o transitorio

Síntomas asociados= ¿Qué otros síntomas presenta?

Tiempo de evolución= ¿Desde cuándo?

4. HABITOS

- 4.1.- Diuresis
- 4.2.- Dieta
- 4.3.- Actividad física
- 4.4.- Tabaquismo
- 4.5.- Alcohol
- 4.6.- Drogas
- 4.7.- Hábitos sexuales.

5. ANTECEDENTES PERSONALES

- 5.1.- Alergia
- 5.2.- Asma
- 5.3.- HTA5
- 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, se preguntan 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

1.7.- ENTREVISTA CLINICA

Las enfermeras utilizan entrevistas centradas en el paciente, Durante una entrevista de valoración se debe de animar a los pacientes a contar sus historias sobre sus enfermedades o problemas de Salud. Es más fácil si se hacen las preguntas en un orden fácil de seguir.

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

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

Hay dos métodos para recopilar una valoración integral:

- Utilizar un formato estructurado a base de datos y la utilización de un método focalizado en el problema.
- Una vez que el paciente proporciona datos subjetivos, se debe explorar más los hallazgos recogiendo datos objetivos.
- Durante la valoración se debe 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.

En una entrevista centrada en el paciente con una conversación ordenada, nos permite que éste determine el punto de partida para poder iniciar el discurso sobre sus problemas de salud.

Una entrevista acertada requiere de preparación, se debe de revisar toda la información disponible sobre el paciente, preparación del entorno de la entrevista y una buena elección de lugar y 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) Y finalizar la entrevista.

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

1.8.- EXPLORACION FISICA

La valoración de la Salud y exploración física son los principales pasos a seguir hacia la prestación de los cuidados de enfermería seguros y competentes. La Enfermera es la que determina el estado de Salud actual de cada paciente, distingue las variaciones de la norma y reconoce la mejoría o el deterioro en su Enfermedad. La enfermera tiene la capacidad de reconocer e interpretar cada manifestación conductual y física del paciente, realizando valoraciones de Salud y exploración física, la enfermera identificara los patrones de Salud y evaluara la respuesta de cada paciente a los tratamientos y terapias.

Las enfermeras recogen todos los datos de la valoración de Salud actual y pasado de los pacientes de diferentes maneras, usando un enfoque general o focalizado, dependiendo de la situación del paciente. Dependiendo el resultado de la valoración de una enfermera considera las recomendaciones basadas en la evidencia para el cuidado.

Una valoración completa implica la elaboración de la historia de Salud y exploración conductual y física. Se obtienen datos objetivos mientras se observa la conducta y las manifestaciones generales de un paciente, se hace una revisión de pies a cabeza para los datos objetivos adicionales. Los juicios clínicos de la enfermera se basan en todos los datos recopilados para crear un plan de cuidados para cada situación, centrados en el paciente, identificando su diagnóstico de enfermería. La continuidad en los cuidados sanitarios mejora cuando la enfermera evalúa al paciente haciendo valoraciones continuas, objetivas y completas.

Objetivos: Una exploración física se realiza como una evaluación inicial para tener las atenciones de urgencia. Después de considerar el estado actual del paciente, una Enfermera se encarga de hacer una exploración física focalizada en un sistema o área específico. Por ejemplo, cuando un paciente está teniendo un episodio de asma grave, la enfermera se concentra en los sistemas pulmonar y cardiovascular de manera que los tratamientos sean de inmediato. Cuando el paciente ya no tiene riesgo de un mal resultado o lesión, la enfermera realiza una exploración completa de otros sistemas corporales.

Para los pacientes hospitalizados, una enfermera recoge los datos de la valoración física durante el cuidado rutinario del paciente, validando hallazgos con lo que se sabe sobre los antecedentes de Salud del paciente. Por ejemplo, al entrar en la

habitación de un paciente una enfermera puede notar los indicios de la conducta del paciente que indican confort, ansiedad o tristeza.

- Apoyar o refutar los datos subjetivos obtenidos en la Historia de la 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

Es una exploración física, respetuosa, considerada y requiere intimidad. En el entorno de cuidados agudos, las enfermeras realizan valoraciones en la habitación de un paciente. En clínicas o centros de consultas se utilizan las salas de exploración. En el domicilio, la exploración se realiza en un espacio donde se puede tener intimidad, como, por ejemplo, el dormitorio del paciente.

Los espacios que se requieren para exploración deben de estar bien equipados para cualquier procedimiento, siendo necesario iluminar correctamente todas las partes del cuerpo, asegurándonos de que la habitación del paciente sea totalmente íntima para que así los pacientes estén cómodos al hablar de su enfermedad. Se debe eliminar el ruido adicional y tomar medidas para prevenir cualquier interrupción.

MATERIAL Y EQUIPO PARA LA EXPLORACIÓN FÍSICA.

Cepillo o escobilla cervical (si es necesario)

- Cinta métrica
- Báscula con varilla de medición
- 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

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. Una pequeña almohada ayuda para la comodidad de la cabeza y el cuello. Si la exploración se realiza en la habitación del paciente, hay que levantar la cama del paciente para poder alcanzarlo más fácilmente.

Equipamiento

La enfermera debe realizar la higiene de manos a fondo antes de manipular el equipamiento y empezar una exploración. 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 (p. ej., asegurarse de que el oftalmoscopio y el otoscopio tengan buenas baterías y bombillas).

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. 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. Si la exploración se limita a ciertos sistemas corporales, no es siempre necesario que el paciente se desnude totalmente. Se debe proporcionar intimidad al paciente y evitar la vergüenza.

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.

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. Se debe transmitir un enfoque abierto y profesional sin dejar de estar relajada. Una conducta reservada y formal inhibe la capacidad del paciente de

comunicarse, pero un estilo que es demasiado informal puede hacerlo dudar de la competencia del profesional que está realizando la exploración.

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 debe estar en la habitación. La segunda persona actúa como testigo de la conducta del profesional y del paciente si se presenta cualquier cuestión.

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.

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. 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.
- Realizar una exploración en una zona neutra; dar tiempo para jugar con el fin de facilitar un ambiente de confianza.
 - Debido a que los padres piensan que a veces el profesional que realiza la exploración los pone a ellos a prueba, se debe 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.» en lugar de por su nombre de pila a menos que indiquen otra cosa.
- Realizar preguntas abiertas para permitir que los padres compartan más información y describan un poco más los problemas de los niños. Esto también permite la observación de las interacciones padre-hijo.
- Tratar a los adolescentes como adultos 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. Durante la exploración debemos tener presente que las personas de edad avanzada no revelan de forma tan evidente una lesión o enfermedad como los pacientes más jóvenes. De forma característica, los ancianos presentan signos y síntomas sutiles o anómalos. Entre los principios que se deben seguir durante la exploración de un anciano se incluyen los siguientes:
 - No aceptar estereotipos sobre el nivel cognitivo de los pacientes ancianos.
 - 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.

Durante la exploración tener paciencia, permitir pausas y observar los detalles. Reconocer los cambios fisiológicos y conductuales normales que son característicos de la tercera edad.

- 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. 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. Un paciente que ingresa en el servicio de urgencias con síntomas abdominales agudos requiere la valoración de los sistemas corporales que presentan más riesgo de estar alterados.

Cuando un paciente en la comunidad solicita exámenes de detección precoz para enfermedades específicas, a menudo dependiendo de la edad del paciente o de los riesgos para la salud enumerados.

Cualquier exploración física debe seguir una rutina sistemática para evitar pasar por alto hallazgos importantes. Un abordaje de la cabeza a los pies incluye todos los sistemas corporales, y el examinador recuerda y realiza cada paso en un orden predeterminado. 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 (p. ej., los músculos del bíceps del brazo dominante están a veces más desarrollados que los mismos músculos del brazo no dominante).
 - Si el paciente está gravemente enfermo, primero valorar los sistemas corporales que presentan más riesgo de estar alterados. (Por ejemplo, un paciente con dolor torácico se le realiza primero una valoración cardiovascular.)
 - 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 una historia electrónica o de papel.
Un formulario estándar permite el registro de la información con la misma secuencia con la que se recoge.
 - Utilizar los términos clínicos y las abreviaturas comunes, 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. Para hacer eso, debe ser consciente de cualquier déficit personal visual, auditivo u olfativo. La inspección se produce al interactuar 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 esté 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 del 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.

El olfato ayuda a detectar las alteraciones que no se pueden reconocer por ningún otro medio. Por ejemplo, cuando la respiración de un paciente tiene un olor dulce, con sabor a fruta, hay que valorar en busca de signos de diabetes.

Palpación

La palpación implica usar el sentido del tacto para recopilar 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. Por ejemplo, la enfermera palpa la piel para conocer la temperatura, humedad, textura, turgencia, sensibilidad y grosor, y el abdomen para conocer la sensibilidad, distensión o masas. Hay que utilizar diversas partes de la mano para detectar diferentes características.

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 la posición, la textura, el tamaño, la consistencia, las masas, el líquido y la crepitación.

Al tocar a un paciente hay que mostrar respeto y preocupación a lo largo de la exploración. Antes de la palpación hay que considerar la enfermedad y la

capacidad del paciente para tolerar las técnicas de valoración, prestando mucha atención a las zonas que son dolorosas o sensibles. Además, siempre hay que considerar las amenazas para la seguridad del paciente.

Hay que prepararse para la palpación calentando las manos, manteniendo las uñas cortas y usando un acercamiento amable. Se realiza una palpación lenta, suave y dirigida. Para promover la relajación, hay que hacer que haga respiraciones lentas y profundas y coloque ambos brazos a lo largo de los lados del cuerpo. Se deben palpar las zonas más sensibles al final.

Se utilizan dos tipos de palpación en la exploración física, superficial y profunda. La palpación superficial se realiza poniendo la mano sobre las partes del cuerpo que están siendo exploradas; también implica presionar hacia dentro cerca de 1 cm.

La palpación ligera y superficial de estructura como el abdomen da al paciente la oportunidad de identificar las zonas con más sensibilidad. La palpación profunda se utiliza para explorar el estado de órganos como los del abdomen. Hay que deprimir la zona bajo exploración aproximadamente 4 cm, usando una o ambas manos (bimanual). Al usar la palpación bimanual, se debe relajar una mano.

El pulso radial se detecta con las yemas de los dedos.

El dorso de la mano detecta variaciones de la temperatura en la piel.

La parte huesuda de la palma en la base de los dedos detecta las vibraciones.

La piel se pellizca con las yemas de los dedos para valorar la turgencia (mano sensible) y ponerla ligeramente sobre la piel del paciente. La otra mano (mano activa) ayuda a aplicar presión a la mano sensible.

Durante la palpación ligera, se debe aplicar una presión suave contra la piel y los tejidos subyacentes se pueden detectar zonas de irregularidad y sensibilidad.

Durante la palpación profunda, la enfermera deprime los tejidos para valorar el estado de los órganos 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. Un sonido anormal sugiere una masa o una sustancia como aire o líquido dentro de un órgano o de una cavidad del cuerpo.

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.

Los ruidos internos del cuerpo son generados por la sangre, el aire o el contenido gástrico mientras se mueven contra las estructuras de cuerpo. Para llegar a ser

más 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.

Para auscultar los sonidos internos la enfermera debe oír bien, tener un buen estetoscopio y saber utilizarlo correctamente. Las enfermeras con alteraciones auditivas pueden conseguir estetoscopios con amplificación de sonido adicional. La campana es mejor para escuchar sonidos graves como los sonidos vasculares y ciertos sonidos cardíacos, y el diafragma es mejor para escuchar sonidos agudos como los sonidos intestinales y pulmonares.

Con la práctica la enfermera aprende a ser uso correcto del estetoscopio, percibe cuándo los sonidos son claros y cuándo hay sonidos extraños.

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. La enfermera se dará cuenta de que se oyen los ruidos más claros con la oliva auricular girada hacia la cara. Después de que la enfermera haya aprendido el ajuste correcto para la amplificación más alta, usar el estetoscopio de la misma manera cada vez.
- Ponerse el estetoscopio y soplar ligeramente en el diafragma. Si el sonido se amplifica mucho a través del diafragma, el diafragma está en la posición de uso. Si el sonido apenas se oye a través del diafragma, la campana está en la posición de uso.
- Poner el diafragma sobre la parte anterior del tórax. Pedir a un amigo que hable en un tono de conversación normal. El ruido ambiental perjudica seriamente la escucha de los ruidos generados por los órganos corporales. Al usar un estetoscopio, el paciente y el examinador deben permanecer en silencio.
 - Ponerse el estetoscopio y golpear ligeramente en el tubo. Es a menudo difícil evitar tirar o mover el tubo del estetoscopio. El examinador está en una posición de manera que el tubo cuelgue libremente. Mover o tocar el tubo genera ruidos extraños.
- 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. Seguir las recomendaciones del fabricante.
 - 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. Las olivas auriculares de los estetoscopios son una fuente de bacterias transmisibles. Cuando la enfermera se toca inadvertidamente los oídos y atiende al paciente, posibles agentes patógenos podrían contaminar las olivas auriculares. Realizar la higiene de manos antes y después del contacto con el paciente disminuye el riesgo de transmitir microorganismos de los oídos de la enfermera a su paciente. 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. Cuanta más alta es la frecuencia, más agudo es el tono de un sonido, y viceversa.
- 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. Las capas de los tejidos blandos ahogan la duración de los ruidos procedentes de los órganos internos profundos. La auscultación requiere concentración y práctica. Mientras se escucha, hay que saber qué sonidos se producen normalmente en ciertas partes del cuerpo y qué causa los sonidos. Cuando se comprende la causa y el carácter de normalidad de los sonidos auscultados, es más fácil reconocer los sonidos anormales y sus orígenes.

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

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 orden de las valoraciones. Es más probable que ciertas enfermedades afecten a un sexo específico o raza (p. ej., la incidencia del cáncer de piel es más común en blancos que en negros, el cáncer de próstata es mayor en varones negros que en varones blancos, y el cáncer de vejiga es cuatro veces mayor en varones que en mujeres).
- Edad: La edad influye en las características físicas normales y 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. Hay que establecer las prioridades y explorar primero las zonas físicas relacionadas.
- Tipo corporal: Observar si el paciente parece estar en forma si 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. 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 el estado de ánimo o dolor. Los cambios en la fisiología de los ancianos a menudo dan lugar a una postura inclinada, encorvada hacia delante, con las caderas y las rodillas ligeramente flexionadas y los brazos doblados por los codos.

Marcha. Observar al paciente cuando entra en la habitación o está de pie al lado de la cama. Observar si los movimientos son o no coordinados. Movimientos corporales. Observar si los movimientos corporales son intencionados, fijándose si hay temblores en las extremidades. Determinar si alguna parte del cuerpo está inmóvil.

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. El aseo personal puede depender de la función cognitiva y emocional del paciente. Observar si hay un uso excesivo de cosméticos o colonias que puede indicar un cambio en la autopercepción.

La cultura, la forma de vida, el nivel socioeconómico y 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.

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 ser por la mala higiene o ciertos estados de enfermedad. Hay que comprobar cualquier olor que pudiera indicar un problema de salud.

Afecto y estado de ánimo: El afecto son los sentimientos de una persona según cómo se muestran a los demás. Los pacientes expresan el estado de ánimo o el estado emocional verbal y no verbalmente. Determinar si las expresiones verbales se corresponden o no con la conducta no verbal y si el estado de ánimo es adecuado a la situación.

Manteniendo el contacto visual la enfermera puede observar las expresiones faciales mientras hace preguntas y el paciente habla. 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 se observa si el paciente teme a su cónyuge o pareja, un cuidador, un padre o un niño mayor.

El abuso de niños, de mujeres y de los ancianos es un problema de salud creciente.

El abuso se produce de muchas formas: físico, mental o emocional, sexual, social y financiero o económico.

Hay que observar la conducta de la persona en busca de cualquier signo de frustración, de explicaciones que no coinciden con su manifestación física o signos de lesiones.

1.9.- 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. Existe una posibilidad de que las constantes vitales estén sesgadas cuando sean vistas por primera vez, hay que volver a tomarla más tarde y durante el resto de la exploración. El dolor, considerado es la quinta constante vital que también debe de ser valorado.

Talla y Peso

El estado de Salud general de una persona se ve reflejado en la talla y peso. Las tablas estandarizadas ayudan a revelar el peso normal esperado de un adulto (tabla 30-6). Se tiene que valorar a cada paciente para ver si tiene el peso saludable, sobrepeso o si es obeso. Los lactantes y los niños son pesados y medidos en cada visita de atención sanitaria para valorar que el crecimiento y el desarrollo sean los adecuados y saludables. Cuando los ancianos tienen un peso bajo, es posible que tengan dificultad con la alimentación y otras actividades funcionales, es necesario medir la altura y peso de los ancianos, junto con una elaboración de una historia dietética.

Hay que valorar los cambios de peso junto con la altura. Las valoraciones buscan los cambios anormales del peso. El peso de un paciente varía casi del diario debido a la pérdida de líquidos. La historia de enfermería ayuda a centrarse en las causas posibles de un cambio de peso. Un aumento de peso de 2,5 kg en 1 día indica que tiene 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.

Existen diferentes básculas. Los pacientes que son capaces de sostener su propio peso utilizan las básculas de pie. El paciente se pone de pie sobre la plataforma de la báscula y permanece de pie inmóvil unos segundos mientras la enfermera ajusta la pesa más grande al intervalo de 20kg del peso del paciente, después se mueve la pesa más pequeña para equilibrar la báscula en el intervalo de 0,1 kg más adecuado. A diferencias de las básculas electrónicas que 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 propio peso. Después de quitar la ropa del niño, hay que pesarlo con los pañales desechables secos. Después se ajusta la medida para compensar el peso del pañal, asegurando, así, una lectura precisa.

La habitación debe de estar caliente para evitar enfriamientos, hay que colocar un paño en la superficie de la báscula infantil para prevenir la infección cruzada de orina o heces. Al poner un niño en una cesta o en una plataforma, hay que poner una mano ligeramente sobre él para detectar sus movimientos y para prevenir caídas accidentales. El peso de un niño se mide en onzas y gramos.

Para medir la altura de los pacientes la superficie debe de estar limpia y ellos deben de estar sin calzado. Mientras el paciente está de pie y recto, se debe de poner una superficie plana sobre su cabeza que esté alineada con la escala vertical. Hay que tener una barra de medir fijada verticalmente a una báscula de pesar o se puede utilizar una cinta métrica en la pared. Se lee el número en la escala o la regla que indica su altura en centímetros o pulgadas.

Para medir a un paciente que no soporta su peso hay que colocarlos como a un niño en decúbito supino en una superficie firme.

Constantes vitales, rangos normales para el adulto

RANGOS ACEPTABLES PARA ADULTOS

| | |
|--|--|
| Rango de temperatura: De 36° a 38° (de 96,8° a 100,4 °F) | Respiración: De 12 a 10 respiraciones/min |
| Media de la ora/timpánica: 37 °C (98,6 °F) | Presión arterial: Media 120/80 mmHg |
| Media rectal: 37,5 °C (99,5 °F) | Presión del pulso: de 30 a 50 mmHg |
| Media axilar: 36,5 °C (97,7 °F) | |
| Pulso: De 60 a 100 latidos/min | |

Pautas para medir las constantes vitales

Las constantes vitales son una parte de la base de datos de valoración. Es necesario establecer una base de datos de las constantes vitales durante una exploración física y habitual que sirve como línea de partida para valoraciones futuras. La enfermera debe medir correctamente, comunicar los hallazgos y comenzar las intervenciones según se necesite. Se 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 la responsable de la medición de las constantes vitales.
- Hay que asegurarse de que el equipamiento sea funcional y apropiado para el tamaño y edad del paciente. (P. ej., un termómetro) debe funcionar correctamente para obtener hallazgos precisos.
- La enfermera debe seleccionar el equipamiento basándose en el estado y características del paciente (p. ej., no utilizar para un niño un manguito de PA de tamaño para un adulto).
 - Debe conocer los intervalos normales de las constantes vitales de un paciente. Los valores normales del paciente sirven como línea de partida para comparar con hallazgos posteriores. 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. Algunas enfermedades causan cambios predecibles en las constantes vitales. Algunos medicamentos afectan a una o más constantes vitales.
- Se tiene que controlar los factores ambientales que afectan a las constantes vitales. Por ejemplo, valorar la temperatura del paciente en una habitación caliente y húmeda puede producir un valor que no es un indicador verdadero de su estado.
 - La enfermera debe utilizar un método organizado y sistemático cuando toma las constantes vitales. Cada procedimiento requiere de una técnica de paso a paso para asegurar la precisión.
- Basándose en el estado del paciente, la enfermera debe colaborar con otros profesionales sanitarios.

Deben de utilizarse las mediciones de las constantes vitales para determinar las indicaciones para administrar la medicación; por ejemplo, dar ciertos fármacos cardíacos sólo dentro del rango del pulso o de los valores de la PA, o administrar antipiréticos cuando la temperatura está elevada fuera del rango aceptable para el paciente.

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

- Se debe analizar los resultados de la medición de las constantes vitales. Las constantes vitales no se interpretan aisladas. Se deben también conocer los signos o síntomas físicos relacionados y ser consciente del estado de salud continuo del paciente.
- 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

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.

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 derivado del metabolismo, es una reacción química de todas las células corporales. Conforme el metabolismo aumenta, se produce calor adicional. Cuando el metabolismo disminuye, produce menos calor.

- El metabolismo basal es la responsable de producir calor por el cuerpo en reposo absoluto.

Pérdida de calor. La pérdida de calor y la producción de calor ocurren simultáneamente. Los sólidos, líquidos y gases conducen el calor por medio del contacto. Cuando la piel está caliente y toca un objeto mucho más frío, se pierde el calor. La convección: Es la transferencia de calor hacia fuera por el movimiento

del aire. La evaporación: Transfiere la energía de calor cuando un líquido se convierte a gas.

Pulso

El pulso son los saltos palpables del flujo sanguíneo observados, en varios puntos del cuerpo.

El pulso es el indicador del estado circulatorio.

Por medio de un circuito continuo la Sangre fluye a todo el cuerpo.

Valoración del pulso

La enfermera puede hacer la valoración de cualquier arteria para checar la frecuencia del pulso, pero la que se utiliza con más frecuencia es la arteria radial por ser más fácil de palpar. Cuando el estado de un paciente empeora se checa rápidamente en la zona carótida. Cuando los gastos cardiacos disminuyen quiere decir que los pulsos periféricos se debilitan y son difíciles de palpar.

RANGOS ACEPTABLES DE FRECUENCIA CARDIACA

| EDAD | FRECUENCIA CARDIACA (LATIDOS/MIN) |
|--------------|-----------------------------------|
| Lactante | 120-160 |
| Niño pequeño | 90-140 |
| Preescolar | 80-110 |
| Escolar | 75-100 |
| Adolescentes | 60-90 |
| Adulto | 60-100 |

Respiración

La respiración es el mecanismo que el cuerpo utiliza para intercambiar gases entre la atmósfera, la sangre y las células. La respiración implica ventilación, difusión y perfusión. Al analizar la eficiencia respiratoria se requiere integrar los datos de la valoración desde los tres procesos.

Cuando la respiración es tranquila la pared torácica se eleva y desciende suavemente.

Durante una respiración normal y tranquila el movimiento del diafragma hace que la cavidad abdominal se eleva y descienda lentamente.

Valoración de la ventilación

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

La respiración está ligada al funcionamiento a numerosos sistemas corporales, siempre hay que tener en cuenta todas las variables cuando se producen cambios. Por ejemplo, cuando se produce una disminución de la respiración en un paciente después de un traumatismo craneal significa una lesión en el tronco encefálico. Un traumatismo abdominal lesiona el nervio frénico, que es el responsable de la contracción diafragmática.

La enfermera no debe dejar que el paciente sepa que está valorando la respiración.

| RANGOS ACEPTABLES DE LA FRECUENCIA RESPIRATORIA | |
|---|--------------------------------|
| EDAD | FRECUENCIA (RESPIRACIONES/MIN) |
| Recién nacido | 35-40 |
| Lactantes (6 meses) | 30-50 |
| Niño pequeño (2 años) | 25-32 |
| Niño | 20-30 |
| Adolescente | 16-20 |
| Adulto | 12-20 |

Las mediciones objetivas del estado respiratorio incluyen la frecuencia, profundidad de la respiración y el ritmo de los movimientos ventilatorios.

Alteraciones del patrón respiratorio

| ALTERACION | DESCRIPCION |
|------------------|--|
| Bradipnea | La frecuencia respiratoria es regular pero anormalmente lenta (menos de 12 respiraciones/min) |
| Taquipnea | Es regular pero anormalmente rápida (más de 20 respiraciones/min) |
| Hiperpnea | La respiración es fatigosa, aumento de la profundidad y frecuencia (más de 20 respiraciones/min) (Se produce |

| | |
|-------------------------------------|---|
| | normalmente al hacer ejercicio) |
| Apnea | La respiración cesa durante varios segundos. El cese persiste y da lugar a una parada respiratoria. |
| Hiperventilación | La frecuencia y profundidad respiratoria aumentan. A veces ocurre hipocapnia. |
| Hipoventilación | La frecuencia respiratoria es anormalmente baja y la profundidad de la ventilación está deprimida. A veces ocurre Hiper-capnia. |
| Respiración de Cheyne-Stokes | La frecuencia y la profundidad son irregulares, caracterizadas por periodos alternativos de apnea y de hiperventilación. El ciclo respiratorio comienza con respiraciones lentas, poco profundas que gradualmente aumentan a una frecuencia y profundidad anormal. El patrón se invierte: La respiración se ralentiza y se vuelve poco profunda, llegando a su punto máximo en la apnea antes de que la respiración continúe. |
| 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. Cuando la enfermera cuente la ventilación o frecuencia respiratoria debe observar una inspiración y una espiración completa. La frecuencia normal varía según la edad. El monitor de apnea se trata de un dispositivo que ayuda a la valoración de la frecuencia respiratoria. Dicho dispositivo utiliza unas guías fijadas a la pared torácica del paciente que detectan el movimiento. Cuando no se presenta movimiento de la pared torácica desencadena la alarma de apnea. El monitor de apnea es más utilizado en los hospitales con los lactantes.

Profundidad de la ventilación. La enfermera valora la profundidad de la respiración observando el grado de movimiento en la pared torácica. La enfermera debe de describir los movimientos ventilatorios como profundos, normales o poco profundos. La respiración profunda implica una expansión completa de los pulmones con exhalación. La respiración es poco profunda cuando solo una pequeña cantidad de aire entra a través de los pulmones y el movimiento ventilatorio es difícil de ver. Cuando la enfermera encuentra que el recorrido torácico es anormalmente poco profundo debe de utilizar técnicas más objetivas.

Ritmo de la ventilación. La enfermera debe de determinar el patrón respiratorio por medio de la observación del tórax o el abdomen. El resultado de la concentración y relajación del diafragma es la respiración diafragmática., observando mejor os movimientos abdominales. Los niños y varones que están sanos muestran normalmente una respiración diafragmática. Las mujeres pueden utilizar los músculos torácicos para respirar, que se puede observar por los movimientos de la parte superior del tórax.

Pulsioxímetro portátil con sonda para el dedo.

La respiración dificultosa implica normalmente a los músculos ver la respiración en el cuello. Cuando algo interfiere en el movimiento de la respiración de la toma de aire de dentro hacia afuera de los pulmones, los espacios intercostales se retraen durante la inspiración. (P. Ej. Asma).

Con la respiración normal se produce un intervalo regular después de cada ciclo respiratorio. Los lactantes tienden a respirar menos regularmente.

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.
 - 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 profundidad, junto con la SpO₂, valora la ventilación, perfusión y difusión. La enfermera debe de utilizar los datos de la valoración para determinar el origen 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. Por ejemplo, las características definitorias de una taquicardia, son cambios en la profundidad de la respiración, uso de los músculos accesorios, disnea y disminución de 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 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. Cuando los ventrículos se relajan, la sangre que queda en las arterias ejerciendo 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). La medición es la altura a la que la PA hace subir una columna de mercurio. Se debe registrar la PA con la lectura sistólica antes de la lectura diastólica (p. ej., 120/80). La diferencia entre la presión sistólica y diastólica es la presión del pulso. Para una PA de 120/80 la presión del pulso es 40.

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 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. A medida que el gasto cardíaco aumenta, se bombea mucho más sangre contra las paredes arteriales, haciendo que la PA se eleve.

El gasto cardíaco aumenta como resultado de un aumento de la FC. Un aumento rápido o significativo de la FC disminuye el tiempo de llenado del corazón. Como resultado, la PA disminuye.

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 relaja para cambiar el tamaño de su luz. Por ejemplo, cuando un órgano principal necesita más sangre, las arterias periféricas se contraen, disminuyendo su suministro de sangre. Se dispone de más sangre para el órgano principal debido al cambio de resistencia en la periferia. Cuanto más pequeña es la luz de un vaso, mayor es la resistencia

vascular periférica al flujo sanguíneo. A medida que la resistencia se eleva, la PA se eleva. A medida que los vasos se dilatan y la resistencia disminuye, la PA baja.

Volumen de sangre.

El volumen de sangre que circula dentro del sistema vascular afecta al PA. La mayoría de los adultos tienen un volumen de sangre circulatorio de 5.000 ml. Sin embargo, un aumento del volumen ejerce más presión sobre las paredes arteriales. Por ejemplo, la infusión rápida e incontrolada de líquidos i.v. eleva la PA, y cuando el volumen circulatorio de la sangre desciende, como en el caso de una hemorragia o una deshidratación, la PA desciende.

Viscosidad.

La densidad o viscosidad de la sangre afecta a la facilidad con que la sangre fluye a través de los vasos pequeños. Cuando el hematocrito se eleva y el flujo sanguíneo se hace más lento, la PA aumenta. El corazón se contrae con más fuerza para mover la sangre viscosa a través del sistema circulatorio.

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. En su lugar un volumen dado de sangre es forzado a través de las paredes rígidas arteriales y la presión sistémica se eleva. Cada factor hemodinámico afecta significativamente a los otros. Por ejemplo, a medida que la elasticidad disminuye, la resistencia vascular periférica aumenta.

Factores que influyen en la presión arterial.

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

Edad.

Los niveles normales de PA varían a lo largo de la vida. La PA aumenta durante la niñez. 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. Los niños más grandes (con más peso o más altos) tienen PA más altas que los niños más pequeños de la misma edad. Durante la adolescencia la PA continúa variando de acuerdo con el tamaño del cuerpo.

La PA de un adulto tiende a elevarse con el avance de la edad. La PA para un adulto sano de mediana edad es de menos de 120/80 mmHg. Los valores (120-139)/(80-89) mmHg están considerados prehipertensión. Los ancianos a menudo tienden a 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. El efecto de la estimulación simpática aumenta la PA. La ansiedad eleva la PA hasta 30 mmHg.

CLASIFICACION DE LA PRESION ARTERIAL PARA ADULTOS (18 AÑOS)

| CATEGORIA | SISTOLICA (mmHg) | DIASTOLICA (mmHg) |
|-----------------------------|-----------------------------|------------------------------|
| Normal | 120 | 80 |
| Pre hipertensión | 120-139 | 80-89 |
| Etapa 1 hipertensión | 140-159 | 90-99 |
| Etapa 2 hipertensión | 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 más grave a una edad más temprana. Las muertes relacionadas con la hipertensión son más altas entre los afroamericanos.

Sexo.

Para la PA no existe diferencia clínica 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 de la PA es durante el día 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 de preguntar si el paciente está tomando antihipertensivos u otros medicamentos cardíacos, que hacen bajar la PA.

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. 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.

Auscultación.

El mejor entorno para medir la PA por auscultación es una habitación tranquila a una temperatura confortable. Aunque el paciente puede estar acostado, de pie, o 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. Las mediciones de la PA tomadas en el lugar de trabajo del paciente o en la consulta del profesional sanitario son más altas que las que se toman en el domicilio del paciente.

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

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. Se debe de dividir los números con barras (p. ej., 120/70 o 120/100/70) y se debe anotar el brazo en el que se ha medido la PA (p. ej., brazo derecho [BD] 130/70) y la posición del paciente (p. ej., sentado).

La valoración de la PA da lugar a muchas decisiones clínicas e intervenciones de enfermería. Obtener una medición correcta es esencial. Cuando la enfermera no está segura de la lectura, debe hacer que un colega vuelva a valorar la PA.

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 medición de la PA en los lactantes y niños es difícil por varias razones. Los diferentes tamaños de los brazos 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 ante cubital 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. Este estetoscopio permite escuchar los ruidos sistólicos de baja frecuencia. Frecuentemente la

enfermera utiliza este dispositivo cuando se mide la PA en los lactantes y niños y la PA baja en los adultos.

Palpación.

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

Se produce normalmente entre el primer y el segundo sonido de Korotkoff. 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. La palpación de la arteria radial ayuda a determinar cuánto inflar el manguito. El examinador infla el manguito 30 mmHg por encima de la presión a la que se palpa el pulso radial.

1.10.- RECOGIDAS DE MUESTRAS BIOLÓGICAS

En la actualidad la práctica médica se apoya cada vez más en los resultados de las pruebas de laboratorio para tener un diagnóstico preciso, tratamiento y evolución de los pacientes, por lo que es precisa la calidad en la toma de las muestras.

TOMA DE MUESTRAS; FASCIOLA HEPÁTICA; EPIDEMIOLOGÍA DESCRIPTIVA; ESTUDIOS TRANSVERSALES; COSTOS DE LA ATENCIÓN EN SALUD.

Los tiempos en que la enfermería, a partir de modelos paradigmáticos, se dedicaban a cumplir rutinas más o menos precisas, han hecho el paso de esta profesión más profunda. El sentido holístico de la especialidad, apoyado en el Proceso de Atención de Enfermería (PAE) y en los métodos de investigación científica.

1.- La práctica de la medicina, en la actualidad, se apoya fuertemente en la realización de exámenes de laboratorio que confirman o no, las hipótesis clínicas, y 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, el técnico de laboratorio apoyado en sus conocimientos de emplear rigurosamente los recursos técnicos y materiales que garantice un resultado más rápido y fiable. Mientras que el personal de enfermería, al ser el responsable de la toma de muestras, también ha

de conocer las características y requisitos de cada prueba. Cualquier fallo en el proceso, implica riesgos para el paciente y pueden generar dificultades impredecibles.

3.- Durante el período comprendido de Enero a julio del 2002. Se aprovecha 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, contribuyan 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 de tener la capacidad para reconocer e interpretar signos normales o cambiantes de salud/mala salud, sufrimiento, incapacidad de la persona.

En cuanto a los pacientes de alto riesgo el personal de enfermería debe estar preparado para reconocer rápidamente las distintas patologías.

Deben de conocer el manejo de la farmacología específica.

Deben de conocer el manejo del equipo.

Deben de conocer los procedimientos radiológicos.

Valoración y examen físico.

Se inicia con la identificación de la enfermera ante el paciente y viceversa, el motivo de la consulta, exámenes previos, medicamentos que está ingiriendo, horas de ayuno, peso, talla y signos vitales.

Hay que detectar posibles alteraciones que presente la persona. Es indispensable que el paciente y la familia reciban un trato amable, cordial, dándoles seguridad y confianza con el fin de minimizar el grado de ansiedad, nerviosismo, miedo, etc.

Apoyo y preparación psicológica

Preparación física:

Pre medicación enema de limpieza dietas

Objetos de metal

Se vigila las constantes los vitales a través del monitor, además de otros signos como ansiedad o inquietud, con posibles reacciones alérgicas, náuseas.

♣ Participa activamente en los procedimientos diagnósticos y terapéuticos.

♣ Gestiona y mantiene archivos. "Supervisa, coordina, gestiona y mantiene".

NORMAS ESTABLECIDAS POR EL MINISTERIO DE SALUD

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

Materiales: Todo material de uso venoso o intrarterial debe ser estéril y de un solo uso.

No se debe usar material desechable re-esterilizado.

Lavado de Manos: El profesional debe ser 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.

- ♣ Daño para el paciente al perder la oportunidad de un diagnóstico precoz, de una valoración de la evolución o ajuste oportuno de una terapia.

- ♣ Pérdida de tiempo y material.

- ♣ Pérdida de confianza del paciente.

- ♣ Alteración de los resultados.

- ♣ Alteración del rodaje del servicio y del laboratorio.

Consecuencias de una mala técnica en la toma de las muestras de exámenes.

- ♣ Explicar al paciente acerca de la indicación médica del examen.

- ♣ Constatar que el paciente está en las condiciones requeridas para el examen (ayunas)

En general los exámenes de sangre se toman en ayunas.

- ♣ Controlar que el paciente ingiera desayuno después de la toma de la muestra.

- ♣ Una vez tomadas las muestras deben ser enviadas de inmediato al laboratorio.

- ♣ No deben de utilizarse frascos que merezcan dudas, sin tapas, sucios o con cantidad insuficiente de anticoagulante.

- ♣ Verificar que sea el paciente y muestra correcta.

INDICACIONES GENERALES TOMA MUESTRAS EXAMENES DE SANGRE

Toma de muestra de sangre.

Es la obtención de una muestra de sangre, por medio de 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. Llène 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.

CONCLUSION

Como conclusión general puedo decir que la Enfermera es un factor muy importante en el Área de Salud ya que es la que pasa más tiempo con los pacientes por el cuidado que se les da durante su visita a un Centro de Salud.

Las Enfermeras antes de comenzar a trabajar deben de estar muy bien preparadas ya que esta no puede cometer errores porque podrían causar una lesión grave al paciente, por eso es necesario seguir correctamente las indicaciones de los Médicos.

Al leer el libro pude darme cuenta que es un libro que está muy bien preparado para la utilización de una Enfermera ya que menciona muchas cosas que son muy importantes saberlas a la hora de estar trabajando.

Puedo decir que me quedo con mucho conocimiento de este libro ya que está muy bien preparado y hay puntos muy importantes que yo no conocía.

Cada tema tiene su propia explicación muy bien elaborada.