

no color-poisoned, stained or damaged Co.  
ever used in its production.  
It is composed of different varieties of Coffee  
making a better drink than one variety alone.  
Cleaned before it is roasted as thoroughly as  
the water.

revolving cylinders with  
clean, full flavored an

eed from  
ing.

# FUNDAMENTOS DE ENFERMERIA 1



**UNIVERSIDAD DEL SURESTE COMITAN DE DOMINGUEZ .**

**LICENCIATURA EN ENFERMERIA (LEN)**

**GRUPO :**

LEN10SSC0121-A

**MATERIA :**

FUNDAMENTOS DE ENFERMERIA 1

**CATEDRATICO :**

L.E.MARIA DEL CARMEN LOPEZ SILBA

**ACTIVIDAD 1**

RESUMEN DIGITAL DE LA PRIMERA UNIDAD “PROCESO DE ENFERMERIA”

**PRESENTA :**

CINTHIA VALERIA PERALTA ARGUELLO.

**FECHA DE ENTREGA:**

Sábado, 18 de septiembre de 2021.



## **INDICE**

Portada	<b>1</b>
presentación	<b>2</b>
Índice	<b>3</b>
1.1 Proceso enfermería	<b>4</b>
1.2 primera etapa “valoración de enfermería”	<b>5</b>
1.3 segunda etapa “diagnóstico de enfermería”	<b>7</b>
1.4 tercera etapa “planificación de enfermería”	<b>9</b>
1.5 cuarta etapa “ejecución”	<b>11</b>
1.6 quinta etapa “evaluación de enfermería”	<b>12</b>
1.7 entrevista	<b>13</b>
1.8 exploración física	<b>14</b>
1.9 signos vitales	<b>16</b>
1.10 toma de muestras	<b>21</b>
Conclusión	<b>25</b>

## **UNIDAD I PROCESO DE ENFERMERÍA**

### **1.1.- Proceso de enfermería.**

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. es un sistema de ejecución que dio origen por primera vez con hall en 1955 , Johnson en 1959 , Orlando en 1961 y Wiedenbach en 1963 ellos consideraron este proceso de tres etapas las cuales consistía en valoración , planeación y ejecución , en 1967 Yura y Wash establecieron cuatro valoración , planeación, realización y ejecución y para el año 1974-1976 Bloch ,Roy, Aspirinall y otros autores más establecieron las cinco etapas actuales donde se incremento la etapa diagnostica y quedo de la siguiente manera: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación. El PAE configura un número de pasos sucesivos tienen una relación. El estudio de cada se hace por separado, tiene un carácter metodológico, ya que en la puesta en práctica las etapas se superponen.

La primer etapa del proceso de enfermería es la valoración consiste en la recogida de datos y la organización que abarca a la persona, familia y entorno. Son la base para las decisiones y actuaciones que se llevaran a cabo posteriormente, el diagnóstico es la conclusión que se procede como resultado a la valoración de enfermería, la planificación se desarrollan estrategias, para prevenir, minimizar y corregir los problemas como también promocionamos la salud en esta etapa, la ejecución se pone a practica los cuidados programados y en la evaluación vemos la respuesta de la persona y acá podemos determinar si se ha conseguido el objetivo.

El PAE se caracteriza por tener una finalidad, es sistemático, dinámico, interactivo, flexible y Sus fases pueden utilizarse sucesiva o conjuntamente y tiene una base teórica.

Los principales objetivos del PAE es Constituir e identificar una estructura que pueda cubrir, individualizándolas, las necesidades reales y potenciales del paciente, la familia y la comunidad. Establecer planes de cuidados individuales, familiares o comunitarios y actuar para cubrir y resolver los problemas, prevenir o curar la enfermedad.

## 1.2 Primera etapa “valoración de enfermería”

Se define como el proceso organizado, planificado, sistemático, y continuo de recogida de datos objetivos y subjetivos sobre el estado de salud del paciente, familia, o comunidad, y las respuestas humanas que se originan ante ellas.

Los tipos de valoración se puede dividir según la complejidad del examen en esta podemos encontrar dos tipos de valoraciones: valoración global o inicial esta es la primera valoración que se realiza al paciente y cubre todas las perspectivas y la valoración focalizada o continúa, se centra en 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 y las Necesidades de Virginia Henderson.

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

### 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. Pueden ser objetivos o subjetivos. Los datos subjetivos son obtenidos mediante la entrevista clínica, y los datos objetivos mediante la observación y la exploración física.

La entrevista en enfermería técnica que se utiliza para obtener los datos subjetivos de la salud de nuestro paciente, y también para lograr establecer una relación de mutua confianza.

La entrevista está compuesta por las fases de Inicio, Cuerpo y Cierre. Los principales tipos de entrevista según su estructura son: Entrevista estructurada y dirigida, semiestructurada o semidirigida, 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, y la comunicación no verbal corroborará o desmentirá la información transmitida por el paciente. Con el fin de evitar interferencias cognitivas, sociales o emocionales, las enfermeras al entrevistar a un paciente, tenemos que transmitir Calidez, Empatía, Respeto, Concreción, Asertividad.

Los datos obtenidos de la observación provendrán de los sentidos, del entorno, así como de la interacción entre ambos.

### 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.

Las principales técnicas que se realizan son:

- Inspección cuidadosa y crítica del usuario para determinar características físicas. Como el tamaño, forma, posición, localización anatómica, color, movimiento, simetría etc.
- Palpación para determinar las características de algunas estructuras corporales situadas debajo de la piel a fin de conocer su tamaño, forma, textura, temperatura, humedad, pulsación, vibración, consistencia y movilidad.
- Percusión sobre la superficie corporal y análisis acústico de los sonidos producidos, que varían dependiendo del tipo de estructura que haya debajo.
- Auscultación producida por los órganos corporales. Puede ser directa, aplicando el oído sobre la zona que se desea auscultar, o indirecta, mediante el uso de un estetoscopio. Identifica la frecuencia, intensidad, calidad y duración de los sonidos detectados.

Validación de los datos, consiste en confirmar que los datos objetivos y subjetivos que se han obtenidos son verdaderos.

Organización de los datos, la información recogida será agrupada, de tal manera que se facilite y oriente la etapa de diagnóstico.

Registro de la 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, y que se dan de una manera secuencial a lo largo del tiempo. El manejo de los Patrones Funcionales 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: Percepción y manejo de la salud, Nutricional y metabólico, Eliminación, Actividad y ejercicio, Sueño y descanso, Cognitivo y perceptual, Auto percepción y auto concepto, Rol y relaciones, Sexualidad y reproducción, Adaptación y tolerancia al estrés, 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. Estas son: Respirar normalmente, Comer y beber adecuadamente, Eliminación de los desechos del organismo, Movimiento y mantenimiento de una postura adecuada, Descansar y dormir, Seleccionar vestimenta adecuada, vestirse y desvestirse, Mantener la temperatura corporal, Mantener la higiene corporal y la integridad de la piel, Evitar los peligros del entorno, Comunicación y relación con los demás, Valores y Creencias, Autorrealización, Entretenimiento y ocio, y Aprendizaje.

### **1.3 Segunda Etapa “Diagnóstico De Enfermería”**

Se centra en el análisis de los datos recogidos durante la valoración y su interpretación científica. Estos guiarán la planificación, ejecución y evaluación de los cuidados de enfermería.

Desde el año 2010, en España está legislada la obligatoriedad de utilizar los diagnósticos de enfermería de la North American Nurses Diagnosis Association (NANDA), como expresión del juicio de la práctica clínica. Según la NANDA: “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”.

Las características de los diagnósticos de enfermería son:

- Los diagnósticos de enfermería se centran en los problemas derivados de las respuestas humanas acontecidas tras una alteración de la salud particular. a
- Así, las respuestas humanas son los actos de adaptación que se producen en una persona ante una situación clínica específica. El objetivo de la enfermería no es la enfermedad sino la respuesta del paciente a esa enfermedad.

Los diagnósticos de enfermería describen las respuestas de los pacientes que son tratadas o abordadas por las enfermeras.

En caso de que no haya ninguna intervención enfermera que pueda solucionar el problema de salud, hablaríamos de un problema interdependiente.

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 relacionadas con el proceso que está padeciendo el paciente.

Estas claves serán la base para generar mentalmente una hipótesis diagnóstica, que tendrá que ser contrastada con los datos recogidos.

En determinados casos, 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 y acordar entre la enfermera y el paciente los diagnósticos de enfermería.

### Formulación De Un Diagnóstico De Enfermería

El diagnóstico de enfermería es la base sobre la que se sustentan las intervenciones enfermeras. El diagnóstico no solo incluirá el problema, sino también los dos marcadores que definirán los objetivos de las intervenciones enfermeras, es decir, las causas del problema y su sintomatología. Para la construcción de un diagnóstico de enfermería, la NANDA recomienda utilizar el formato P.E.S. elaborado por Marjory Gordon en 1982. 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.** La etiología, o el “relacionado con”, se abrevia “r/c”. Aunque se estudien, solo los diagnósticos reales o presentes en el paciente tendrán un “relacionado con”, es decir, una causa. La etiología será el primer objetivo de las intervenciones enfermeras cuanto más precisa sea la elección de la etiología, más efectivas serán las intervenciones enfermeras.

**Sintomatología.** Se refiere a los signos y síntomas que tiene el paciente, los cuales especifican la magnitud de la respuesta producida. Las intervenciones enfermeras en caso de no poder atajar la etiología del problema se centrarán en la disminución o eliminación de los síntomas. Un ejemplo de una correcta formulación de un diagnóstico de enfermería es: • Dolor agudo (Problema), • relacionado con (r/c) agente lesivo físico (Etiología), • manifestado por (m/p) informe verbal de dolor (Síntoma)

### Tipos De Diagnósticos De Enfermería

Los diagnósticos NANDA-I se pueden categorizar en las siguientes categorías:

**Diagnóstico Enfermero Real o Focalizado en el Problema** Juicio clínico en relación con una respuesta humana no deseada de una persona, a una afección de salud/proceso vital: Está apoyado por características definitorias, se agrupan en patrones de claves. Se forma por los tres elementos del formato P.E.S.: problema,

etiología y signos y síntomas. Un ejemplo de un diagnóstico real es: • Deterioro de la integridad cutánea, r/c factores mecánicos y m/p alteración de la superficie de la piel (dermis).

Diagnóstico Enfermero de Riesgo: Está apoyado por factores de riesgo que contribuyen al aumento de vulnerabilidad. Los diagnósticos de riesgo están formados por el problema y por la etiología, denominado en este caso factores de riesgo. Al no haberse producido todavía la alteración del estado de salud, no existen signos ni síntomas. A tener en cuenta el siguiente ejemplo: • Riesgo de Intoxicación, r/c falta de precauciones adecuadas

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 y mejorar conductas de salud específicas. Todas las etiquetas comienzan por “Disposición para mejorar”. Este tipo de diagnósticos no tienen factores relacionados, por lo que la formulación del diagnóstico se realizará con el problema y con los signos y síntomas. Ej; Disposición para mejorar los conocimientos, m/p manifiesta interés en el aprendizaje. Aunque limitados en número, en la taxonomía II de NANDA-I también se pueden encontrar síndromes. Un síndrome es un juicio clínico en relación con un conjunto de diagnósticos enfermeros específicos que aparecen de manera conjunta y que se tratan de forma más correcta conjuntamente a través de intervenciones similares.

#### **1.4 tercera etapa “planificación de cuidados”**

Esta fase se trata de establecer y llevar a cabo los cuidados de enfermería, estos cuidados servirán para prevenir, reducir, eliminar los problemas detectados en el paciente.

Incluye cuatro etapas:

1.-Establecer prioridades en los cuidados:

Durante la realización de los cuidados existen factores por el cual no se pueden desarrollar como se planea entonces se trata de ordenar jerárquicamente los problemas detectados.

2.-planteamiento de los objetivos del cliente con resultados esperados:

Esto es determinar los criterios de resultados.

La etapa de planificación se inicia tras realizar el diagnóstico de enfermería. Se desarrolla en tres etapas.

-determinación de prioridades

Para determinar los resultados e intervenciones que queremos conseguir para solucionar el problema de salud tenemos que fijar prioridades. Se puede tomar las necesidades básicas por maslow. Tomaremos la importancia de cada diagnóstico con el fin de tratar primero los problemas más importantes.

-establecimiento de los objetivos o resultados de enfermería NOC esperados.

La NOC es la clasificación estandarizada de resultados de enfermería. Su objetivo es evaluar la eficacia de las intervenciones enfermeras. Se compone por: etiqueta, definición, listado de indicadores, escala de Likert, bibliografía.

Cada resultado NOC se asocia con un grupo de indicadores y estos se determinan el estado del paciente según el resultado.

Los resultados son puntuados por la escala de Likert del 1 al 5. Siendo uno la peor y 5 la más deseable.

Es muy importante que esta escala se mida con exactitud y validez para que así se logre ver la efectividad de las intervenciones de enfermería

Para la elección de los resultados NOC se debe tomar 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.

-selección de las intervenciones de enfermería NIC esta intervención es todo tratamiento basado en el conocimiento y juicio clínico. Que favorece el resultado esperado del paciente.

Se compone por: etiqueta, código, definición, actividades, bibliografía.

Esta intervención se compone por actividades, las cuales es el cuidado específico que realiza la enfermera, para elegir las intervenciones se debe tomar en cuenta.

-aprobación de la intervención seleccionada por el paciente.

-resultados esperados en el paciente.

-etiología y sintomatología relacionada con el diagnóstico de enfermería

-soporte científico

-posibilidad de utilizar en la práctica una intervención.

-conocimientos y habilidades para realizar la intervención.

## 1.5 Cuarta etapa de ejecución (ejecución)

### Registro del plan de cuidados

La etapa de la ejecución consiste en aplicar los cuidados de enfermería correspondientes a las intervenciones, pero también tiene otras actividades como: la recogida y valoración de datos, registro de los cuidados realizados.

El plan de cuidados de enfermería tiene como objetivo documentar y comunicar la situación de estado de salud del paciente al resto de los profesionales sanitarios, los resultados esperados, las intervenciones de enfermería realizadas, y la evaluación del proceso. Este registro tendrá que ser periódico en función del estado del paciente. Al comenzar a ejecutar las intervenciones de enfermería, se debe revisar el plan de cuidados, teniendo en cuenta los recursos materiales y humanos disponibles. La enfermera es responsable no solo de los cuidados independientes de enfermería, sino también de los cuidados dependientes e interdependientes.

Se debe de complementar los siguientes registros:

-valoración, diagnóstico de enfermería

-Resultados NOC. Los indicadores de los resultados serán puntuados antes de ejecutar las intervenciones de enfermería y periódicamente se aplica las intervenciones

-intervenciones NIC.

Existen dos tipos de planes de cuidados:

- Planes Individualizados. Documentan la valoración, diagnósticos, resultados NOC e intervenciones NIC para un paciente particular.

- Planes Estandarizados. Son protocolos generales perfeccionados, que resultan útiles cuando los problemas son predecibles en relación con una respuesta humana alterada. La ventaja de estos planes es que son más eficaces y facilitan el ejercicio clínico. Estos planes tienen que individualizarse para dar respuesta a las necesidades particulares de cada paciente.

### Informatización Del Plan De Cuidados

Es fundamental el hecho de que los profesionales de enfermería reflejen el plan de cuidados en un soporte físico o electrónico, Esta informatización, además de mejorar la eficacia de la gestión de los cuidados de salud, mejorará la seguridad de los pacientes. Esto tiene beneficios como : Mejora en la comunicación dentro del equipo de cuidados de la salud, repercutirá sobre la calidad y continuidad de los cuidados ejecutados, 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, 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”**

Evaluar, es emitir un juicio sobre un objeto, acción, trabajo, situación o persona, comparándolo con uno o varios criterios.

La evaluación de enfermería está compuesta por dos fases:

- Puntuación de los indicadores De la misma manera que en la etapa de planificación.
- Comparación de los resultados. Las puntuaciones obtenidas tras la realización de las intervenciones serán comparadas con la puntuación previa a la ejecución de los cuidados de enfermería.

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.

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, tres posibles conclusiones (resultados esperados), a las que podremos llegar: - El paciente ha alcanzado el resultado esperado; está en proceso de lograr el resultado esperado; no ha alcanzado el resultado esperado y no parece que lo vaya a conseguir.

En este caso podemos realizar una nueva revisión del problema, de los resultados esperados, de las actividades llevadas a cabo. De forma resumida y siguiendo a M, Caballero (1989) la evaluación se compone de: Medir los cambios del paciente/cliente en relación a los objetivos marcados, como resultado de la intervención enfermera, con el fin de establecer correcciones.

La evaluación se lleva a cabo 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 es de mayor utilidad indicar lo que dijo, hizo y sintió el paciente. La documentación necesaria se encontrará en la historia clínica.

## **1.7 Entrevista Clínica**

La entrevista clínica es una técnica de recogida de información que utilizamos constantemente en nuestra profesión. Para llevarla a cabo no sólo se precisan conocimientos teóricos y técnicos sobre el proceso de entrevista, sino también habilidades y destrezas sociales y comunicativas para abordar la faceta interpersonal. Estas estrategias y habilidades se adquieren con conocimientos específicos. En ocasiones se recurre a la intuición a la hora de entrevistar a nuestros pacientes/clientes.

La finalidad de la entrevista dependerá de los objetivos planteados por el/la entrevistador/a y del enfoque. Desde la perspectiva de la enfermera es:

- Adquirir información específica y necesaria, a nivel verbal como no verbal, para identificar los problemas de salud. Se realiza durante todo el proceso de cuidados, permitiendo conocer al paciente/cliente y familia con la que vamos a interactuar.
- Facilitar la administración de cuidados de calidad, ya que tras recoger los datos y convertirlos en información, puede formular diagnósticos enfermeros y planificar las actividades en base a ellos,
- 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, claras y precisas, evitar preguntas con doble intención, 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. Conviene emplear preguntas cerradas con diversas alternativas de respuesta, se aconseja el uso de preguntas de forma impersonal para tratar temas íntimos o delicados.

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.

Se llevan a cabo ciertas actividades como presentarse con el paciente, confirmar la identidad del entrevistado, preguntar sobre su estado emocional en ese momento, informarle datos sobre la entrevista y la finalidad de ellas, darle la seguridad de confidencialidad, interpretación de las señales verbales del paciente para ello no debemos centrar en el contenido cognitivo del mensaje verbal del paciente/cliente, el contenido afectivo y emocional del mensaje verbal hace referencia a la expresión de pensamientos, deseos, preocupaciones etc.

Fase Intermedia: Se abordan las diferentes áreas temáticas a las cuales nos queremos dirigir, recoger primero la información de lo general a lo específico, anotar los datos recogidos brevemente y de forma inteligible, apuntando cifras, fechas, algunos datos de interés, 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: 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, Serían por ejemplo, una serie de cuidados o recomendaciones a seguir, despedirse, atendiendo a los rituales sociales habituales de cualquier despedida de forma breve, respetuosa y cálida.

## **1.8 EXPLORACIÓN FÍSICA.**

La exploración física consta de 4 métodos:

La inspección significa observar a las personas o parte del cuerpo, el aspecto, color, forma, movimiento, cavidades entre otros.

La palpación es un proceso de apreciación manual donde usaremos sensibilidad táctil, térmica y vibratoria, así como de los sentidos de presión y estereognóstico de las manos.

La percusión consiste en la apreciación de sonidos auditivos o vibraciones que se generan al dar pequeños golpes a la superficie externa del cuerpo.

La auscultación consiste en explorar los sonidos que se producen en el organismo, ya sea sonidos producidos por el corazón, el sistema respiratorio, tubo digestivo o cualquier otra causa.

También la exploración física se puede complementar por termometría clínica, esfigmomanometría, sensibilidad y reflejos.

Para lograr realizar la exploración física necesitamos ciertos materiales como: estetoscopio, esfigmomanómetro, termómetro clínico, depresor, torundas, paraban para la privacidad del paciente, sabanas.

El papel de la enfermera es muy importante ya que debe de considerar ciertos puntos al realizar la exploración física como las normas culturales ,sociales ,la privacidad ,la privacidad se muestra al explorar al paciente teniendo una persona de confianza a su lado asi mismo demuestra una conducta profesional .

Durante la exploración deberemos vigilar las respuestas emocionales del paciente, observando sus expresiones faciales, la seguridad de la enfermera es muy importante ya que es la seguridad se la brindara al paciente. Dependiendo la persona es necesario moderar el ritmo de la exploración y preguntar constantemente como está tolerando la valoración. Es necesario que el paciente coopere y se relaje.

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

Existen cierto grupo de niños a los cuales se necesita visitas adicionales para la exploración como por ejemplo los que tienen enfermedades o discapacidades crónicas, extranjeros, adoptados etc.

Para la recogida de datos se necesita:

- Recopilar la información posible sobre los antecedentes del pediátrico.
- Realizar la exploración en una zona neutra
- 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.
- Realizar preguntas abiertas para permitir que los padres compartan más información y describan un poco más los problemas de los niños, así también se observa las interacciones padre-hijo. Se puede entrevistar a niños mayores.
- Tratar a los adolescentes como adultos porque tienden a responder mejor.
- Recordar que los adolescentes tienen derecho a la confidencialidad. Después de hablar con los padres sobre los antecedentes, hablar a solas con los adolescentes.

Durante la exploración podremos observar que las personas de edad avanzada no manifiestan de forma tan evidente una lesión o enfermedad. De forma característica, los ancianos presentan signos y síntomas sutiles o anómalos.

Los principios a seguir durante la exploración:

- 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. Del mismo modo, la mayoría son fiables respecto a lo que recuerdan y relatan.

## **1.9 Signos vitales**

Son valores que permiten estimar la efectividad de la circulación, respiración, y de las funciones neurológicas basales y su réplica a diferentes estímulos fisiológicos y patológicos.

Son la cuantificación de acciones Fisiológicas como la oximetría, frecuencia cardiaca, respiratoria entre otras. Estas indican que un Individuo está vivo y la calidad del funcionamiento orgánico. Cambian dependiendo la persona y en el mismo ser en diferentes momentos del día, las principales variables que alteran los signos vitales son la edad, sexo, ejercicio físico, embarazo, estado Emocional, hormonas, medicamentos, estado hemodinámico. Cualquier alteración de los Valores normales, orienta hacia un mal funcionamiento. Su toma está indicada al ingreso, durante y egreso del Paciente al centro asistencial, de inmediato cuando el paciente manifiesta cambios en su condición funcional y según la prescripción Médica.

Hoy en día se ha integrado la rutina de la toma de los SV a la tecnología en sistemas electrónicos digitales para beneficio del Paciente, surgiendo así la telemedicina y tele monitoreo.

### **A. Pulso Arterial Y Frecuencia Cardiaca**

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 cardiaco y la adaptación de las arterias. La velocidad del pulso, es decir los latidos del corazón por minuto, corresponde a la frecuencia cardiaca.

Las características del pulso arterial son:

-Frecuencia, ritmo, volumen o amplitud, elasticidad.

Una arteria normal, es lisa, suave y recta.

Técnica para tomar el pulso arterial (radial).

El paciente debe estar cómodo con la extremidad apoyada o sostenida con la palma hacia arriba, aplique suavemente las yemas de su dedo índice y medio en el punto

en que la arteria pasa por el hueso, cuente los latidos durante 15, 20 o 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, registre e interprete el hallazgo y tome las decisiones pertinentes.

Sitios Para Tomar El Pulso: arteria temporal, arteria carótida, pulso braquial (arteria humeral), arteria radial, arteria femoral, arteria poplíteas, arteria pedía, 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, Ponga al paciente en reposo, verificar si el paciente ha recibido medicamentos, evitar usar el dedo pulgar, el latido de este dedo es muy fuerte y se pueden confundir los pulsos, oprima suavemente la arteria para no hacer desaparecer totalmente el pulso, Pulso cardiaco apical y los tonos cardiacos se valoran mediante auscultación, 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 de 100-160 latidos por minuto

-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 arritmico: 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.

Colocar al paciente en sedestación o decúbito supino, colocar el diafragma del estetoscopio en el 5to espacio intercostal, línea medio clavicular izquierda, 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.

Los valores a considerar normales dependen, de la edad varía desde recién nacidos 120-140 lpm a adulto 60-80 lpm.

## B. Temperatura Corporal

Es el grado de calor conservado por el equilibrio entre el calor generado (termogénesis) y el calor perdido (termólisis) por el organismo. Factores que afectan la termogénesis: tasa metabólica basal, actividad muscular, adrenalina, noradrenalina entre otras. Factores que afectan la termólisis: conducción, radiación, convección y evaporación. La temperatura corporal promedio normal de los adultos sanos varía según la zona en que la tomes puede ser por la cavidad bucal, rectal, axilar varía entre 0.3 a 0.6 °c el valor normal es 36.2.

La temperatura corporal se mide a través de un termómetro clínico existen distintos tipos de termómetros como el termómetro convencional de mercurio axilar, rectal, termómetros digitales, termómetro de oído digital electrónico, El termómetro de contacto con la piel.

- Técnica para tomar la temperatura.

Asegurarse que la columna del mercurio este por debajo de 35°C, desinfectar bien el termómetro, tiempo de colocación dependiendo la zona de 3 a 5 minutos, Para todos los casos retire el termómetro y léalo e Interprete y actúe ante evidencia de alteración.

- Recomendaciones y precauciones.

El termómetro se usara de manera personalizada, el bulo tiene que estar colocado de manera correcta en la zona correcta, la zona debe de estar seca y tener una buena irrigación, la toma rectal está contraindicada para pacientes con diarrea o procesos inflamatorios anales entre otros, toma de temperatura oral basal, comida o bebido líquidos calientes o fríos 15 minutos antes. Evitar esta toma en niños, pacientes inconscientes, con disnea, tos, hipo, etc.

Alteraciones De La Temperatura.

-Hipotermia: temperatura central  $\leq 35^{\circ}\text{C}$ .

-Febrícula: temperatura mayor a la normal y hasta los  $38^{\circ}\text{C}$ .

-Fiebre: elevación de la temperatura corporal central por encima de las variaciones diarias normales mayor de  $38^{\circ}\text{C}$ .

-Hiperpirexia: temperatura muy elevada mayor a  $41^{\circ}\text{C}$ .

-Hipertermia: temperatura mayor a los  $41^{\circ}\text{C}$ .

Los tipos de fiebre que podemos percibir son de manera: Continua, Intermitente, Remitente, Reincidente o recurrente.

Los valores normales varía según la edad consta entre los  $38^{\circ}\text{c}$  en los recién nacidos y en adultos de  $36.2$  a  $37.2$  °c.

### C. Frecuencia Respiratoria

Es el número de veces que una persona respira por minuto. El ciclo respiratorio comprende una fase de inspiración y otra de espiración. Cuando se miden las respiraciones, es importante tener en cuenta el esfuerzo, la profundidad, el ritmo y la simetría de los movimientos de cada lado del tórax.

Técnica para valorar la frecuencia respiratoria mediante inspección.

Colocar al paciente lo más cómodo posible sin alertar, observamos la expansión torácica, durante 30 segundos y multiplicamos por 2 si la respiración es regular si no la controlamos durante 1 minuto o más si lo requiere, se registra el dato y se actúa según el hallazgo.

Técnica para valorar la frecuencia respiratoria mediante auscultación.

Colocar al paciente en sedestación, de acuerdo a la proyección anatómica de los pulmones en el tórax colocar el diafragma del estetoscopio sobre la pared torácica, de manera que no quede situado sobre alguna estructura ósea (Ej. Región interescaulovertebral, fosa supraclavicular) y cuantifique el número de respiraciones en 30", multiplíquelas por 2 si la respiración es regular. En caso de que respiración irregular cuantificar por 1 minuto completo, se registra el dato, interpreta y actúa según el hallazgo.

Hallazgos anormales de la frecuencia respiratoria.

-Bradipnea: FR menor de 12 respiraciones por minuto.

-Taquipnea: FR mayor de 20 respiraciones por minuto.

-Hiperpnea: respiración profunda y rápida de frecuencia mayor a 20 respiraciones por minuto en el adulto.

-Apnea: ausencia de movimientos respiratorios.

-Disnea: sensación de dificultad o esfuerzo para respirar. Puede ser inspiratoria (tirajes) o espiratoria (espiración prolongada).

-Respiración de Kussmaul: respiración rápida (FR mayor de 20 por minuto), profunda, suspirante y sin pausas.

-Respiración de Cheyne-Stoke: hiperpnea que se combina con intervalos de apnea. En niños este patrón es normal.

-Respiración de Biot: extremadamente irregularidad en la frecuencia respiratoria, el ritmo y la profundidad de las respiraciones.

La frecuencia respiratoria normal varía según la edad en los recién nacidos son de 40-45 rpm mientras en un adulto es de 12-20 rpm.

### D. Presión Arterial

Es fuerza ejercida por la columna de sangre impulsada por el corazón hacia los vasos sanguíneos. La fuerza de la sangre contra la pared arterial es la presión sanguínea y la resistencia opuesta por las paredes de las mismas es la tensión arterial. Estas dos fuerzas son contrarias y equivalentes. La presión sistólica es la presión de la sangre debida a la contracción de los ventrículos y la presión diastólica es la presión que queda cuando los ventrículos se relajan. La presión arterial está determinada por el gasto cardiaco y la resistencia vascular periférica. Se cuantifica por medio de un manómetro de columna de mercurio o anaeroide (tensiómetro). Sus valores se registran en milímetros de mercurio (mm/Hg).

Una de las Características de la presión arterial es la presión sanguínea arterial se eleva durante la sístole y disminuye durante la diástole.

Esfigmomanómetros, es el aparato con el cual podemos medir la presión arterial este ejerce una presión sobre una arteria susceptible de colapsar. Las presiones se registran en una escala que puede ser de mercurio, un reloj o una pantalla, según el sistema usado. Ya sea de columna de mercurio, aneroide o digital. El brazalete debe ser de un tamaño proporcional a la longitud y grosor de la extremidad ya que se aconseja que cubra al menos el 80% de la circunferencia del brazo.

Técnica para la toma de presión arterial con esfigmomanómetro aneroide.

El paciente debe de estar en reposo sentado o acostado, el brazo debe de estar apoyado en su cama o mesa en posición supina, se coloca el tensiómetro en el lugar más cercano de manera que sea visible, se fija el brazales alrededor del brazo, previa selección del manguito de tamaño adecuado (niño, adulto, obesos o extremadamente delgados) con el borde inferior 2.5 cm. Por encima de la articulación del codo, altura que corresponda a la del corazón, evitando excesiva presión del brazo, Palpe la arteria radial, insufla en forma continua y rápida hasta el nivel que deje de percibir el pulso: esto equivale a presión sistólica palpatoria, Desinfele totalmente el manguito en forma rápida y continúa. Espere 30'' antes de re insuflar, Colocar el estetoscopio en posición de uso, en los oídos con las olivas hacia delante, Con las puntas de los dedos medio e índice, localizar la pulsación más fuerte, colocando el estetoscopio en este lugar, procurando que éste no quede por abajo del brazalete, sólo que toque la piel sin presionar. Sostener la perilla de goma con la otra mano y cerrar la válvula, Mantener el estetoscopio sobre la arteria, Realizar la acción de bombeo con la perilla, e insuflar continua y rápidamente el brazalete hasta que el mercurio se eleve 20 o 30 mmHg por arriba del nivel de la presión sistólica palpatoria, Aflojar cuidadosamente la válvula y dejar que el aire escape lentamente (2 a 4 mmHg por segundo). Escuchar con atención el primer latido claro y rítmico. Observar el nivel de la escala de Hg y hacer la lectura. Esta cifra es la presión sistólica auscultatoria, Siga abriendo la válvula para que el aire escape lentamente y mantener la mirada fija en la columna de mercurio. Escuchar cuando el sonido agudo cambia por un golpe fuerte y amortiguado. Este último sonido claro es la presión diastólica auscultatoria, Abrir completamente la válvula,

dejando escapar todo el aire del brazalete y retirarlo, Repetir el procedimiento para confirmar los valores obtenidos o bien para aclarar dudas, Registrar las anotaciones correspondientes y tomar las conductas pertinentes a los hallazgos.

Ruidos de Korotkoff. Los ruidos se oyen sobre una arteria, por debajo de un manquito que está siendo desinflado, y consisten en una especie de toque y de un soplo. Tomando como base ese toque y según el soplo esté presente o ausente, los ruidos se han dividido en 5 fases.

Fase 1: corresponde al inicio del ruido que gradual mente aumenta de tono e intensidad. Constituye la presión arterial sistólica.

Fase 2: el toque es seguido de un soplo.

Fase 3: consiste del toque solamente y en ella este es fuerte y de tono alto. El soplo está ausente.

Fase 4: cuando el toque anterior cambia a un tono bajo y pierde intensidad. Este punto corresponde a la presión arterial diastólica en mujeres embarazadas y niños.

Fase 5: desaparición del ruido corresponde la presión arterial diastólica en adultos.

Los valores normales de la presión arterial varían podemos encontrar valores desde 60-90 en sistólica hasta 100-140 despendiendo la edad y diastólica desde 30-62 hasta 60-90.

Igual el tamaño del manguito varía según la edad y la longitud del brazo.

La hipertensión arterial se clasifica por optima, normal, normal alta, hipertensión 1, 2,3 grado, hipertensión sistólica aislada. Donde la sistólica la podemos encontrar desde 120 hasta 180 y la diastólica desde 80 hasta 109.

### **1.10 Recogida De Muestras Biológicas**

Una muestra es una parte de algo, las muestras biológicas son partes o fracciones que se obtienen de un organismo para su posterior estudio.

Las muestras se pueden obtener general mente de todas las partes de nuestro cuerpo, por ejemplo una muestra de tejido solido se le llama biopsias y se utilizan agujas especiales.

Nuestro organismo posee una serie de líquidos orgánicos , como la sangre , líquido amniótico entre otros y productos de desecho como la orina ,esputo , heces etc. , en este caso para obtener una muestra es más sencillo que en el caso de una biopsia .

En ciertas ocasiones conviene estudiar las secreciones de determinadas cavidades o superficies fácilmente accesible porque se sospecha que puede haber una infección, o bien porque interesa comprobar si existen células cancerosas.

Existen distintos tipos de muestra dependiendo el problema a tratar por ejemplo si queremos tomar una muestra de una infección en la faringe se toma una muestra de moco o pus de las paredes de la faringe, o si se trata de una paciente que se hace revisión ginecológica se toma una muestra del moco de la vagina y cérvix. Y así podemos determinar microorganismos causantes de ciertas enfermedades infecciosas o cancerígenas.

#### 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. La orina es un filtrado del plasma y por eso se pueden detectar alteraciones de otros aparatos. Ej.: la presencia de glucosa en la orina indica alteración en el metabolismo de la misma y puede estar implicado el páncreas (diabetes mellitus).

En la muestra de orina es posible realizar dos tipos de estudios análisis elemental o rutinario y análisis microbiológico.

El análisis elemental de orina incluye el estudio de las características físicas y bioquímicas (densidad, pH, presencia de glucosa, proteínas, bilirrubina...etc.) y también el estudio del sedimento. El sedimento es el depósito de materia sólida que se forma en el fondo de un vaso con orina cuando se deja cierto tiempo sin agitar, lo forman las partes más pesadas (puede haber células, microorganismos e incluso sales que al estar en elevadas concentraciones forman pequeños cristales)

Si en el análisis elemental se descubre la presencia de microorganismos se realiza el análisis microbiológico. Para identificar el tipo de microorganismo y qué antibiótico es el más adecuado para el tratamiento de la infección urinaria.

Para saber qué tipo de microorganismo existe en nuestra muestra se tiene que cultivar la orina supone someterla a unas condiciones favorables para promover la multiplicación de los microorganismos.

#### Recogida de orina en niños y lactantes.

Cuando se trata de recoger orina por micción espontánea hemos de distinguir dos casos: Este cometido lo realizan los ATS/DUEs

Niños mayores de 2 años.- y lactantes si están sondados, en niños La recogida es similar a la realizada en los adultos.

- Niños menores de 2 años.- Se utilizan dispositivos especiales. Se trata de unas bolsas desechables estériles con una superficie adhesiva que se pega a la piel de la zona púbica y perineal. Únicamente hemos de destacar que se realizará un aseo previo de genitales cuando la orina se solicita para cultivo pero también cuando sea para análisis elemental. El procedimiento para la recogida de orina en niños menores de 2 años se detalla en la correspondiente ficha.

## Recogida de muestras de heces

Independientemente de que se pueda tomar una muestra de las heces para que sea analizada, hemos de observar el aspecto de las deposiciones. La consistencia normal es pastosa-dura. Cuando cambia podemos hablar de diarrea o de estreñimiento. El color habitual en las heces del adulto es marrón parduzco pero en el lactante es amarillento, muchos alimentos, fármacos y enfermedades pueden alterar el color. EJ: Una comida abundante una apariencia rojiza oscura a las heces, Las espinacas dan un aspecto verduzco, Tratamientos con hierro ennegrecen las heces.

Cuando son amarillentas quiere decir que son muy ricas en grasas, cuando son blancas se debe a que no se vierte jugo biliar (con pigmento) a la luz del intestino y, por tanto, las heces pierden su característico color, Cuando hay un sangrado en alguna parte del intestino en zonas alejadas del ano las heces aparecen negras porque la sangre no es “fresca”, ha sufrido parte del proceso digestivo. En este caso hablamos de un tipo de hemorragia llamado melena. Es difícil describir el olor de las melenas, pero son muy malolientes, Cuando hay un sangrado de colon, sigma o recto, las heces aparecen con sangre roja brillante, como la “sangre fresca”. En este caso hablamos de un tipo de hemorragia llamada rectorragia, si las heces presentan moco, pus o parásitos detectables a simple vista (“lombrices”).

A partir de las muestras de heces se pueden investigar muchas cosas: alteraciones de la digestión, presencia de sangre, de parásitos y de microorganismos (se debe hacer un cultivo llamado coprocultivo). Estas muestras deben ser recogidas en recipientes estériles.

La recogida de muestras de heces es función del TCAE. Por supuesto, en el caso de que se trate de un paciente ambulatorio habrá que explicarle muy claramente cómo hacerlo. Por eso será necesario advertirle que:

- Las muestras de heces con orina son inadecuadas.
- El orinal estará previamente limpio pero sin restos de detergente o de desinfectante.
- El volumen de heces que es necesario recoger es muy poco: 2 gramos cuando las heces son sólidas y de 5-10 ml cuando son líquidas.
- La muestra se toma con la cucharilla de la tapa y teniendo la precaución de escoger aquellas partes de las heces más sospechosas (con moco, pus, sangre...).
- Es conveniente etiquetar la muestra con sus datos.
- Se llevará la muestra al laboratorio lo antes posible. Si se va a tardar más de media hora deberá conservarla en la nevera.

## Muestras de sangre

Se realiza a partir de la extracción de una muestra obtenida por punción. La extracción de la sangre es cometido del ATS/DUE se encarga de preparar el material, asistir al médico o farmacéutico y llevar la muestra y de los analistas (médicos o farmacéuticos) su función también es extraer la sangre.

Aspectos generales:

Normalmente la extracción de sangre se realiza con el paciente en ayunas. Mientras se efectúa, el paciente debe estar sentado o recostado, Las extracciones pueden realizarse en salas destinadas, la mayoría de los hospitales es un ATS/DUE del Laboratorio de la institución el que se traslada a la planta y realiza las extracciones. Además, también suele llevar él mismo las muestras al laboratorio. Las muestras pueden obtenerse de sangre arterial, venosa o capilar.

## Conclusión

El proceso de enfermería es de suma importancia para la atención de los pacientes, para brindarles un cuidado adecuado, de calidad y eficacia orientadas no solo en el bienestar del paciente, sino también de su familia y sociedad en general.

El proceso de enfermería también nos permite usar el pensamiento crítico para llevar a cabo diagnóstico de problemas de salud real o potenciales,

En el presente trabajo conocemos la manera en que se llevara a cabo el proceso de enfermería por medio de sus etapas , en la valoración conoceremos los datos del paciente esta etapa es la base para la realización de el diagnostico el cual sería la segunda etapa en el encontraremos un juicio o conclusión que es resultado de la valoración de enfermería posteriormente en la tercera etapa planificaremos acá desarrollamos estrategias para la prevención , y lograr minimizar el problema de salud como también podemos dar promoción a la salud , en la cuarta etapa vamos a llevar a cabo la ejecución en la cual ya se realiza el plan de cuidados con el objetivo de buscar la mejoría del paciente y para finalizar evaluamos , si cumplimos con el objetivo esperado o no .

Pude observar que es de suma importancia saber realizar una entrevista ya que tenemos que tener carácter, fluidez, seguridad y saber cómo presentarnos ante el individuo para lograr obtener la información que requerimos , posteriormente realizar la exploración física esta nos ayuda para lograr ver superficialmente el estado de salud de nuestro paciente poder valorarlo y posteriormente nos vamos a una valoración interna donde se lleva a cabo la toma de signos vitales la cual consiste de pulso arterial , frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria , temperatura corporal , tensión arterial y oximetría de pulso ,estos parámetros son de suma importancia ya que si estos están fuera de los parámetros normales indican que algo en el paciente está mal y debemos tratarlo de inmediato .

Las recogida de muestras biológicas es de suma importancia pude aprender, las características de cada una y en qué momento se debe de tomar, como también si se trata de microorganismos se debe se realizar un cultivo para ver qué tipo de microorganismo es, las muestras biológicas nos ayudaran para poder diagnosticar alguna infección, cáncer, bacteria que este alterando el funcionamiento de nuestro cuerpo como también se pueden hacer muestras rutinarias.

En conclusión cada punto visto en esta unidad, es para la mejora del paciente, el poder brindarle una atención de calidad y cuidados individuales de acuerdo a su enfermedad.

El cuidado, la seguridad y la atención del paciente es lo más importante y la base fundamental para la mejora.