



**Nombre de alumno: Josmary Selinette
Albores Hernández**

Nombre del profesor:

Nombre del trabajo: Resumen Digital

Materia: Fundamentos De Enfermería

PASIÓN POR EDUCAR

Grado: 1 ro

Grupo: "B"

Comitán de Domínguez Chiapas a 23 de septiembre de 2021.

1.1 PROCESO DE ENFERMERIA

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, lo que resulta de vital importancia cuando se trabaja en el ámbito de enfermería.

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.

La etapa diagnóstica fue incluida entre 1974 y 1976 por Bloch, Roy y Aspinall, quedando desde entonces el PAE como actualmente conocemos:

- VALORACIÓN • DIAGNÓSTICO • PLANIFICACIÓN
- EJECUCIÓN • EVALUACIÓN

UNIDAD 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 nos permite prestar cuidados de una forma racional, lógica y sistemática, lo que resulta de vital importancia cuando se trabaja en el ámbito de enfermería

Como antecedentes históricos

El PAE tiene sus orígenes, cuando fue considerado un proceso en 1955, gracias a Hall, a la que posteriormente se unieron otras teóricas como Jonhson en 1959, Orlando en 1961 y Wiedenbach en 1963. Consistía en un proceso de tres etapas: valoración, planeación y ejecución. yura y Walsh en 1967, 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.

Características del proceso:

- Tiene una finalidad, se dirige a un objetivo.
- Es sistemático.
- Es dinámico e interactivo
- Es flexible.
- Tiene una base teórica y se puede aplicar a cualquier modelo de enfermería.

Etapas del proceso

1. **VALORACIÓN:** Es el proceso organizado y sistemático de recogida y recopilación de datos sobre el estado de salud del paciente. Se puede hacer basándonos en distintos criterios, siguiendo un orden "cabeza a pies", por "sistemas y aparatos" o por "patrones funcionales de salud". Se recogen los datos, que han de ser validados, organizados y registrados.

2. **DIAGNÓSTICO:** 2ª Etapa del proceso, es el enunciado del problema real o potencial del paciente, que requiera de la intervención enfermera para disminuirlo o resolverlo. Ejemplos de diagnósticos en urgencias incluidos en la NANDA: dolor agudo, deterioro de la integridad cutánea, mantenimiento inefectivo de la salud, deterioro de la movilidad física, etc. En esta fase, identificamos los problemas y los formulamos, tanto los diagnósticos de enfermería como los problemas interdependientes.

3. **PLANIFICACIÓN:** es la organización del plan de cuidados, se deben establecer unas prioridades, plantear unos objetivos según la taxonomía NOC, elaborar las intervenciones y actividades de enfermería 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, unos criterios de resultados, las actividades enfermeras y un informe de evolución.

4. EJECUCIÓN: Es llevar a la práctica el plan de cuidados. Se realizarán todas las intervenciones 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. Una característica de esta etapa es continua, pueden resolverse los diagnósticos establecidos o bien surgir otros nuevos, se tendrán que ir introduciendo modificaciones en el plan de cuidados para que la atención resulte más efectiva.

1.2.- PRIMERA ETAPA. VALORACIÓN DE ENFERMERÍA

El proceso enfermero es un proceso de pensamiento crítico que las enfermeras profesionales utilizan para aplicar la mejor evidencia disponible para proporcionar cuidados y promover las funciones y respuestas humanas a la salud y a la enfermedad (American Nurses Asociación, 2010). Es el modelo fundamental para cuidar a los pacientes. El proceso enfermero es también un estándar de práctica,

que, cuando se sigue correctamente, protege 10 a las enfermeras frente a problemas legales relacionados con la atención.

Cada vez que nos encontramos con un paciente, aplicamos el proceso de enfermería para proporcionar unos cuidados apropiados y efectivos. El proceso comienza con la primera fase, la valoración, la recogida y el análisis de la información sobre el estado de salud del paciente. Entonces se realizan juicios clínicos a partir de la valoración para identificar la respuesta del paciente a los problemas de salud en forma de diagnósticos enfermeros. Una vez que se definen los diagnósticos de enfermería apropiados, se crea un plan de cuidados. La planificación incluye el establecimiento de 11 objetivos y resultados esperados para los cuidados y la selección de intervenciones (de enfermería y de colaboración) individualizadas para cada uno de los diagnósticos enfermeros del paciente. La fase siguiente, la implementación, implica la realización de las intervenciones previstas. Después de realizar intervenciones, se evalúa la respuesta del paciente y si las intervenciones fueron eficaces. El proceso de enfermería es fundamental para proporcionar cuidados apropiados en el momento correcto a los pacientes.

Enfoque de pensamiento crítico sobre la valoración:

La valoración es la recogida intencionada y sistemática de información sobre un paciente para determinar su estado de salud y funcional actual y pasado y sus patrones de afrontamiento actuales y pasados (Carpenito- Moyet, 2009). La valoración de enfermería incluye dos etapas:

1. Recogida de información de una fuente primaria (el paciente) y de las fuentes secundarias (p. ej., miembros de la familia, profesionales sanitarios e historia clínica).
2. La interpretación y validación de los datos para garantizar una completa base de datos. El propósito de la valoración es establecer una base de datos sobre las necesidades, los problemas de salud, y las respuestas a estos problemas, percibidos por los pacientes.

Además, los datos revelan experiencias, prácticas sanitarias, objetivos, valores y expectativas sobre el sistema sanitario.

Las enfermeras y enfermeros deben poseer unos requisitos previos para realizar una adecuada valoración del cliente, estos requisitos previos son:

- Las convicciones del profesional: conforman la actitud y las motivaciones del profesional, lo que piensa, siente y cree sobre la enfermería, el hombre, la salud, la enfermedad, etc. Estas convicciones se consideran constantes durante el proceso.
- Los conocimientos profesionales: deben tener una base de conocimientos sólida, que permita hacer una valoración del estado de salud integral del individuo, la familia y la comunidad. Los conocimientos deben abarcar también la resolución de problemas, análisis y toma de decisiones.
- Habilidades: en la valoración se adquieren con la utilización de métodos y procedimientos que hacen posible la toma de datos.
- Comunicarse de forma eficaz. Implica el conocer la teoría de la comunicación y del aprendizaje.
- Observar sistemáticamente. Implica la utilización de formularios o guías que identifican los tipos específicos de datos que necesitan recogerse.
- Diferenciar entre signos e inferencias y confirmar las impresiones. Un signo es un hecho que uno percibe a través de uso de los sentidos y una inferencia es el juicio o interpretación de esos signos. 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, obteniendo la máxima información en el tiempo disponible de la consu1ta de Enfermería.

La sistemática a seguir puede basarse en distintos criterios:

- Criterios de valoración siguiendo un orden de "cabeza a pies": sigue el orden de valoración de los diferentes órganos del cuerpo humano, comenzando por el aspecto general desde 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 a continuación cada sistema o aparato de forma independiente, comenzando por las zonas más afectadas. Criterios de valoración por 16 "patrones Funcionales de Salud": la recogida de datos pone de manifiesto los hábitos y costumbres del individuo/familia determinando el funcionamiento positivo, alterado o en situación de riesgo con respecto al estado de Salud.

1.3. SEGUNDA ETAPA: DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

En el diagnóstico de enfermería real se refiere a una situación que existe en el momento actual. Problema potencial se refiere a una situación que puede ocasionar dificultad en el futuro.

Un diagnóstico de enfermería no es sinónimo de uno médico.

Si las funciones de Enfermería tienen tres dimensiones, dependiente, interdependiente e independiente, según el nivel de decisión que corresponde a la enfermera, surgirán problemas o necesidades en la persona que competirán a un campo u otro de actuación:

- La dimensión dependiente de la práctica de la enfermera incluye aquellos problemas que son responsabilidad directa del médico que es quien designa las intervenciones que deben realizar las enfermeras. La responsabilidad de la enfermera es administrar el tratamiento médico prescrito.
- La dimensión interdependiente de la enfermera se refiere a aquellos problemas o situaciones cuya prescripción y tratamiento colaboran las enfermeras y otros profesionales de la Salud. Estos problemas se describirán como problemas colaborativo o interdependiente, y son

complicaciones fisiológicas que las enfermeras 23 controlan para detectar su inicio o su evolución y colaboran con los otros profesionales para un tratamiento conjunto definitivo

- Dimensión independiente de la enfermera, es toda aquella acción que es reconocida legalmente como responsabilidad de Enfermería, y que no requiere la supervisión o dirección de otros profesionales. Son los Diagnósticos de Enfermería. (D.E.)

Cada categoría diagnóstica tiene 4 componentes:

- 1.- Etiqueta descriptiva o título: Ofrece una descripción concisa del problema (real o potencial). Es una frase o término que representa un patrón.
- 2.- Definición: Expresa un significado claro y preciso de la categoría y la diferencia de todas las demás.
- 3.- Características definitorias: Cada diagnóstico tiene un título y una definición específica, ésta es la que nos da el significado propiamente del diagnóstico, el título es solo sugerente.
- 4.- Las características que definen el diagnóstico real son los signos y síntomas principales siempre presentes en el 80-100% de los casos. Otros signos y síntomas, 26 que se han calificado 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: Se organizan entorno a los factores fisiopatológicos, relacionados con el tratamiento, la situación y la maduración, que pueden influir en el estado de salud o contribuir al desarrollo del problema. Los diagnósticos de enfermería de alto riesgo incluyen en su enunciado los factores de riesgo

TIPOS DE DIAGNÓSTICOS:

Antes de indicar la forma de enunciar los diagnósticos establezcamos que tipos de diagnósticos hay, pudiendo ser de cuatro tipos, que son:

reales, de alto riesgo (designados hasta 1992 como potenciales), de bienestar o posibles

- Real: representa un estado que ha sido clínicamente validado mediante características definitorias principales identificables. Tiene cuatro componentes: enunciado, definiciones características que lo definen y factores relacionados. El enunciado debe ser descriptivo de la definición del Diagnóstico y las características que lo definen (Gordon 1990). El término "real" no forma parte del enunciado en un Diagnóstico de Enfermería real. Consta de tres partes, formato PES: problema (P) + etiología, factores causales o contribuyentes (E) + signos/síntomas (S). Estos últimos son los que validan el Diagnóstico.
- Alto Riesgo: es un juicio clínico de que un individuo, familia o comunidad son más vulnerables a desarrollar el problema que otros en situación igual o similar. Para respaldar un Diagnóstico potencial se emplean los factores de riesgo. 1. a descripción concisa del estado de Salud alterado de la persona va precedido por el término "alto riesgo". Consta de dos componentes, formato PE: problema (P) + etiología/factores contribuyentes (E).
- Posible: son enunciados que describen un problema sospechado para el que se necesitan datos adicionales. La enfermera debe confirmar o excluir. Consta de dos componentes, formato PE: problema (P) + etiología/factores contribuyentes (E).
- De bienestar: juicio clínico respecto a una persona, grupo o comunidad en transición desde un nivel específico de bienestar hacia un nivel más elevado. Deben estar presentes dos hechos: deseo de un nivel mayor de bienestar y estado o función actual eficaces. Son enunciados de una parte, conteniendo sólo la denominación. No contienen factores relacionados. Lo inherente a estos Diagnósticos es un usuario o grupo que comprenda que se puede lograr un nivel funcional más elevado si se desea o si se es capaz. La enfermera puede inferir esta capacidad basándose en i los deseos expresos de la persona o del grupo por la Educación para la Salud.

1.4.- TERCERA ETAPA PLANIFICACION DE CUIDADOS

En la etapa de la planificación de cuidados se trata de establecer y llevar a cabo unos cuidados de enfermería, que conduzcan al cliente a prevenir, reducir o eliminar los problemas detectados. La fase de planeación del proceso de enfermería incluye cuatro etapas, Carpenito (1987) e Iyer (1989).

Etapas en el plan de cuidados

1. Establecer prioridades en los cuidados. Selección. Todos los problemas y/o necesidades que pueden presentar una familia y una comunidad raras veces pueden ser abordados al mismo tiempo, por falta de disponibilidad de la enfermera, de la familia, posibilidades reales de intervención, falta de recursos económicos, materiales y humanos, Por tanto, se trata de ordenar jerárquicamente los problemas detectados.

2. Planteamiento de los objetivos del cliente con resultados esperados. Esto es, determinar los criterios de resultado. Describir los resultados esperados, tanto por parte de los individuos y/o de la familia como por parte de los profesionales.

Las etapas en el plan de cuidado son necesarias porque proporcionan la guía común para el equipo de Enfermería, de tal manera que todas las acciones van dirigidas a la meta propuesta. Igualmente formular objetivos permite evaluar la evolución del usuario, así como los cuidados proporcionados. Deben 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, sus motivaciones, sus conocimientos y capacidades... así como los recursos de la comunidad. Se deben fijar a corto y largo plazo

1.4.- EJECUCIÓN

La fase de ejecución es la cuarta etapa del plan de cuidados, es en esta etapa cuando realmente se pone en práctica el plan de cuidados elaborado. La ejecución, implica las siguientes actividades enfermeras:

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

El enfermero tiene toda la responsabilidad en la ejecución del plan, pero incluye al paciente y a la familia, así como a otros miembros del equipo. En esta fase se realizarán todas las intervenciones enfermeras dirigidas a la resolución de problemas (diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes) y las necesidades asistenciales de cada persona tratada.

1.5.- EVALUACIÓN

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

Los dos criterios más importantes que valora la enfermería, en este sentido, son: la eficacia y la efectividad de las actuaciones, Griffith y Christensen (1982). El proceso de evaluación consta de dos partes que son:

- 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.

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.

De forma más clara 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. A la hora de registrar la evaluación se deben evitar los términos ambiguos como «igual», «poco apetito», etc., es de mayor utilidad indicar lo que dijo, hizo y sintió el paciente. La documentación necesaria se encontrará en la historia clínica 32 Una característica a tener en cuenta en la evaluación es, que ésta es continua, así podemos detectar como va evolucionando el cliente y realizar ajustes o introducir modificaciones para que la atención resulte más efectiva.

1.6.- BASES SEMIOLÓGICAS DE LA VALORACIÓN DEL PACIENTE

Dado a las bases serían:

SEMIOLÓGIA 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).

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.

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.

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

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. Cumple una función asistencial, de investigación, es una parte legal y de auditoría. ES EL ARMA BÁSICA DE TRABAJO DE LA ENFERMERA.

CARACTERÍSTICAS DE LA HISTORIA CLÍNICA

- Debe ser cierta, coherente, entendible.
- Debe seguir un orden→ No puede faltarle datos, aunque sean negativos (Ej. Fuma)
- A través de ella obtenemos información para iniciar el razonamiento enfermero. Este razonamiento debe dirigirse a los problemas que plantea el usuario.

EL INTERROGATORIO

Es el primer paso de la historia clínica. Hay que dejar que el paciente exponga su problema interrumpiéndolo para evitar disociaciones o pérdida del hilo del pensamiento.

se comienza con un interrogatorio dirigido, que son los siguientes:

1. Datos personales.
2. Motivo de consulta
3. Enfermedad actual
4. Hábitos
5. Antecedentes personales
6. Antecedentes familiares.
7. Examen físico.
8. Exámenes complementarios.

1.7.- ENTREVISTA CLINICA

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

Es más fácil explorar las diferencias culturales si damos tiempo para pensar las respuestas y hacemos las preguntas en un orden fácil de seguir. Al recoger una historia completa de enfermería, dejaremos que la historia del paciente nos guíe para explorar a fondo los componentes relacionados con sus problemas.

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:

- 1) preparar el escenario
- 2) recopilar la información sobre los problemas del paciente y establecer un programa,
- 3) recoger la valoración o una historia clínica de enfermería
- 4) finalizar la entrevista.

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

1.8.- EXPLORACION FISICA

La valoración de la salud y la exploración física son los primeros pasos hacia la prestación de cuidados de enfermería seguros y competentes. La enfermera está en una posición única para determinar el estado de salud actual de cada paciente, distinguir las variaciones de la norma y 37 reconocer la mejoría o el deterioro en su enfermedad. La enfermera debe poder reconocer e interpretar cada manifestación conductual y física del paciente. Realizando valoraciones de salud y exploraciones físicas, la enfermera identificará patrones de salud y evaluará la respuesta de cada paciente a los tratamientos y las terapias.

Una valoración completa implica la elaboración de la historia de salud y la exploración conductual y física. Mediante la entrevista de la historia de salud, la enfermera recopila datos subjetivos sobre el estado de un paciente. Obtiene datos objetivos mientras observa la conducta y las manifestaciones generales de un paciente. Identifica datos objetivos adicionales mediante una revisión de los sistemas corporales de la cabeza a los pies durante la exploración física. Los juicios clínicos de la enfermera se basan en todos los datos recopilados para crear un plan de cuidados para cada situación. Con los datos precisos crea un plan de cuidados centrado en el paciente, identificando los diagnósticos de enfermería, los resultados del paciente deseados y las intervenciones de enfermería. La continuidad en los cuidados sanitarios mejora cuando la enfermera evalúa al paciente haciendo valoraciones continuas, objetivas y completas. Respeto por la singularidad de cada paciente, dando lugar a un cuidado de más alta calidad y mejores resultados clínicos.

Objetivos:

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

específicos. Por ejemplo, cuando un paciente está teniendo un episodio de asma grave, la enfermera se centra primero en los sistemas pulmonar y cardiovascular de manera que los tratamientos puedan comenzar inmediatamente. 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

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

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

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

Equipamiento

La enfermera debe realizar la higiene de manos a fondo antes de manipular el equipamiento y empezar una exploración. Debe disponer el equipamiento necesario de modo que esté fácilmente accesible y sea fácil de utilizar. La enfermera debe preparar el equipamiento como sea apropiado (p. ej., calentar el diafragma del estetoscopio entre las manos antes de ponerlo sobre la piel) y asegurarse de que funciona correctamente antes de usarlo (p. ej., asegurarse de que el oftalmoscopio y el otoscopio tengan buenas baterías y bombillas).

Preparación física del paciente

La preparación física implica asegurarse de que la intimidad del paciente se mantiene con el apropiado vestido y cubrimiento. El

paciente en el hospital probablemente lleva puesto solamente una simple bata. En la consulta de la clínica o del profesional sanitario el paciente debe desnudarse y generalmente se le proporciona una sábana de papel desechable o una bata de papel. Si la exploración se limita a ciertos sistemas corporales, no es siempre necesario que el paciente se desnude totalmente. Se debe proporcionar intimidad al paciente y el tiempo necesario para desnudarse para evitar la vergüenza. Después de ponerse el camión o la bata recomendada, el paciente se sienta o se tumba en la camilla de exploración con un cubrimiento ligero sobre el regazo o la parte inferior del tronco. Hay que cerciorarse de que se mantenga caliente eliminando las corrientes de aire, controlando la temperatura de la habitación y proporcionando mantas calientes. Se le debe preguntar de manera rutinaria si está cómodo.

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.

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. Especialmente si el paciente está débil o es mayor, es necesario moderar el ritmo de la exploración, deteniéndose brevemente a intervalos para preguntar cómo está tolerando la valoración. Sin embargo, no hay que forzar al paciente a cooperar en función del horario de la enfermera.

Organización de la exploración

La enfermera llevará a cabo una exploración física mediante la valoración de cada sistema corporal. Debe reflexionar y asegurarse de que una exploración es pertinente e incluye las valoraciones correctas. Los pacientes con síntomas o necesidades focalizadas requieren solamente unas partes de la exploración; así, cuando un paciente viene a una clínica con síntomas de un grave resfriado, no debe ser necesaria una valoración neurológica.

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

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. Es importante practicar deliberadamente esta 46 habilidad y aprender a reconocer todas las posibles piezas de datos que se pueden recopilar solamente con la inspección.

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. Lo más importante es ser prudente y prestar atención a los detalles.

Palpación

La palpación implica usar el sentido del tacto para recopilar la información. Mediante el tacto la enfermera realiza juicios sobre los hallazgos esperados e inesperados en la piel o los tejidos, los músculos y los huesos subyacentes. 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 prepararse para la palpación calentando las manos, manteniendo las uñas cortas y usando un acercamiento amable. Se realiza una palpación lenta, suave y dirigida. El paciente necesita ser orientado para que pueda relajarse y sentirse cómodo, puesto que los músculos tensos hacen la valoración más difícil. 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 estructuras como el abdomen da al paciente la oportunidad de identificar las zonas de sensibilidad.

Percusión

La percusión implica golpear ligeramente la piel con las yemas de los dedos para hacer vibrar los tejidos y órganos subyacentes. 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. Los ruidos internos del cuerpo son generados por la sangre, el aire o el contenido gástrico mientras se mueven contra las estructuras de cuerpo. Los sonidos normales de cada sistema corporal se comentan más adelante en este capítulo. Hay que aprender a reconocer sonidos anormales después de aprender las variaciones normales.

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. Colocar otra vez las olivas auriculares en los oídos, esta vez con los extremos girados hacia la parte posterior de la cabeza. 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
- Ponerse el estetoscopio y soplar ligeramente en el diafragma. Si el sonido apenas se oye, soplar ligeramente en la campana. El sonido es llevado solamente a través de una parte de la pieza del estetoscopio (el diafragma o la campana) cada vez. Si el sonido se amplifica mucho a 51 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

- 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. Un examen o una valoración general de las manifestaciones del paciente y de la conducta proporcionan información sobre las características de una enfermedad, la capacidad del paciente para funcionar independientemente, la imagen corporal, el estado emocional, los cambios recientes en el peso y el estado del desarrollo. Si hay alteraciones o problemas, hay que valorar el sistema corporal afectado más estrechamente durante la exploración completa.

1.9.- SIGNOS VITALES

Constantes vitales

Después de terminar el examen general, hay que medir las constantes vitales del paciente. Si existe una posibilidad de que las constantes vitales estén sesgadas cuando se miden por primera vez, hay que volverlas a tomar más tarde durante el resto de la exploración.

Talla y peso

La talla y el peso reflejan el estado de salud general de una persona. Hay que valorar a cada paciente para identificar si tiene un peso saludable, sobrepeso o es obeso. Los lactantes y los niños son pesados y medidos en cada visita de atención sanitaria para valorar que el crecimiento y el desarrollo son saludables.

El peso de un paciente varía normalmente a diario debido a la pérdida o la retención de líquidos. Hay que pedir al paciente que informe de la altura y el peso actuales, junto con una historia de cualquier aumento o pérdida sustancial de peso. 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. Cuando un paciente es hospitalizado, el peso se mide a diario en el mismo momento del día, en la misma báscula, con aproximadamente la misma ropa.

Cuando un paciente es hospitalizado, el peso se mide a diario en el mismo momento del día, en la misma báscula, con aproximadamente la misma ropa. Esto permite una comparación objetiva de pesos posteriores. La precisión de la medida del peso es importante porque los profesionales sanitarios basan las decisiones médicas y enfermeras sobre los cambios.

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. Las necesidades del paciente y su estado determinan cuándo, dónde, cómo y por quién son medidas las constantes vitales.

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

- La enfermera que atiende a un paciente es responsable de la medición de las constantes vitales. Aunque algunas veces delega la medición de las constantes vitales (es decir, en pacientes estables), como enfermera debe analizarlas para interpretar su significado y tomar decisiones sobre las intervenciones.
- Hay que asegurarse de que el equipamiento es funcional y apropiado para el tamaño y edad del paciente. El equipamiento utilizado para medir las constantes vitales (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. Estos valores pueden diferir del nivel aceptable para esa edad o estado físico. 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 o tratamientos causan cambios predecibles en las constantes vitales. Algunos medicamentos afectan a una o más constantes vitales.
- Tiene que controlar o minimizar 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 una técnica de paso a paso para asegurar la precisión.
- Basándose en el estado del paciente, la enfermera debe colaborar con otros profesionales sanitarios para decidirla.

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. $\text{Calor producido} - \text{Pérdida de calor} = \text{Temperatura corporal}$

Producción de calor: La termorregulación depende de la función normal de los procesos de producción de calor. El alimento es la fuente primaria de combustible para el metabolismo. A medida que el metabolismo aumenta, se produce calor adicional. Cuando el metabolismo disminuye, se produce menos calor.

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. El corazón continúa distribuyendo sangre a través de la arteria carótida al cerebro tanto tiempo como sea posible.

Las localizaciones radial y apical son las zonas más comunes para la valoración de la frecuencia del pulso. La enfermera debe utilizar el pulso radial para enseñar a los pacientes cómo controlar su propia FC (p. ej., atletas, personas que toman medicamentos para el corazón y pacientes que empiezan un régimen de ejercicio prescrito).

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. Analizar la eficiencia respiratoria requiere integrar los datos de la valoración desde los tres procesos.

La valoración precisa de la respiración depende del reconocimiento de los movimientos torácicos y abdominales. Durante una respiración tranquila la pared torácica se eleva y desciende suavemente. La contracción de los músculos intercostales entre las costillas o contracción de los músculos en el cuello y hombros no es visible.

Valoración de la ventilación

La respiración es la constante vital más fácil de valorar, pero a menudo se mide de forma desordenada. La enfermera no debe hacer una estimación aproximada de la respiración. Una medición correcta requiere observación y palpación del movimiento de la pared torácica.

Debido a que la respiración está ligada al funcionamiento de numerosos sistemas corporales, hay que tener en cuenta todas las variables cuando se producen cambios. Por ejemplo, una disminución de la respiración en un paciente después de un traumatismo craneal a menudo significa la lesión en el tronco encefálico.

Frecuencia respiratoria

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

Profundidad de la ventilación

Respiración dificultosa implica normalmente a los músculos accesorios de la respiración visibles en el cuello. Una fase de espiración más larga es evidente cuando el flujo del aire hacia el exterior está obstruido

Con la respiración normal se produce un intervalo regular después de cada ciclo respiratorio. El niño pequeño a menudo respira lentamente

durante unos pocos segundos y luego, de repente, respira más rápidamente. El ritmo de la respiración es regular o irregular

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 la profundidad, junto con la SpO₂, valora la ventilación, difusión y perfusión. La enfermera también lleva a cabo otras valoraciones para medir el estado respiratorio. Debe utilizar los datos de la valoración para determinar la naturaleza del problema de un paciente.

. Los datos de la valoración respiratoria son características definitorias de muchos diagnósticos de enfermería, como los siguientes:

- Intolerancia a la actividad.
- Limpieza ineficaz de las vías aéreas.
- Ansiedad.
- Patrón respiratorio ineficaz.
- Deterioro del intercambio de gases.
- Dolor agudo.
- Perfusión tisular.

El plan de cuidados de enfermería incluye intervenciones basadas en los diagnósticos de enfermería identificados y los factores relacionados. Los factores relacionados podrían incluir un proceso infeccioso o una historia de enfermedad pulmonar obstructiva crónica con antecedentes de fumar 30 paquetes-años. Después de intervenir, debe evaluar los resultados del paciente valorando la frecuencia, la profundidad, el ritmo de respiración y la SpO₂.

Presión arterial

La presión arterial es la fuerza ejercida sobre las paredes de una arteria por el bombeo de la sangre a presión desde el corazón. La PA sistémica o arterial, la PA en el sistema arterial del cuerpo, es un buen indicador de la salud cardiovascular. Cuando los ventrículos se relajan, la sangre que queda en las arterias ejerce una mínima presión o presión diastólica.

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 de estas variables hemodinámicas ayuda en la valoración de las alteraciones de la PA.

Gasto cardíaco.

La PA depende del gasto cardíaco. Así, a medida que el gasto cardíaco aumenta, se bombea más sangre contra las paredes arteriales, haciendo que la PA se eleve. Los cambios de la FC se producen más rápido que los cambios en la contractilidad del músculo cardíaco o el volumen sanguíneo.

Resistencia periférica.

La PA depende de la resistencia vascular periférica. Se dispone de más sangre para el órgano principal debido al cambio de resistencia en la periferia. La resistencia vascular periférica es la resistencia al flujo sanguíneo determinada por el tono de la musculatura vascular y el diámetro de los vasos sanguíneos. Cuanto más pequeña es la luz de un vaso, mayor es la resistencia vascular periférica al flujo sanguíneo.

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.

La presión arterial es la fuerza ejercida sobre las paredes de una arteria por el bombeo de la sangre a presión desde el corazón. La PA sistémica o arterial, la PA en el sistema arterial del cuerpo, es un buen indicador de la salud cardiovascular. Cuando los ventrículos se relajan, la sangre que queda en las arterias ejerce una mínima presión o presión diastólica.

Elasticidad

Normalmente las paredes de una arteria son elásticas y se distienden con facilidad. A medida que aumenta la presión dentro de las arterias, el diámetro de las paredes del vaso aumenta para acomodarse al cambio de presión. La distensión arterial evita amplias fluctuaciones de la PA. Sin embargo, en ciertas enfermedades, como la arteriosclerosis, las paredes del vaso pierden su elasticidad y son reemplazadas por un tejido fibroso que no puede estirarse bien.

La reducción de la elasticidad provoca una resistencia mayor al flujo sanguíneo. Como resultado, cuando el ventrículo izquierdo eyecta su volumen sistólico, los vasos ya no ceden a la presión. En su lugar un volumen dado de sangre es forzado a través de las paredes rígidas arteriales y la presión sistémica se eleva.

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. Las tendencias de la presión arterial, no las mediciones individuales, guían las intervenciones de enfermería. Comprender esos factores asegura una interpretación más precisa de las lecturas de la PA.

Edad.

Los niveles normales de PA varían a lo largo de la vida. La PA aumenta durante la niñez. La enfermera debe evaluar el nivel de la PA de un niño o adolescente con respecto al tamaño y edad de su cuerpo. La PA normal de un lactante es de (65-115)/(42-80) mmHg. La PA normal para un niño de 7 años es de (87-117)/(48-64) mmHg. Los niños más grandes (con más peso o más altos) tienen PA más altas que los niños más pequeños de la misma edad.

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.

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 y tienen riesgo doble de complicaciones como accidente cerebrovascular y ataque cardíaco. Los factores genéticos y ambientales contribuyen a menudo a esos factores. Las muertes relacionadas con la hipertensión son más altas entre los afroamericanos.

Sexo.

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

Variación diaria.

La presión arterial varía a lo largo del día, con la PA más baja durante el sueño entre medianoche y las 3:00 a. m. Entre las 3:00 a.m. y las 6:00 a.m. hay una subida lenta y constante de la PA. Cuando un paciente se despierta, hay una sobrecarga de la PA por la mañana temprano. El punto más alto durante el día es entre las 10:00 a.m. y las 6:00 p.m. No hay dos personas que tengan el mismo patrón o grado de variación.

Medicación.

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

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. Un aumento de la demanda de oxígeno por parte del cuerpo durante la actividad aumenta la PA. El ejercicio inadecuado contribuye frecuentemente a ganar peso, y la obesidad es un factor en el desarrollo de la hipertensión.

Fumar.

Fumar provoca vasoconstricción, un estrechamiento de los vasos sanguíneos. La PA se eleva cuando una persona fuma y vuelve a su nivel basal aproximadamente 15 minutos después de dejar de fumar.

Hipertensión

La alteración más común de la PA es la hipertensión. La hipertensión es a menudo asintomática. La prehipertensión es diagnosticada en los adultos cuando la media de dos o más lecturas diastólicas en al menos dos visitas seguidas está entre 80 y 89 mmHg o cuando la media de las múltiples PA sistólicas en dos o más visitas seguidas está entre 120 y 139 mmHg

Auscultación.

El mejor entorno para medir la PA por auscultación es una habitación tranquila a una temperatura confortable. En la mayoría de los casos las lecturas de la PA obtenidas en un paciente en posición supina, sentado o de pie son similares. Antes de obtener la PA del paciente, se debe intentar controlar los factores responsables de lecturas artificialmente altas, como dolor, ansiedad o esfuerzo. La percepción del paciente de que el entorno físico o interpersonal es estresante afecta a la medición de la PA.

Durante la valoración inicial la enfermera obtiene y registra la PA en ambos brazos.

En valoraciones sucesivas hay que medir la PA en el brazo con la presión más alta. En otros sólo los sonidos iniciales y finales son claros.

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

La medición de la PA en los lactantes y niños es difícil por varias razones. Los diferentes tamaños de brazo requieren una selección cuidadosa y apropiada del tamaño del manguito. No hay que escoger un manguito basándose en el nombre del manguito

Estetoscopio de ultrasonidos

Cuando la enfermera no puede auscultar los sonidos debido a un pulso arterial debilitado, puede utilizar un estetoscopio de ultrasonidos (v. cap. 30). Este estetoscopio permite escuchar los ruidos sistólicos de baja frecuencia. 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. En estos casos la enfermera puede valorar la PA sistólica por palpación. Cuando se utiliza la técnica de palpación, hay que registrar el valor sistólico y cómo se ha medido.

La enfermera puede utilizar la técnica de palpación junto con la de auscultación. En algunos pacientes con hipertensión, los sonidos de la arteria braquial que se escuchan normalmente cuando la presión del manguito es alta desaparecen a medida que la presión se reduce y luego aparecen a un nivel más bajo. Esta desaparición temporal del sonido es el vacío o gap auscultatorio.

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.

Estos resultados permitieron perfeccionar el proceso de toma de muestras para Copa Cónica mediante la introducción de cambios organizativos que propiciaron ventajas asistenciales y económicas.

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

Los tiempos en que la enfermería, a partir de modelos paradigmáticos, se dedicaba a cumplir rutinas más o menos precisas, han cedido el paso al ejercicio de la profesión de forma más profunda. El sentido holístico de la especialidad, apoyado en el Proceso de Atención de Enfermería y en los métodos de investigación científica, apunta hacia la comprensión detallada de todos los procesos en que se interviene y garantizan la dirección consciente de las acciones. En este proceso, el médico tiene la responsabilidad de conocer las pruebas disponibles e indicarlas según sea conveniente y el técnico de laboratorio, apoyado en sus conocimientos, la de emplear rigurosamente los recursos técnicos y materiales que garanticen un resultado rápido y fiable, mientras, el personal de enfermería, al ser responsable de la toma de muestras, también ha de conocer las características y requisitos de cada prueba, de modo que se garantice que estas lleguen oportunamente y con calidad al laboratorio. Es por ello que, en aras de una atención de excelencia, las autoras se propusieron valorar la eficacia de la labor de enfermería en la toma de muestras.

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.

NORMAS ESTABLECIDAS POR EL MINISTERIO DE SALUD

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

Materiales: Todo material de uso venoso o intrarterial debe ser estéril y de un solo uso. No se debe usar material desechable re esterilizado.

Lavado de Manos: El profesional responsable de la punción debe lavarse las manos antes y después del procedimiento.

Uso de guantes: Todas las punciones venosas y arteriales deben realizarse con guantes protectores.

Elección del sitio de punción: La piel del sitio de punción elegido, debe estar indemne y limpia.

Preparación del sitio de punción: realizar técnica aséptica.

Desecho de material: La eliminación de la jeringa y aguja debe ser tirada en el lugar correspondiente.

INDICACIONES GENERALES TOMA MUESTRAS EXAMENES DE SANGRE

Toma de muestra de sangre.

Es la obtención de una muestra de sangre, mediante una punción venosa periférica o central, para realizar el posterior análisis en el laboratorio clínico.

1. Lávese las manos y prepare el equipo.
2. Identifique al paciente verbalmente o revisando la ficha clínica.
3. Explíquelo el procedimiento a realizar.
4. Seleccione el sitio que le merezca mayor seguridad de éxito en la técnica y de menor riesgo para el paciente.

5. Colóquese los guantes, arme la jeringa.
6. Inserte la aguja con el bisel hacia arriba.
7. 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.