



Nombre de alumno: Jesus Eduardo Gordillo Martínez

Nombre del profesor: María del Carmen López Silba

Nombre del trabajo: Resumen Digital

Materia: Fundamentos de Enfermería

Grado: "1"

Grupo: "B"

PASIÓN POR EDUCAR

Comitán de Domínguez Chiapas septiembre de 2021.

UNIDAD I PROCESO DE ENFERMERIA

1.1 Proceso de Enfermería.

En el proceso de enfermería son los cuidados y atención de una forma racional lógica y sistemática que es vital importancia Cuando se trabaja en el ámbito de enfermería. Consistía en un proceso de 3 frases: valoración, planeación y ejecución. Yura y Walsh en 1976 establecieron 4 frases: valoración, planificación, ejecución y evaluación. Fase diagnóstica ha sido incluida entre 1974 y 1976 por Bloch, Roy y Aspinall, quedando a partir de entonces el PAE como en la actualidad conocemos: valoración diagnóstica, planificación ejecución y evaluación. Y si comentamos las ventajas estas poseen repercusiones sobre la profesión, tomando en cuenta la enfermería como una disciplina con un carácter científico que se reúne en la respuesta humana del sujeto; sobre el paciente que participa en su propio cuidado y este se le presta de manera continua y con calidad en la atención de manera individualizada, y sobre todo la enfermera, aumentando su satisfacción y su crecimiento profesional frente a la consecución de objetivos, provoca que se convierta en experta, le impide omisiones repeticiones innecesarias optimizando la época además de hacer una valoración continua del paciente, debido a la fase de evolución, que posibilita la retroalimentación del proceso.

Características del proceso:

Tiene una finalidad, se dirige a un objetivo.

Es sistemático

Es dinámico y interactivo

Es flexible

Tiene una base teórica y se puede aplicar a cualquier modelo de enfermería

Valoración: Ese proceso organizado y sistemático de recogida y recopilación de datos sobre el estado de salud del paciente.

Diagnostico: El paciente requiere intervención de diagnóstico en urgencias incluidos de la nada; dolor agudo, deterioro de la integridad cutánea, mantenimiento inefectivo de la salud, deterioro de la salud física. En esta fase identificamos los problemas y formulamos tantos los diagnósticos de enfermería como los problema interdependiente.

Planificación: Es la organización del plan de cuidados se deben establecer unas prioridades objetivas taxonomía intervenciones y actividades.

Ejecución: Es llevar a la práctica los cuidados problemas y las necesidades de cada persona tratada.

Evaluacion: En la última fase valora la enfermería son eficacia y efectiva ya que tendrá que ir introducción modificación en el plan de cuidados.

1.2 Primera etapa. Valoración de enfermería objetivo.

El proceso de enfermero es un proceso pensamiento crítico que las enfermeras profesionales utilizan ejercer la mejor prueba disponible para proporcionar cuidados. Es el modelo importante para proteger a los pacientes. El proceso enfermero es también un estándar de práctica que,

UNIDAD I PROCESO DE ENFERMERIA

cuando si sigue de manera correcta, protege. Cómo estudiantes de enfermería se aprende las 5 etapas de protege, proceso de enfermero. Sin embargo, en realidad el proceso de enfermero es dinámico y continuo. Cuando nos encontremos con un paciente aplicamos el proceso de enfermería. Una vez que se definen los diagnósticos de enfermería apropiados, se crea un plan de cuidados. La planificación incluye el establecimiento de objetivos y resultados esperados para los cuidados y la selección intervenciones. Después de realizar la interrupciones se evalúa las respuestas del paciente y si las intervenciones fueron eficaces. Hay 5 fases del proceso enfermero:

Valorar Evaluar Implementar Planificar Diagnosticar

La valoración de enfermería incluye dos etapas :

- 1- Recogida de información de una muerte primaria y de las fuente secundarias.
- 2- La interpretación y validación de los datos para garantizar una completa base de datos .

-Recogida de Datos: Se realiza la valoración para recopilar la información necesaria para hacer in juicio preciso sobre el estado actual del paciente. Los enfermeros y enfermeras deben poseer adecuada valoración del cliente.

-Tipos de datos a recoger: Información concreta, referido a su estado de salud o las respuestas del paciente como consecuencia de su estado. Los tipos de estados son:

*Datos subjetivos *Datos objetivos *Datos actuales * Daros históricos

En la entrevista clínica; existe dos tipos de entrevista que puede ser formal o informal.

-La entrevista formal es la cual la enfermera realiza la historia del paciente durante el curso de los cuidados.

-El aspecto informal es cuando la enfermera y el paciente están siempre durante el curso de los cuidados.

La segunda es la Observación : Es el primer momento de encuentro con el paciente, la enfermera comienza la fase de recolección de datos para la observación, que continúa través de la relación enfermera-paciente.

La exploración Física : Es la actividad final de recolección de datos es el examen físico. Debe explicarse al paciente en qué consiste el examen y pedí permiso para efectuar. Se centra en determinar en profundidad la respuesta de las personas al proceso de la enfermedad, y obtener una base de datos para poder establecer comparaciones Y valorar la eficacia de las actuaciones, confirmar los datos objetivos obtenidos durante la entrevista. La enfermera utiliza cuatro técnicas específicas...

- Inspección
- Palpación
- Percusión
- Auscultación

UNIDAD I PROCESO DE ENFERMERIA

1.3 Segunda Etapa: Diagnostico de enfermería.

Según se utiliza el PAE de 4 fases o el de 5 es el paso final del proceso de valoración o la segunda fase. Diagnóstico de enfermería reales se refiere a una situación que existe en el momento actual. Si las funciones de enfermería tiene tres dimensiones, dependiente, interdependiente e independiente.

- La dimensión dependiente de las practica de la enfermera incluye aquellos problemas y responsabilidades directa al médico. Tiene que administrar el tratamiento médico prescrito .
- La dimensión interdependiente son los problemas, descripciones o tratamientos que colabora con otros profesionales de la salud.
- La dimensión independiente es toda la responsabilidad de la enfermera y no es supervisada por un profesional.

Los pasos de esta fase son :

- ~ Identificación de problemas.
- ~ Formulación de problemas.

Hay que considerar la importancia de los beneficios específicos de una taxonomía diagnostica en los distintos ámbitos del que hacer profesionales.

~ Investigación ~ Docencia ~ Asistencial ~ Gestión

- Fisiopatológicos (biológicos y psicológicos)
- De tratamiento
- De maduración

Tipos de Diagnósticos:

*Real *Alto Riesgo * Posible *De bienestar

1.4 Tercera etapa planificación de cuidados.

En esta fase se trata de establecer y llevar acabo unos cuidados de enfermería que conduzca al cliente a prevenir reducir o eliminar los problemas detectados. La fase de planeación del proceso de enfermeria incluye cuatro etapas, Carpenito (1987) e Iyer (1989). Etapas en el plan de cuidados.

- Establecer prioridades en los cuidados: Los problemas y necesidades que presentan una familia y una comunidad, pocas veces pueden ser ordenada jerárquicamente los problemas destacados.

UNIDAD I PROCESO DE ENFERMERIA

- Planeación de los objetos del cliente con resultado esperados: Esto es determinar los criterios de resultados. Describir los resultados esperados, tanto por parte de los individuos o de la familia como parte de los profesionales.

1.4 EJECUCION:

La fase de ejecución es la cuarta parte de un plan de cuidados, esa etapa es cuando realmente se pone en práctica el plan de cuidados elaborado. La ejecución implica estas actividades de enfermera.

- Continuar con la recogida y valoración de datos.
- Realizar las actividades de enfermería.
- Anotar los cuidados de enfermería existen diferentes formas de hacer anotaciones, como son los dirigidos hacia los problemas.
- Dar los informes verbales de enfermería.
- Mantener el plan de cuidados actualizados.

1.5 EVALUACION.

Se define como la comparación planificada y sistematizada en el estado de salud del paciente y los resultados esperados. Evaluar es emitir el juicio sobre un objeto, acción, trabajo, situación o persona comparándolo con uno o varios criterios. Las distintas áreas sobre las que se evalúan los resultados esperados son según:

- Aspecto general y funcionamiento del cuerpo.
- Señal y síntomas específicos.
- Conocimientos.
- Capacidades psicomotoras (habilidades).
- Estado emocional.
- Situación espiritual (modelo holístico de la salud)

Una característica en la evolución, que es continua así podemos ver como evoluciona el cliente de salud.

1.6 BASES SEMIOLOGICAS DE LA VALORACION DEL PACIENTE.

Semiología aplicada a la enfermería: Es el estudio de los signos y síntomas de una enfermedad.

SEMIOTECNIA: Es la técnica para obtener signos como signos (se busca a través del tacto, oído, vista, olfato).

UNIDAD I PROCESO DE ENFERMERIA

*Objetivo: A partir de los datos recabados por el interrogatorio el examen físico y los estudios complementarios se llega al diagnóstico enfermero.

*Problema: ES todo aquello que requiere atención por parte de la enfermera. Es una queja, observación o circunstancia percibida, por el personal de enfermería o el paciente que afecta la capacidad funcional del individuo. Un problema puede ser un diagnóstico, pero también un síntoma, una situación laboral etc.

*Síntoma: Es lo manifestado por el paciente, lo que él siente. Es un dato subjetivo. prurito, dolor, disnea.

*Signo: Es lo que puede ser observado, palpado o auscultado por la enfermera. Se puede medir.

*Síndrome: Es el conjunto de síntomas y signos relacionados entre sí, que tienen una fisiopatología común y que obedecen a distintas etiologías.

*Historia clínica: Es el registro completo de la información obtenida a través del interrogatorio del paciente, el examen físico, de los estudios complementarios que se efectúen.

1.7 Entrevista clínica.

Las enfermeras utilizan entrevistas centradas en el paciente, la historia clínica de enfermería, la exploración física y los resultados, durante una entrevista de valoración debemos animar a los pacientes a contar sus historias sobre sus enfermedades o problemas de salud.

En una entrevista centrada en el paciente una conversación ordenada con el mismo permite que éste determine el punto de partida e iniciar el discurso sobre sus problemas de salud. Una entrevista acertada requiere preparación, incluyendo la revisión de toda la información disponible sobre el paciente, la preparación del entorno de la entrevista y la elección del momento para evitar interrupciones.

Una entrevista inicial centrada en el paciente implica:

- Preparar el escenario.
- Recopilar la información sobre los problemas del paciente y establecer un programa.
- Recoger la valoración o una historia clínica de enfermería.
- Finalizar la entrevista.

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

1.8 Exploración física.

La valoración de la salud y la exploración física son los primeros pasos hacia la prestación de cuidados de enfermería seguros y competentes. La enfermera está en una posición única para determinar el estado de salud actual de cada paciente, distinguir las variaciones de la norma y reconocer la mejoría o el deterioro en su enfermedad. Una valoración completa implica la elaboración de la historia de salud y la exploración conductual y física. Mediante la entrevista de la

UNIDAD I PROCESO DE ENFERMERIA

historia de salud, la enfermera recopila datos subjetivos sobre el estado de un paciente. Obtiene datos objetivos mientras observa la conducta y las manifestaciones generales de un paciente. Identifica datos objetivos adicionales mediante una revisión de los sistemas corporales de la cabeza a los pies durante la exploración física.

- **Objetivos:** Una exploración física se realiza como una evaluación inicial en el triaje para la atención de urgencia; para los exámenes habituales para promover conductas saludables y medidas preventivas de atención sanitaria. Después de considerar el estado actual del paciente, una enfermera selecciona una exploración física focalizada en un sistema o área específicos. Cuando el paciente ya no tiene riesgo de un mal resultado o una lesión, la enfermera realiza una exploración más completa de otros sistemas corporales.
- **Entorno:** Una exploración física respetuosa y considerada requiere intimidad. En el entorno de cuidados agudos, las enfermeras realizan valoraciones en la habitación de un paciente. Los espacios de exploración deben estar bien equipados para cualquier procedimiento. Es necesario iluminar correctamente las partes del cuerpo. Se debe eliminar el ruido adicional y tomar medidas para prevenir interrupciones.
- **Equipamiento:** La enfermera debe realizar la higiene de manos a fondo antes de manipular el equipamiento y empezar una exploración. Debe disponer el equipamiento necesario de modo que esté fácilmente accesible y sea fácil de utilizar.
- **Preparación física del paciente:** Para mostrar respeto por un paciente, la enfermera debe asegurarse de que las necesidades físicas de confort están satisfechas. Antes de comenzar, debe preguntar si el paciente necesita utilizar el baño. Una vejiga y un intestino vacíos facilitan la exploración del abdomen, de los órganos genitales y del recto. La recogida de orina o de muestras fecales se realiza en este momento si es necesario. La preparación física implica asegurarse de que la intimidad del paciente se mantiene con el apropiado vestido y cubrimiento. 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 el tiempo necesario para desnudarse para 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. Durante la exploración un paciente puede necesitar adoptar más de una postura.
- **Preparación psicológica de un paciente:** Una explicación cuidadosa del objetivo y de los pasos de cada valoración permite al paciente saber qué esperar y cómo cooperar. La enfermera debe considerar las normas culturales o sociales al realizar

UNIDAD I PROCESO DE ENFERMERIA

una exploración en una persona del sexo opuesto. Cuando la enfermera mantiene la calma, es más probable que el paciente se relaje.

- Organización de la exploración: La enfermera llevará a cabo una exploración física mediante la valoración de cada sistema corporal. Debe reflexionar y asegurarse de que una exploración es pertinente e incluye las valoraciones correctas. 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.
- 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. Los movimientos físicos y los componentes estructurales pueden también ser identificados de una manera informal.
- Palpación: Es la apreciación manual de la sensibilidad, temperatura, consistencia, forma, tamaño, situación y movimientos de la región explorada, ello valiéndonos de la sensibilidad táctil, térmica y vibratoria, así como de los sentidos de presión y estereognosico de las manos. 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.
- Percusión: Consiste en la apreciación por el oído, de los fenómenos acústicos, generalmente ruidos que se originan cuando se golpea la superficie externa del cuerpo. Puede ser practicada golpeando la superficie externa del cuerpo con las manos desnudas, o valiéndose de un martillo especial.
- Auscultación: Consiste en la apreciación con el sentido de la audición, de los fenómenos acústicos que se originan en el organismo, ya sea por la actividad del corazón, o por la entrada y salida de aire en el sistema respiratorio, o por el tránsito en el tubo digestivo, o finalmente por cualquier otra causa.
- Uso del 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.
- Examen general: Cuando un paciente entra por primera vez en la sala de exploración, hay que observar su forma de andar y el aspecto general y prestar atención a su conducta y forma de vestir. Un examen o una valoración general de las manifestaciones del paciente y de la conducta proporcionan información sobre

UNIDAD I PROCESO DE ENFERMERIA

las características de una enfermedad. Hay que valorar el aspecto y la conducta mientras se prepara al paciente para la exploración.

1.9 Signos vitales.

- * **Constancias vitales:** Nos referimos a la tensión arterial, la frecuencia cardíaca, la frecuencia respiratoria, la saturación de oxígeno y la temperatura. Estos parámetros reflejan un estado de equilibrio en el organismo y nos sirven como signo de alarma para detectar que algo no funciona.
- * **Tallas y peso:** La talla y el peso reflejan el estado de salud general de una persona. El peso se mide de manera rutinaria durante los controles de salud, las visitas a las consultas o clínicas de los médicos y en el ingreso al hospital. Hay que valorar las tendencias en los cambios de peso comparados con la altura en busca de signos de mala salud. Las valoraciones buscan los cambios anormales del peso. El peso de un paciente varía normalmente a diario debido a la pérdida o la retención de líquidos.
- * **Pautas para medir las constantes vitales:** Las constantes vitales son una parte de la base de datos de la valoración. Establecer una base de datos de las constantes vitales durante una exploración física habitual sirve como línea de partida para valoraciones futuras. Debe utilizar las mediciones de las constantes vitales para determinar las indicaciones para la administración de la medicación.
- * **Temperatura corporal:** La temperatura corporal es la diferencia entre la cantidad de calor producida por los procesos corporales y la cantidad de pérdida de calor al entorno externo.
- * **Pulso:** El pulso son los saltos palpables del flujo sanguíneo observados en varios puntos del cuerpo. La sangre fluye a través del cuerpo en un circuito continuo. El pulso es un indicador del estado circulatorio.
- * **Valoración del pulso:** La enfermera puede valorar cualquier arteria para la frecuencia del pulso, pero normalmente utiliza la arteria radial porque es más fácil de palpar. Cuando el estado de un paciente empeora de repente, se recomienda la zona de la carótida para encontrar rápidamente el pulso. Las localizaciones radial y apical son las zonas más comunes para la valoración de la frecuencia del pulso.
- * **Respiración:** La respiración es el mecanismo que el cuerpo utiliza para intercambiar los gases entre la atmósfera y la sangre y la sangre y las células. La respiración implica ventilación, difusión y perfusión. La valoración precisa de la respiración depende del reconocimiento de los movimientos torácicos y abdominales.

UNIDAD I PROCESO DE ENFERMERIA

* Valoración de la ventilación: La respiración es la constante vital más fácil de valorar, pero a menudo se mide de forma desordenada. Un cambio brusco en el carácter de la respiración es importante. Debido a que la respiración está ligada al funcionamiento de numerosos sistemas corporales, hay que tener en cuenta todas las variables cuando se producen cambios.

* Frecuencias respiratoria: n. La frecuencia respiratoria normal varía con la edad. El monitor de apnea es un dispositivo que ayuda a la valoración de la frecuencia respiratoria. Este dispositivo utiliza unas guías fijadas a la pared torácica del paciente que detectan el movimiento.

* Profundidad de ventilación: Debe describir los movimientos ventilatorios como profundos, normales o poco profundos. Una respiración profunda implica una expansión completa de los pulmones con exhalación completa. La respiración es poco profunda cuando sólo una pequeña cantidad de aire pasa a través de los pulmones y el movimiento ventilatorio es difícil de ver.

* Ritmo de la ventilación: La respiración diafragmática es el resultado de la contracción y relajación del diafragma, y se observa mejor mirando los movimientos abdominales.

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

* Proceso de enfermería y constantes vitales respiratorias: La medición de la frecuencia respiratoria, el patrón y la profundidad, junto con la SpO₂, valora la ventilación, difusión y perfusión. Los datos de la valoración respiratoria son características definitorias de muchos diagnósticos de enfermería. > Intolerancia a la actividad > Limpieza de las vías aéreas > Ansiedad > Patrón respiratorio ineficaz > deterioro del intercambio de gases > Dolor agudo > Perfusión tisular.

* Presión arterial: Para obtener un valor correcto a la hora de tomar la tensión arterial, debemos tener en cuenta algunas recomendaciones: La persona debe estar al menos 5 minutos en reposo antes de la toma. No haber tomado ninguna bebida excitante, ni fumado, ni comido en la media hora anterior a la toma.

* 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.

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

UNIDAD I PROCESO DE ENFERMERIA

aumento de la FC, una mayor contractilidad del músculo cardíaco o un aumento del volumen sanguíneo.

* Resistencia periférica: La PA depende de la resistencia vascular periférica. La sangre circula a través de la red de arterias, arteriolas, capilares, vénulas y venas. Las arterias y arteriolas están rodeadas de músculo liso que se contrae o relaja para cambiar el tamaño de su luz. 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 la sangre: El volumen de sangre que circula dentro del sistema vascular afecta a la PA. La mayoría de los adultos tienen un volumen de sangre circulatorio de 5.000 ml. Normalmente el volumen de sangre permanece constante. Sin embargo, un aumento del volumen ejerce más presión sobre las paredes arteriales.

* Viscosidad: La densidad o viscosidad de la sangre afecta a la facilidad con que la sangre fluye a través de los vasos pequeños. El hematocrito, o porcentaje de eritrocitos en la sangre, determina la viscosidad de la sangre.

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

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

* Edad: La PA aumenta durante la niñez. La enfermera debe evaluar el nivel de la PA de un niño o adolescente con respecto al tamaño y edad de su cuerpo. La PA de un adulto tiende a elevarse con el avance de la edad. Los ancianos a menudo tienen una subida de la presión sistólica relacionada con la disminución de la elasticidad de los vasos.

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

* sexo: No existe diferencia clínica significativa de la PA entre chicos y chicas. Después de la pubertad los varones tienden a tener lecturas de PA más altas. Después de la menopausia las mujeres tienden a tener niveles de PA más altos que los varones de edad similar.

* Medicación: Algunos medicamentos afectan directa o indirectamente a la PA. Antes de la valoración de la PA la enfermera debe preguntar si el paciente está tomando antihipertensivos u otros medicamentos cardíacos, que hacen bajar la PA.

UNIDAD I PROCESO DE ENFERMERIA

- * **Actividad y peso:** Un período de ejercicio puede reducir la PA durante varias horas después, El ejercicio inadecuado contribuye frecuentemente a ganar peso, y la obesidad es un factor en el desarrollo de la hipertensión.
- * **Fumar:** Fumar provoca vasoconstricción, un estrechamiento de los vasos sanguíneos. La PA se eleva cuando una persona fuma y vuelve a su nivel basal aproximadamente 15 minutos después de dejar de fumar.
- * **Hipertensión:** La alteración más común de la PA es la hipertensión. La hipertensión es a menudo asintomática.
- * **Auscultación:** El mejor entorno para medir la PA por auscultación es una habitación tranquila a una temperatura confortable. Aunque el paciente puede estar acostado o de pie, sentado es la posición preferida. La valoración de la PA da lugar a muchas decisiones clínicas e intervenciones de enfermería.
- * **Valoración en niños:** Todos los niños desde los 3 años a la adolescencia necesitan que se les compruebe la PA al menos anualmente. La PA en los niños cambia con el crecimiento y el desarrollo. La enfermera ayuda a los padres a entender la importancia de esta exploración habitual para detectar a los niños que tienen riesgo de hipertensión.
- * **Estetoscopio de ultrasonido:** 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.

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 precisar los diagnósticos, tratamiento y evolución de los pacientes, por lo que es determinante la calidad en la toma de las muestras. Los tiempos en que la enfermería, a partir de modelos paradigmáticos, se dedicaba a cumplir rutinas más o menos precisas, han cedido el paso al ejercicio de la profesión de forma más profunda.

El personal de enfermería Debe tener capacidad para reconocer e interpretar signos normales o cambiantes de salud/mala salud, sufrimiento, incapacidad de la persona. En pacientes de alto riesgo el personal de enfermería debe estar preparado para reconocer rápidamente las distintas patologías concomitantes. Debe identificar y priorizar diagnósticos de enfermería problemas colaborativos.