



Mi Universidad

Nombre del Alumno: Alma Azucena Claudio Gonzáles

Nombre del tema: Elaboración de resumen digital

Nombre de la Materia: Fundamentos de Enfermería I

Nombre del profesor: María Del Carmen López Silba

Grado: 1°

Grupo: "A"

Proceso de enfermería

1.1 Proceso de enfermería

El Proceso de Atención de Enfermería tiene sus orígenes cuando, por primera vez, fue considerado como un proceso, esto ocurrió con Hall, Jhonson, Orlando y Wiedenbach consideraron un proceso de tres etapas de valoración, planeación y ejecución. Yura y Walsh establecieron cuatro de valoración, planificación, realización y evaluación y Bloch, Roy, Aspinall establecieron las cinco actuales al añadir la etapa diagnóstica. Es un sistema de planificación en la ejecución de los cuidados de enfermería, compuesto de cinco pasos: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación. Como todo método, el PAE configura un número de pasos sucesivos.

- Valoración: es la primera fase consiste en la recogida y organización de los datos que conciernen a la persona, familia y entorno.
- Diagnóstico de Enfermería. Es el juicio o conclusión como resultado de la valoración de Enfermería.
- Planificación. Se desarrollan estrategias para prevenir, minimizar o corregir los problemas, así como para promocionar la Salud.
- Ejecución. Es la realización o puesta en práctica de los cuidados programados.
- Evaluación. Comparar las repuestas de la persona, determinar si se han conseguido los objetivos establecidos.

Definición

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

Características del PAE

- Tiene una finalidad: Se dirige a un objetivo.
- Es sistemático: Implica partir de un planteamiento organizado para alcanzar un objetivo.
- Es dinámico: Responde a un cambio continuo.
- Es interactivo: Basado en las relaciones recíprocas entre la enfermera y el paciente, su familia y los demás profesionales de la salud.

- Es flexible: Se puede adaptar al ejercicio de la enfermería en cualquier lugar o área especializada. Sus fases pueden utilizarse sucesiva o conjuntamente.
- Tiene una base teórica: El proceso ha sido concebido a partir de numerosos conocimientos que incluyen ciencias y humanidades.

Objetivos del PAE

- Constituir una estructura que pueda cubrir, individualizándolas, las necesidades del paciente, la familia y la comunidad.
- Identificar las necesidades reales y potenciales del paciente, familia y comunidad. • Establecer planes de cuidados individuales, familiares o comunitarios.
- Actuar para cubrir y resolver los problemas, prevenir o curar la enfermedad.

1.2 Primera etapa “valoración de enfermería”.

La valoración enfermera es la primera fase del PAE. Se define como el proceso organizado, planificado, sistemático, y continuo de recogida de datos objetivos y subjetivos.

Tipos de valoración

Según la complejidad del examen se distinguen dos tipos de valoraciones:

- Valoración Global o inicial. Este tipo cubre todas las perspectivas de Valoración enfermera. Es la primera valoración que se realiza a un paciente.
- Valoración Focalizada o continua. Se centra en situaciones clínicas o problemas de salud concretos.

Según su sistemática, se distinguen cuatro tipos de valoraciones:

- Valoración siguiendo el orden de "cabeza a pies".
- Valoración por "sistemas y aparatos".
- Patrones Funcionales de Salud de Marjory Gordon.
- Necesidades de Virginia Henderson.

Fases de la valoración.

La valoración está dividida en cuatro fases directamente relacionadas. Estas son:

1. Recolección de datos

Un dato es una información concreta que se obtiene de un paciente, familia o comunidad, y que hace referencia a su estado de salud. Los datos pueden ser objetivos o subjetivos.

Entrevista de Enfermería.

La entrevista es una técnica que no solo se utiliza para obtener los datos subjetivos de la salud de nuestro paciente, sino como medio para establecer una relación mutua de confianza.

Los principales tipos:

- Entrevista estructurada y dirigida.
- Entrevista semiestructurada o semidirigida.
- Entrevista no estructurada o libre.

Para crear una relación interpersonal terapéutica tendremos que desarrollar una buena comunicación tanto verbal, como no verbal. La comunicación verbal será clara, concreta y comprensible.

Con el fin de evitar interferencias cognitivas, sociales o emocionales, tenemos que transmitir las siguientes habilidades:

- Calidez.
- Empatía.
- Respeto.
- Concreción.
- Asertividad.

La observación.

Los datos obtenidos de la observación provendrán de los sentidos.

La exploración física.

Es el conjunto de procedimientos que realizamos las enfermeras tras realizar la entrevista clínica, con el fin de recoger una serie de datos objetivos o signos, que corroboren o desmientan los datos subjetivos o síntomas que refiere el paciente.

Principales técnicas en la exploración física son:

- Inspección u observación

- Palpación
 - Percusión
 - Auscultación o escucha de los sonidos producidos por los órganos corporales, puede ser directa.
2. Validación de los datos.

Consiste en confirmar que los datos objetivos y subjetivos que se han obtenidos son verdaderos.

3. Organización de los datos.

La información recogida será agrupada, de la manera que se facilite y oriente la etapa de diagnóstico.

4. Registro de valoración

Los objetivos de un registro correcto de la valoración son:

- Establecimiento de un sistema de comunicación entre el personal sanitario.
- Extraer conclusiones sobre la efectividad de los cuidados aplicados.
- Validar un testimonio legal.

Patrones Funcionales de Marjory Gordon.

Los Patrones Funcionales son una serie de comportamientos comunes a la mayoría de las personas, que contribuyen a su salud, calidad de vida, y al logro de su potencial humano

Permite una valoración enfermera sistemática y planificada, con la que se obtiene gran cantidad de datos relevantes del paciente (físicos, psíquicos, sociales, y espirituales), de una manera clara y organizada.

Los 11 Patrones Funcionales son:

- Patrón 1. Percepción y manejo de la salud.
- Patrón 2. Nutricional y metabólico
- Patrón 3. Eliminación
- Patrón 4. Actividad y ejercicio.
- Patrón 5. Sueño y descanso.
- Patrón 6. Cognitivo y perceptual.

- Patrón 7. Autopercepción y auto concepto.
- Patrón 8. Rol y relaciones.
- Patrón 9. Sexualidad y reproducción.
- Patrón 10. Adaptación y tolerancia al estrés.
- Patrón 11. Valores y creencias.

Necesidades básicas de Virginia Henderson.

Virginia Henderson definió las funciones y actividades que son responsabilidad de la enfermería, La función principal de las enfermeras, se define como “ayudar tanto al individuo sano

Como al enfermo, a desarrollar las actividades que el mismo realizaría si tuviera fuerzas, voluntad, o los conocimientos necesarios, ayudándole a conseguir su independencia lo más rápidamente posible”.

Henderson identifica 14 necesidades básicas que el individuo tiene que cubrir para poder alcanzar su independencia o máximo nivel de salud.

1. Respirar normalmente.
2. Comer y beber adecuadamente.
3. Eliminación de los desechos del organismo.
4. Movimiento y mantenimiento de una postura adecuada.
5. Descansar y dormir.
6. Seleccionar vestimenta adecuada, vestirse y desvestirse.
7. Mantener la temperatura corporal.
8. Mantener la higiene corporal y la integridad de la piel.
9. Evitar los peligros del entorno.
10. Comunicación y relación con los demás.
11. Valores y Creencias.
12. Autorrealización.
13. Entretenimiento y ocio.
14. Aprendizaje.

1.3 Segunda etapa “diagnóstico de enfermería”

Esta segunda etapa del P.A.E. se centra en el análisis de los datos recogidos durante la valoración y su interpretación científica, que da como resultado los diagnósticos de enfermería. Guiarán la planificación, ejecución y evaluación de los cuidados de enfermería.

El objetivo de enfermería es, identificar las respuestas específicas del paciente ante una situación clínica determinada. NANDA I:

“El diagnóstico enfermero es un juicio clínico sobre la respuesta de un individuo, familia o comunidad a sus problemas de salud reales o potenciales, y a procesos vitales. El diagnóstico enfermero proporciona la base para la selección de intervenciones, para el logro de objetivos para los que la enfermera es responsable”.

Principales características de los diagnósticos

- Los diagnósticos se centran en los problemas derivados de las respuestas humanas acontecidas tras una alteración de la salud particular.
- Las respuestas humanas son los actos de adaptación que se producen en una persona ante una situación clínica específica. Se puede afirmar que el objeto de la enfermería, y por lo tanto el de sus diagnósticos, no es la enfermedad sino la respuesta del paciente a esa enfermedad.
- Los diagnósticos describen las respuestas de los pacientes ante situaciones clínicas que pueden ser tratadas o abordadas por las enfermeras.

Para seleccionar un diagnóstico concreto para un paciente particular, primero es necesario analizar la información recogida y organizada durante la fase de valoración. El objetivo será reconocer una serie de claves o unidades de información.

Estas claves serán la base para generar mentalmente una hipótesis diagnóstica. Principalmente cuando no hay una certeza total sobre la elección del diagnóstico, se realiza una recogida focalizada de datos con el fin de validar los datos.

Formulación de un diagnóstico en enfermería.

El diagnóstico de enfermería es la base sobre la que se sustentan las intervenciones enfermeras. La importancia de esta fase para la resolución del problema de salud es reflejada en la formulación del diagnóstico. El diagnóstico no solo incluirá el problema, sino también los dos marcadores que definirán los objetivos de las intervenciones, las causas del problema y su sintomatología.

Para la construcción de un diagnóstico de enfermería, la NANDA recomienda utilizar el formato P.E.S. Estas siglas especifican el orden que debe seguir la formulación de un diagnóstico de enfermería: Problema, Etiología, y Signos y Síntomas.

Primero se determinará el Problema o etiqueta diagnóstica. Posteriormente se relacionará esta etiqueta con su factor relacionado o causa, es decir con su Etiología. Y por último, se especificarán los Signos y Síntomas que posee el paciente.

Problema. Es la parte que guía y define el resto del diagnóstico. Estará compuesto por la etiqueta diagnóstica y su definición.

Etiología. Se definirán los diferentes factores relacionados o agentes causales que pueden haber provocado la respuesta de salud en el paciente. La etiología será el primer objetivo de las intervenciones enfermeras.

Sintomatología. Se refiere a los signos y síntomas que tiene el paciente, los cuales especifican la magnitud de la respuesta producida.

Tipos de diagnósticos de enfermería

Los diagnósticos NANDA-I se pueden categorizar:

Diagnóstico Enfermero Real o Focalizado en el Problema

Juicio clínico en relación con una respuesta humana no deseada. Este tipo de diagnósticos están compuestos por los tres elementos del formato P.E.S.: problema, etiología y signos y síntomas.

Diagnóstico Enfermero de Riesgo

Juicio clínico en relación con la vulnerabilidad. Está apoyado por factores de riesgo que contribuyen al aumento de vulnerabilidad.

Diagnóstico Enfermero de Promoción de la Salud

Es un juicio clínico sobre la motivación y deseo de una persona, familia o comunidad de aumentar su bienestar, actualizar su potencial humano de salud, y mejorar conductas de salud específicas. Este tipo de diagnósticos no tienen factores relacionados.

1.4 Tercera etapa “planificación de cuidados”

Una vez hemos concluido la valoración e identificado las complicaciones potenciales y los diagnósticos enfermeros, se procede a la fase de planeación de los cuidados o tratamiento enfermero. Se trata de establecer y llevar a cabo unos cuidados de enfermería, que conduzcan al cliente a prevenir, reducir o eliminar los problemas detectados. Incluye tres etapas:

Etapas en el plan de cuidados

1. Establecer prioridades en los cuidados. Selección. Todos los problemas y/o necesidades que pueden presentar una familia y una comunidad
2. Planteamiento de los objetivos del cliente con resultados esperados. Esto es, determinar los criterios de resultado.

La etapa de planificación se inicia tras realizar el diagnóstico de enfermería. Esta etapa se desarrollará en tres fases:

- Determinación de prioridades.
- Establecimiento de los objetivos o resultados de enfermería NOC esperados.
- Selección de las intervenciones de enfermería NIC.

Determinación de prioridades.

Para determinar los resultados NOC que esperamos conseguir, y las intervenciones NIC que realizaremos para solucionar el problema de salud, es necesario fijar unas prioridades. Siempre será necesario consensuar con el paciente la importancia relativa de cada diagnóstico, con el fin de tratar primero los problemas más importantes.

Resultados de Enfermería NOC.

Tras priorizar los diagnósticos que van a ser tratados, es necesario seleccionar los resultados NOC que pretendemos conseguir para cada diagnóstico. La NOC es la clasificación estandarizada de resultados, que tiene como principal objetivo evaluar la eficacia de las intervenciones enfermeras.

Los Resultados NOC tendrán los siguientes componentes:

- Etiqueta.
- Definición.
- Listado de indicadores.
- Escala de Likert.
- Bibliografía.

Cada resultado NOC tiene asociado un grupo de indicadores que son utilizados para determinar el estado del paciente en relación al resultado. Estos indicadores serán puntuados mediante una escala de Likert. Siendo 1 la peor puntuación posible para el resultado, y el 5 la puntuación más deseable.

La importancia de la escala de medición estriba en que los resultados se midan con exactitud y validez.

Para la elección de los resultados de enfermería NOC, es necesario tener en cuenta las siguientes premisas:

- Tener en cuenta no solo los Diagnósticos o problemas de salud, sino también los factores relacionados o de riesgo, y las características definitorias.
- Valorar las características personales del paciente.
- Preferencias del paciente.

Intervenciones de Enfermería NIC.

Se entiende como intervención de enfermería NIC, todo tratamiento basado en el conocimiento y juicio clínico.

Los Intervenciones NIC tienen los siguientes componentes:

- Etiqueta.
- Código.
- Definición.
- Actividades.
- Bibliografía.

Estas intervenciones están compuestas por actividades.

Para la selección de las intervenciones más adecuadas para nuestro paciente, es necesario tener en cuenta una serie de factores:

- Aprobación de la intervención seleccionada por parte del paciente.
- Resultados esperados en el paciente.
- Etiología y sintomatología relacionada con el diagnóstico de enfermería.
- Soporte científico de la intervención.
- Posibilidad de utilizar en la práctica una intervención.
- Conocimientos y habilidades para realizar la intervención.

1.5 Cuarta etapa ejecución

Ejecución

Registro del plan de cuidados

Una vez finalizada la planificación de los resultados esperados y de la selección de las intervenciones a realizar, la cuarta etapa del proceso de atención de enfermería consiste en la realización de las mencionadas Intervenciones de enfermería. La etapa de ejecución no solo consiste en la aplicar los cuidados, sino que además conlleva las siguientes actividades:

- Continuar con la recogida y valoración de datos.
- Registro de los cuidados de enfermería realizados.
- Transmitir el estado de salud de nuestros pacientes al resto de los profesionales sanitarios que intervienen directamente en su atención, mediante la realización informes verbales.
- Actualizar el plan de cuidados de enfermería.

Se deberán completar los siguientes registros:

- Valoración de enfermería.
- Diagnósticos de enfermería.
- Resultados NOC. Los indicadores de los resultados serán puntuados antes de ejecutar las intervenciones de enfermería y periódicamente mientras se aplican las intervenciones.
- Intervenciones NIC.

Existen dos tipos de planes de cuidados:

- Planes Individualizados.
- Planes Estandarizados.

Informatización del plan de cuidados

Hoy en día la mayoría de los servicios autonómicos y nacionales de salud tienen informatizada, en mayor o menor medida, la historia clínica de los pacientes.

Los principales beneficios que provoca la informatización de los planes de cuidados son:

- Mejora en la comunicación dentro del equipo de cuidados de la salud.
- Facilita la aplicación de un lenguaje estandarizado.
- Descripción del conocimiento y habilidades de la clínica enfermera.

- Eficacia en la gestión de cuidados.
- Evidencia clínica.
- Facilita la formación.
- Evidencia de las Intervenciones enfermeras.

Otras ventajas en la informatización de los planes de atención de enfermería en la práctica clínica son:

- Registro rápido, claro y conciso.
- Ausencia de las iatrogenias causadas por una interpretación errónea de la información manuscrita.
- Se evita duplicar información.
- Eliminación del registro físico o papeleo.

1.6 Quinta etapa “evaluación de enfermería”

La evaluación se define como la comparación planificada y sistematizada entre el estado de salud del paciente y los resultados esperados. Es emitir un juicio sobre un objeto, acción, trabajo, situación o persona, comparándolo con uno o varios criterios.

Fases de la evaluación.

La evaluación de enfermería está compuesta por dos fases:

- Puntuación de los indicadores.

De la misma manera que en la etapa de planificación, se otorgará para cada indicador seleccionado una puntuación de entre 1 y 5 puntos mediante de una escala de Likert.

- Comparación de los resultados.

Tipos de indicadores NOC.

En función del signo o síntoma a valorar, existen diferentes tipos de indicadores. Los más habituales son:

- Datos anatomofisiológicos.
- Síntomas.
- Conocimientos.
- Competencias o Habilidades.

- Sentimientos.
- Valores y Creencias.

Inferencia de conclusiones.

Una vez realizada la evaluación es necesario analizar y extraer unas conclusiones, que nos sirvan para mejorar el proceso de atención de enfermería, y por ende, aplicar unos cuidados basados en la evidencia. La evaluación se realizará de forma periódica y cíclica.

Las valoraciones de la fase de evaluación de los cuidados enfermeros, deben ser interpretadas, con el fin de poder establecer conclusiones, que nos sirvan para plantear correcciones en las áreas estudio, veamos las tres posibles conclusiones, a las que podremos llegar:

- El paciente ha alcanzado el resultado esperado.
- El paciente está en proceso de lograr el resultado esperado, nos puede conducir a plantearse otras actividades.
- El paciente no ha alcanzado el resultado esperado y no parece que lo vaya a conseguir.

De forma resumida 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 sobre las etapas del plan, la intervención enfermera y sobre el producto final.

1.7 Entrevista clínica

La entrevista clínica es una técnica de recogida de información. La finalidad de la entrevista dependerá de los objetivos planteados por el/la entrevistador/a y del enfoque. La finalidad de la entrevista clínica desde la perspectiva de la enfermera es:

- Adquirir información específica y necesaria, tanto a nivel verbal como no verbal, para identificar los problemas de salud.
- Facilitar la administración de cuidados de calidad.

- Garantizar con la recogida de información continua la valoración de los cuidados individuales y su documentación.

Etapas de la entrevista clínica

El proceso de entrevista clínica se puede dividir en diferentes etapas: la preparación del proceso, la fase inicial, el cuerpo o fase intermedia, cierre, posdata y análisis de la información recogida.

Consideraciones a la hora de formular la guía de preguntas:

- Evitar frases u oraciones muy largas, se debe conseguir que sean claras y precisas.
- Evitar preguntas con doble intención, que contengan dos ideas o conceptos distintos.
- Adaptar las preguntas a las capacidades del entrevistado/a.
- Evitar términos técnicos si hay palabras sencillas y habituales adecuadas.
- Formular preguntas de forma afirmativa y no negativa.
- Respecto a preguntas en relación a actitudes o comportamientos inaceptables socialmente
- Se aconseja el uso de preguntas de forma impersonal para tratar temas íntimos o delicados.

Fase inicial

La fase inicial de la entrevista clínica es aquella que se produce cuando el entrevistador/a interacciona "cara a cara" con el/la entrevistado/a, con el objetivo de recoger información sobre el estado y problema/s del paciente/cliente. Las actividades a realizar durante esta etapa son las siguientes:

- Presentación del profesional y/o alumno/a que va a realizar la entrevista clínica.
- Confirmar la identidad del entrevistado/a.
- Preguntarle por sus preocupaciones en este momento.
- Informarle sobre la duración de la entrevista.
- Remarcar la confidencialidad de la información revelada.
- Aclarar la finalidad de la entrevista (encuadre).
- Interpretación de las señales verbales del paciente/cliente.

Para ello nos debemos centrar en el contenido cognitivo del mensaje verbal del paciente/cliente.

Fase intermedia

Se entiende por Cuerpo o fase Intermedia la realización de la entrevista propiamente dicha, donde se abordan las diferentes áreas temáticas a las cuales nos queremos dirigir. Hay una serie de consideraciones a tener en cuenta:

- Recoger primero la información de lo general a lo específico.
- Anotar los datos recogidos brevemente y de forma inteligible.
- Atender a las reglas básicas de las habilidades de comunicación efectiva, tanto a nivel verbal como no verbal.
- Ser flexible en cuanto al orden en la presentación de las preguntas.

Fase final

Se denomina Cierre a la fase final de la entrevista. Las actividades que comprende son:

- Comunicar la finalización próxima de la misma.
- Agradecer la colaboración y atención prestada.
- Preguntar si desea comunicar algo más.
- Presentar un resumen de los contenidos tratados.
- Aportar prescripciones, es decir, tareas a realizar por parte del paciente/cliente en casa o bien hasta el próximo encuentro.
- Despedirse, atendiendo a los rituales sociales habituales de cualquier despedida.

1.8 Exploración física

En el Examen Físico intervienen los 4 métodos de la exploración clínica: la inspección, la palpación, la percusión y la auscultación, complementados por la termometría clínica, la esfigmomanometría, y si es posible la exploración de la sensibilidad y los reflejos.

Material y equipo

Para la realización del Examen Físico se hace necesario el auxilio de algunos

Materiales y equipos:

- Ø Estetoscopio clínico: para la auscultación tanto del Aparato Respiratorio como
- Cardiovascular, así como los ruidos hidroaereos (R.H.A.) en el abdomen.
- Ø Esfigmomanómetro: para la medición de la Tensión Arterial (T.A.).
- Ø Termómetro clínico: para la medición de la temperatura corporal.
- Ø Depresor: para el examen de la cavidad bucal.
- Ø Torundas: para diferentes usos durante el examen: secar la región axilar, limpiar el termómetro antes de realizar la lectura, etc.
- Ø Paraban: Para cuidar la privacidad del paciente.
- Ø Sabana: para guardar el pudor y cuidar la privacidad del paciente.

La enfermera debe considerar las normas culturales o sociales al realizar una exploración en una persona del sexo opuesto.

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.

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

- Recopilar la mayor información posible sobre los antecedentes de los bebés y niños que podamos obtener de los padres o de los tutores.
- Realizar la exploración en una zona neutra; dar tiempo para jugar con el fin de facilitar un ambiente de confianza
- Debido a que los padres piensan a veces que el profesional que realiza la exploración los pone a ellos a prueba, ofrecer apoyo durante la exploración y no adoptar posturas críticas.
- Llamar a los niños por su nombre de pila y dirigirse a los padres como «Sr. o Sra.» 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.
- Tratar a los adolescentes como adultos porque tienden a responder mejor cuando se les trata como tales.
- Recordar que los adolescentes tienen derecho a la confidencialidad. Después de hablar con los padres sobre los antecedentes, hablar a solas con los adolescentes.

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. La mayoría de los ancianos pueden adaptarse al cambio y aprender sobre su salud.

1.9 Signos vitales

Los signos vitales (SV) son valores que permiten estimar la efectividad de la circulación, de la respiración y de las funciones neurológicas basales y su réplica a diferentes estímulos fisiológicos y patológicos.

A. Pulso arterial y frecuencia cardíaca

El pulso arterial es la onda pulsátil de la sangre, originada en la contracción del ventrículo izquierdo del corazón y que resulta en la expansión y contracción regular del calibre de las arterias; representa el rendimiento del latido cardíaco y la adaptación de las arterias. La velocidad del pulso, es decir los latidos del corazón por minuto, corresponde a la frecuencia cardíaca.

Las características que se estudian al palpar el pulso arterial son:

- -Frecuencia: número de ondas percibidas en un minuto.
- -Ritmo: el ritmo es normal regular.
- -Volumen o amplitud: Normal cuando el pulso es fácilmente palpable, desaparece intermitente y todos los pulsos son simétricos, con elevaciones plenas, fuertes y rápidas.
- -Elasticidad: capacidad de expansión o deformación de pared arterial bajo la onda pulsátil. Una arteria normal, es lisa, suave y recta.

□ Técnica para tomar el pulso arterial (radial).

1. El paciente debe estar cómodo con la extremidad apoyada o sostenida con la palma hacia arriba.
2. Aplique suavemente las yemas de su dedo índice y medio en el punto en que la arteria pasa por el hueso.
3. Cuente los latidos durante 15, 20 ó 30 segundos y multiplique ese valor por 4, 3 o 2 respectivamente si el pulso es regular. Si el pulso refleja alguna irregularidad, se debe llevar el conteo durante un minuto completo o incluso más.
4. Registre e interprete el hallazgo y tome las decisiones pertinentes.

Sitios para tomar el pulso

Pulso temporal (arteria temporal), pulso carotideo (arteria carótida), pulso braquial (arteria humeral), pulso radial (arteria radial), pulso femoral (arteria femoral), pulso poplíteo (arteria poplíteo), pulso pedio (arteria pedio), pulso tibial (arteria tibial posterior) y pulso apical (en el ápex cardiaco), Los más utilizados con el pulso carotideo, radial, braquial y femoral.

Recomendaciones para la valoración del pulso.

- Manos limpias, secas y en lo posible tibias.
- Ponga al paciente en reposo al menos unos 10 a 15 minutos antes de controlar el pulso.
- Verificar si el paciente ha recibido medicamentos que afectan la frecuencia cardiaca.
- Evitar usar el dedo pulgar, porque el latido de este dedo es muy fuerte y se pueden confundir los pulsos del paciente y del examinador.
- Oprima suavemente la arteria para no hacer desaparecer totalmente el pulso.
- Pulso cardiaco apical y los tonos cardiacos se valoran mediante auscultación. Con el estetoscopio y con palpación en el infante.
- Palpar cada pulso en forma individual para evaluar sus características y en forma simultánea para detectar cambios en la sincronización y la amplitud.

Alteraciones de la frecuencia cardiaca y el pulso.

- -Taquicardia sinusal: FC elevada mayor de 100 latidos por minuto, que no sobrepasa los 160.
- -Bradycardia sinusal: FC entre 40 y 60 latidos por minuto.
- -Pulso amplio: por grandes presiones diferenciales (insuficiencia aórtica).
- -Pulso duro: común en el anciano por arteriosclerosis.
- -Pulso débil: tono muy bajo (estenosis aórtica, deshidratación, hemorragias severas y shock).
- -Pulso arrítmico: arritmias cardiacas.
- -Pulso filiforme y parvus: debilidad extrema y pulso casi imperceptible (estado agónico y severa falla de bomba cardiaca).
- -Pulso alternante: característica cambiantes, suele indicar mal pronóstico (miocardiopatía o lesión de la fibra cardiaca).

Técnica para tomar la frecuencia.

1. Colocar al paciente en sedestación o decúbito supino.
2. Colocar el diafragma del estetoscopio en el 5to espacio intercostal, línea medioclavicular izquierda.
3. Contar los latidos en 6, 15 o 30 segundos, y multiplicarlo por 10, 4 o 2 según corresponda, para obtener el número de latidos por minuto.

Valores normales

B. temperatura corporal

Se define como el grado de calor conservado por el equilibrio entre el calor generado (termogénesis) y el calor perdido (termólisis) por el organismo.

- El termómetro.

La temperatura corporal se mide a través de un termómetro clínico.

- Técnica para tomar la temperatura.

1. Asegúrese de que la columna de mercurio marque menos de 35°C.
2. Limpie con una torunda alcoholada el termómetro, para desinfectarlo.
3. Tiempo de coloración:
 - -Bucal: 3 minutos. En pacientes sin alteración de conciencia.
 - -Axila o ingle: previamente secas, colocar el termómetro 3 a 5 minutos.
 - -Rectal: paciente en decúbito lateral con genuflexión de los miembros inferiores,
 - introducir en el recto el termómetro lubricado, esperar 1 minuto.
4. Para todos los casos retire el termómetro y léalo.
5. Interprete y actúe ante evidencia de alteración.

- Recomendaciones y precauciones.

1. Use de manera personalizada el termómetro.
2. El bulo debe estar completamente en contacto con la zona anatómica elegida, que debe estar seca y tener buena irrigación.

3. Toma rectal contraindicada en personas con diarrea, procesos inflamatorios anales o rectales, o que no colaboren (problemas mentales).
4. Para toma de temperatura oral basal, no haber fumado, comido o bebido líquidos calientes o fríos 15 minutos antes. Evitar esta toma en niños, pacientes inconscientes, con disnea, tos, hipo, vómito o con lesiones en boca.

□ Alteraciones de la temperatura.

- -Hipotermia: temperatura central $\leq 35^{\circ}\text{C}$.
- -Febrícula: temperatura mayor a la normal y hasta los 38°C .
- -Fiebre: elevación de la temperatura corporal central por encima de las variaciones diarias normales mayor de 38°C .
- -Hiperpirexia: temperatura muy elevada mayor a 41°C .
- -Hipertermia: fallan los mecanismos de control de la temperatura, de manera que la producción de calor excede a la pérdida de éste

Según la forma de la curva térmica (tipos de fiebre):

- -Continua: constantemente alta, oscilación diaria inferior a un grado.
- -Intermitente: se caracteriza por elevaciones térmicas que retornan a los valores normales, durante cada día de fiebre.
- -Remitente: no baja a valores normales durante cada día de fiebre.
- -Reincidente o recurrente: se dan cortos periodos febriles de pocos días intercalados con periodos de 1 a 2 días de temperatura normal.

C. Frecuencia respiratoria

El ciclo respiratorio comprende una fase de inspiración y otra de espiración.

Técnica para valorar la frecuencia respiratoria mediante inspección.

1. Lo más cómodo posible y sin alertar al paciente mire y cuente los movimientos torácicos.
2. Cuente durante 30" y multiplique este valor por 2 si la respiración es regular.
3. Registre el dato, interprete y actúe según el hallazgo.

1.10 Recogida de muestras biológicas

Es muy probable que sepas que una muestra es "una parte de algo".

Recogida de muestras de orina

Las características de la orina pueden informarnos sobre el funcionamiento del aparato urinario y también aporta datos referentes a otros órganos.

Recogida de orina en niños y lactantes

Si están sondados, cualquiera que sea la edad, se recogerá la orina de modo similar a como se realiza en los adultos. Este cometido lo realizan los ATS/DUEs.

Recogida de muestras de heces

El contenido del intestino grueso a medida que va avanzando por él, y gracias a la absorción de agua, se va convirtiendo en una masa pastosa y sólida.

El color habitual en las heces del adulto es marrón parduzco pero en el lactante es amarillento. ¡Ojo!, muchos alimentos, fármacos y enfermedades pueden alterar el color.

Muestras de sangre

El análisis de la sangre se realiza a partir de la extracción de una muestra obtenida por punción. La extracción de la sangre es cometida del ATS/DUE y de los analistas.