



Mi Universidad

MAPAS
CONCEPTUALES

NOMBRE DEL ALUMNO: Mauricio de Jesús Aguilar Vázquez.

NOMBRE DEL TEMA: Resumen primera unidad.

PARCIAL: 1.

NOMBRE DE LA MATERIA: Fundamentos de enfermería 1.

NOMBRE DE LA LICENCIATURA: Licenciatura en Enfermería (LEN).

CUATRIMESTRE: Primero.

GRUPO: LEN10SSC0121-A

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 en enfermería.

Como antecedentes históricos, reseñar que el PAE tiene sus orígenes, cuando fue considerado un proceso en 1955, gracias a Hall, I, a la que posteriormente se unieron otras teóricas como Jonhson en 1959, Orlando en 1961 y Wiedenbach en 1963. Establecieron cuatro etapas: valoración, planificación, realización y evaluación. Quedando desde entonces el PAE como actualmente conocemos:

- Valoración
- Diagnóstico
- Planificación
- Ejecución
- Evaluación

En cuanto a los objetivos del PAE, el principal se centra, en constituir una estructura que pueda cubrir, de forma individualizada, las necesidades del paciente, familia y comunidad. las ventajas de estas, tienen repercusiones sobre la profesión, considerando a la enfermería como una disciplina con carácter científico que se centra en la respuesta humana del individuo. además de poder realizar una valoración continua del paciente, gracias a la etapa de evaluación, que permite la retroalimentación del proceso.

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.

2. **DIAGNÓSTICO:** Etapa del proceso, es el enunciado del problema real o potencial del paciente, que requiera de la intervención enfermera para disminuirlo o resolverlo.
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.
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.

PRIMERA ETAPA. VALORACIÓN DE ENFERMERÍA

OBJETIVOS

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

El proceso enfermero es un proceso de pensamiento crítico 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. Como estudiante de enfermería se aprenden las cinco fases del proceso enfermero (valoración, diagnóstico, planificación, implementación y evaluación). Sin embargo, en realidad el proceso enfermero es dinámico y continuo; y, después de adquirir más experiencia en la práctica, se aprende a moverse de una a otra aleatoriamente entre las diferentes fases.

Pensamiento crítico en la práctica de enfermería:

1. VALORAR: recopilar información sobre el estado del paciente.
2. DIAGNOSTICAR: identificar los problemas del paciente.
3. PLANIFICAR: establecer los objetivos de los cuidados y los resultados deseados e identificar las actuaciones enfermeras apropiadas.
4. IMPLEMENTAR: realizar las acciones de enfermería identificadas en la planificación.
5. EVALUAR: determinar si se alcanzan los objetivos y los resultados esperados.

Las cinco fases del proceso enfermero.

El proceso de enfermería es una variación del razonamiento científico. Practicar las cinco fases del proceso de enfermería nos permite ser organizados y realizar nuestra práctica de una manera sistemática. Aprendemos a hacer inferencias sobre el significado de la respuesta de un paciente ante un problema de salud o a generalizar sobre el estado funcional de la salud del paciente.

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. La valoración de enfermería incluye dos etapas:

1. Recogida de información de una fuente primaria (el paciente) y de las fuentes secundarias.
2. La interpretación y validación de los datos para garantizar una completa base de datos.

Cuando un paciente presenta un problema de salud inicial, por ejemplo, cuando un paciente presenta signos de dolor después de la cirugía, se procede a observar sus conductas, a hacer preguntas sobre la naturaleza del problema, a escuchar las señales que proporciona y a realizar una exploración física. Generalmente también se entrevista a miembros de la familia que conocen los problemas de salud del paciente y cualquier dato existente de la historia clínica.

El pensamiento crítico es una parte vital de la valoración. Permite ver el panorama general cuando se formulan conclusiones o se toman decisiones sobre el estado de salud de un paciente. Mientras se recogen datos sobre un paciente, se sintetiza el conocimiento pertinente, se recuerdan experiencias clínicas anteriores, se aplican estándares y actitudes de pensamiento crítico, y se utilizan estándares de práctica para dirigir nuestra valoración de una manera significativa e intencionada.

Recogida de datos:

Se realiza la valoración para recopilar la información necesaria para hacer un juicio preciso sobre el estado actual de un paciente. La información procede de:

- ✓ El paciente, a través de la entrevista, las observaciones y la exploración física.
- ✓ Los informes de los miembros de la familia y allegados y las respuestas a las entrevistas.

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.

- 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.
- 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.

Es primordial seguir un orden en la valoración. 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.

Esta etapa cuenta con una valoración inicial, donde deberemos de buscar:

- Datos sobre los problemas de salud detectados en el paciente.
- Factores Contribuyentes en los problemas de salud.

En las valoraciones posteriores, tenemos que tener en cuenta:

- ✓ Confirmar los problemas de salud que hemos detectado.
- ✓ Análisis y comparación del progreso o retroceso del paciente.
- ✓ Determinación de la continuidad del plan de cuidados establecido.
- ✓ Obtención de nuevos datos que nos informen del estado de salud del paciente.

En la recogida de datos necesitamos:

- ❖ Conocimientos científicos (anatomía, fisiología, etc...) y básicos (capacidad de la enfermera de tomar decisiones).

- ❖ Habilidades técnicas e interprofesionales (relación con otras personas).
- ❖ Convicciones (ideas, creencias, etc.)
- ❖ Capacidad creadora.
- ❖ Sentido común.
- ❖ Flexibilidad.

Tipos de datos a recoger:

Un dato es una información concreta, que se obtiene del paciente, referido a su estado de salud o las respuestas del paciente como consecuencia de su estado.

Los tipos de datos:

- Datos subjetivos: No se pueden medir y son propios de paciente. Datos objetivos: se pueden medir por cualquier escala o instrumento.
- Datos históricos-antecedentes: Son aquellos hechos que han ocurrido anteriormente y comprenden hospitalizaciones previas, enfermedades crónicas o patrones y pautas de comportamiento (eliminación, adaptaciones pasadas, etc.).

Métodos para obtener datos:

1) Entrevista Clínica:

Existen dos tipos de entrevista, ésta puede ser formal o informal. La entrevista formal consiste en una comunicación con un propósito específico, en la cual la enfermera realiza la historia del paciente. El aspecto informal de la entrevista es la conversación entre enfermera y paciente durante el curso de los cuidados.

La entrevista es un proceso que tiene cuatro finalidades, éstas son:

1. Obtener información específica y necesaria para el diagnóstico enfermero y la planificación de los cuidados.
2. Facilitar la relación enfermera/paciente.
3. Permitir al paciente informarse y participar en la identificación de sus problemas Y en el planteamiento de sus objetivos. Y también ayudar a la enfermera a determinar que otras áreas requieren un análisis específico a lo largo de la valoración.

La entrevista consta de tres partes: Iniciación, cuerpo y cierre.

- i. Iniciación: Se comienza por una fase de aproximación y se centra en la creación de un ambiente favorable, en donde se desarrolla una relación interpersonal positiva.
- ii. Cuerpo: La finalidad de la conversación en esta parte se centra en la obtención de la información necesaria.
- iii. Cierre: Es la fase final de la entrevista No se deben introducir temas nuevos.

La entrevista clínica tiene que ser comprendida desde dos ámbitos:

- Un ámbito interpersonal en el que dos o más individuos se ponen en contacto y se comunican.
- Otro ámbito de la entrevista es el de una habilidad técnica.

La entrevista puede verse interrumpida por los ruidos. Éstas pueden ser controladas por el entrevistador en la mayoría de los casos. Tres tipos de interferencias:

- ✓ Interferencia cognitiva: Consisten en que el problema del paciente no es percibido o comprendido por el entrevistador.
- ✓ Interferencia emocional: Es frecuente, consiste en una reacción emocional adversa del paciente o del entrevistador.
- ✓ Interferencia social: En este caso las diferencias sociales conllevan en el profesional una menor conexión emocional a una menor implicación, y a prestar menor información al paciente.

Las técnicas verbales son:

- ✚ El interrogatorio permite obtener información, aclarar respuestas y verificar datos.
- ✚ La reflexión o reformulación, consiste en repetir o expresar de otra forma lo que se ha comprendido de la respuesta del paciente, permite confirmar y profundizar en la información.
- ✚ Las frases adicionales, estimula la continuidad del proceso verbal de la entrevista.
- ✚ Las técnicas no verbales: Facilitan o aumentan la comunicación mientras se desarrolla la entrevista, estos componentes no verbales son capaces de transmitir un mensaje con mayor efectividad incluso que las palabras habladas, las más usuales son:
 - Expresiones faciales.
 - La forma de estar y la posición corporal.

- Los gestos.
- El contacto físico.
- La forma de hablar.

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

- Empatía: Entendemos por empatía la capacidad de comprender (percibir) correctamente lo que experimenta nuestro interlocutor.
- Calidez: Es la proximidad afectiva entre el paciente y el entrevistador. Se expresa solo a nivel no verbal
- Respeto: Es la capacidad del entrevistador para transmitir al paciente que su problema le atañe, y que se preocupa por él preservando su forma de pensar, sus valores ideológicos y éticos.
- Concreción: Es la capacidad del entrevistador para delimitar los objetivos mutuos y compartidos de la entrevista.

2) La observación.

Es el segundo método básico de valoración, la observación sistemática implica la utilización de los sentidos para la obtención de información tanto del paciente, como de cualquier otra fuente significativa y del entorno, así como de la interacción de estas tres variables.

La exploración física: Exploración física. Se centra en: determinar en Profundidad la respuesta de la persona al proceso de La enfermedad, obtener una base de datos para poder establecer comparaciones y valorar la eficacia de las actuaciones, confirmar los datos subjetivos obtenidos durante la entrevista. La enfermera utiliza cuatro técnicas específicas: inspección, palpación, percusión y auscultación.

- ✓ Inspección: es el examen visual cuidadoso y global del paciente, para determinar estados o respuestas normales o anormales.
- ✓ Palpación: Consiste en la utilización del tacto para determinar ciertas características de la estructura corporal por debajo de la piel.
- ✓ Percusión: implica el dar golpes con uno o varios dedos sobre la superficie corporal, con el fin de obtener sonidos.

- ✓ Auscultación: consiste en escuchar los sonidos producidos por los órganos del cuerpo.

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

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

La información física del paciente que se obtiene es idéntica en cualquiera de los métodos que utilizemos.

SEGUNDA ETAPA: DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA

Según se utilice el PAE de 4 fases o el de 5 es el paso final del proceso de valoración o la segunda fase. Es un enunciado del problema real o en potencia del paciente que requiera de la intervención de enfermería con el objeto de resolverlo o disminuirlo.

Si las funciones de Enfermería tienen tres dimensiones, dependiente, interdependiente e independiente, según el nivel de decisión que corresponde a la enfermera.

- 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 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.
- 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.

Los pasos de esta fase son:

1. Identificación de problemas
 - Análisis de los datos significativos, bien sean datos o la deducción de ellos, es un planteamiento de alternativas como hipótesis.
 - Síntesis es la confirmación, o la eliminación de las alternativas.
2. Formulación de problemas. Diagnóstico de enfermería y problemas interdependientes.

La Asociación Española de Enfermería Docente (AEED) en 1993, elaboró un documento en el que especificaba estos beneficios:

- Investigación: Para poder investigar sobre los problemas de Salud que los profesionales de enfermería estamos capacitados para tratar, es necesario que los mismos estén bien definidos y universalizados, a fin de que los resultados de las investigaciones, puedan ser comprendidos y aplicados por otros enfermeros.
 - ❖ Determinar la compatibilidad de una taxonomía con cada uno de los modelos conceptuales.

- ❖ Validar en distintos ámbitos culturales las características definitorias y los factores relacionados de los Diagnósticos de Enfermería aceptados.
- ❖ Comparar la eficacia de las diversas intervenciones propuestas ante un mismo diagnóstico.
- ❖ Realizar el análisis epidemiológico de los diagnósticos que presenta una población determinada.
- ❖ Identificar nuevas áreas de competencia en Enfermería, o completar las ya identificadas, mediante el desarrollo y validación de nuevos Diagnósticos.
- Docencia: la inclusión de los Diagnósticos de Enfermería en el currículo básico debe iniciarse y continuarse de forma coherente, y prolongarse de forma progresiva a lo largo de todo el currículo. Permite:
 - ❖ Organizar de manera lógica, coherente Y ordenada los conocimientos de enfermería que deberían poseer los alumnos.
 - ❖ Disponer de un lenguaje compartido con otros profesionales, con los enfermeros docentes y con los propios alumnos, lo cual facilita enormemente la transmisión de ideas y conceptos relacionados con los cuidados.
- Asistencial: El uso de los Diagnósticos en la práctica asistencial favorece la organización y profesionalización de las actividades de enfermería, al permitir:
 - ❖ Identificar las respuestas de las personas ante distintas situaciones de Salud.
 - ❖ Centrar los cuidados brindados en las respuestas humanas identificadas a través de una valoración propia.
 - ❖ Aumentar la efectividad de los cuidados al prescribir actuaciones de enfermería específicas orientadas a la resolución o control de los problemas identificados.
 - ❖ Organizar, definir y desarrollar la dimensión propia del ejercicio profesional.
 - ❖ Delimitar la responsabilidad profesional, lo que como beneficio secundario crea la necesidad de planificar y registrar las actividades realizadas.
 - ❖ Diferenciar la aportación enfermera a los cuidados de Salud de las hechas por otros profesionales.
 - ❖ Unificar los criterios de actuación ante los problemas o situaciones que están dentro de nuestra área de competencia.
 - ❖ Mejorar y facilitar la comunicación inter e interdisciplinar.

- Gestión: Algunas de las ventajas que comportan la utilización de los Diagnósticos de enfermería en este ámbito son:
 - ❖ Ayudar a determinar los tiempos medios requeridos y, por tanto, las cargas de trabajo de cada unidad o centro, al facilitar la organización y sistematización de las actividades de cuidados.
 - ❖ Permitir, como consecuencia, una mejor distribución de los recursos humanos y materiales.
 - ❖ Favorece la definición de los puestos de trabajo, ya que ésta podría incluir la habilidad para identificar y tratar los Diagnósticos de Enfermería que se dan con mayor frecuencia.
 - ❖ Posibilitar la determinación de los costes reales de los servicios de enfermería, y consecuentemente, los costes reales de los cuidados brindados al usuario.
 - ❖ Facilitar el establecimiento de criterios de evaluación de la calidad de los servicios de Enfermería brindados en un centro o institución.
 - ❖ Identificar las necesidades de formación para grupos profesionales específicos.

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:

- ✚ Real: representa un estado que ha sido clínicamente validado mediante características definitorias principales identificables.
- ✚ 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.
- ✚ Posible: son enunciados que describen un problema sospechado para el que se necesitan datos adicionales. La enfermera debe confirmar o excluir.
- ✚ De bienestar: juicio clínico respecto a una persona, grupo o comunidad en transición desde un nivel específico de bienestar hacia un nivel más elevado.

TERCERA ETAPA PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS

En esta fase se trata de establecer y llevar a cabo unos cuidados de enfermería, que conduzcan al cliente a prevenir, reducir o eliminar los problemas detectados.

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.

Por último, es importante que los objetivos se decidan y se planteen de acuerdo con la familia y/o la comunidad, que se establezca un compromiso de forma que se sientan implicadas ambas partes, profesional y familia/comunidad.

- Elaboración de las actuaciones de enfermería, esto es, determinar los objetivos de enfermería (criterios de proceso). Determinación de actividades, las acciones especificadas en el plan de cuidados corresponden a las tareas concretas que la enfermera y/o familia realizan para hacer realidad los objetivos.

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.

EVALUACIÓN

La evaluación se define como la comparación planificada y sistematizada entre el estado de salud del paciente y los resultados esperados.

El proceso de evaluación consta de dos partes:

- Recogida de datos sobre el estado de salud/problema/diagnóstico que queremos evaluar.
- Comparación con los resultados esperados y un juicio sobre la evolución del paciente hacia la consecución de los resultados esperados.

La evaluación es un proceso que requiere de la valoración de los distintos aspectos del estado de salud del paciente. Las distintas áreas sobre las que se evalúan los resultados esperados (criterios de resultado), son las siguientes áreas:

1. Aspecto general y funcionamiento del cuerpo:
 - Observación directa, examen físico.
 - Examen de la historia clínica.

2. Señales y Síntomas específicos
 - Observación directa.
 - Entrevista con el paciente.
 - Examen de la historia.

3. Conocimientos:
 - Entrevista con el paciente.
 - Cuestionarios (test).

4. Capacidad psicomotora (habilidades)
 - Observación directa durante la realización de la actividad.

5. Estado emocional:
 - Observación directa, mediante lenguaje corporal y expresión verbal de emociones.
 - Información dada por el resto del personal.

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

- Entrevista con el paciente.
- Información dada por el resto del personal.

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

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

BASES SEMIOLÓGICAS DE LA VALORACIÓN DEL PACIENTE

SEMIOLOGÍA APLICADA A LA ENFERMERÍA: Es el estudio de los signos y síntomas de una enfermedad. **SEMIOTECNIA:** Es la técnica para obtener signos (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.

SÍNTOMA: Es lo manifestado por el paciente, lo que él siente.

SIGNO: Es lo que puede ser observado, palpado o auscultado por la enfermera.

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 auditoria.

HISTORIA CLÍNICA DATOS BÁSICOS: Exámenes Interrogatorio Examen físico complementario.

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. Luego se comienza con un interrogatorio dirigido.

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

ENTREVISTA CLÍNICA

Las enfermeras utilizan 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.

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.

EXPLORACIÓN FÍSICA

La valoración de la salud y la exploración física son los primeros pasos hacia la prestación de cuidados de enfermería seguros y competentes.

Las enfermeras recogen los datos de la valoración sobre el estado de salud pasado y actual de los pacientes de diferentes maneras, usando un enfoque general o focalizado, dependiendo de la situación del paciente. Dependiendo

del resultado de la valoración, una enfermera considera las recomendaciones basadas en la evidencia para el cuidado sobre la base de los valores de un paciente, la pericia clínica del profesional sanitario o la propia experiencia personal.

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. 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.

Objetivos:

Una exploración física se realiza como una evaluación inicial en el trabajo para la atención de urgencia; para los exámenes habituales para promover conductas saludables y medidas preventivas de atención sanitaria; para determinar la elegibilidad para el seguro médico, el servicio militar o un nuevo trabajo, o para ingresar a un paciente en un hospital o en una institución de atención de larga estancia. Después de considerar el estado actual del paciente, una enfermera selecciona una exploración física focalizada en un sistema o área específicos. la enfermera se centra primero en los sistemas pulmonar y cardiovascular de manera que los tratamientos puedan comenzar inmediatamente.

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.

ENTORNO

Las salas de exploración se utilizan en clínicas o en centros de consultas. En el domicilio, la exploración se realiza en un espacio donde se puede dar intimidad, como, por ejemplo, el dormitorio del paciente.

Los espacios de exploración deben estar bien equipados para cualquier procedimiento. Es necesario iluminar correctamente las partes del cuerpo. Se debe eliminar el ruido adicional y tomar medidas para prevenir interrupciones. La habitación debe estar suficientemente cálida para mantener el confort.

Las camillas especiales de exploración hacen más fácil la colocación y más fácilmente accesibles las zonas del cuerpo. Las camillas de exploración pueden ser incómodas; hay que elevar el cabecero de la camilla unos 30 grados. Una pequeña almohada ayuda para la comodidad de la cabeza y el cuello.

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. Debe asegurarse de que funciona correctamente antes de usarlo; asegurarse de que el oftalmoscopio y el otoscopio tengan buenas baterías y bombillas.

Preparación física del paciente

Para mostrar respeto por un paciente, la enfermera debe asegurarse de que las necesidades físicas de confort están satisfechas. Antes de comenzar, debe preguntar si el paciente necesita utilizar el baño.

La preparación física implica asegurarse de que la intimidad del paciente se mantiene con el apropiado vestido y cubrimiento. 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. Se debe proporcionar intimidad al paciente y el tiempo necesario para desnudarse para evitar la vergüenza. Hay que cerciorarse de que se mantenga caliente eliminando las corrientes de aire. Se le debe preguntar de manera rutinaria si está cómodo.

Colocación. Durante la exploración se pide al paciente que adopte las posturas apropiadas de manera que las partes del cuerpo sean accesibles y el paciente se mantenga cómodo. La capacidad de los pacientes de asumir las posturas depende de su fuerza física, movilidad, facilidad para respirar, edad y grado de bienestar. La enfermera debe ayudar al paciente a adoptarlas. Hay que tener cuidado para mantener el respeto y mostrar consideración ajustando la sábana que le cubre de modo que solamente sea accesible el área explorada.

Preparación psicológica de un paciente.

Una explicación cuidadosa del objetivo y de los pasos de cada valoración permite al paciente saber qué esperar y cómo cooperar. Se debe transmitir un enfoque abierto y profesional sin dejar de estar relajada. Una conducta reservada y formal inhibe la capacidad del paciente de comunicarse, pero un estilo que es demasiado informal puede hacerlo dudar de la competencia del profesional que está realizando la exploración.

Cuando se produce esta situación, otra persona del sexo del paciente o de un miembro de la familia culturalmente aceptado debe estar en la habitación. Como beneficio añadido, la segunda persona actúa como testigo de la conducta del profesional y del paciente si se presenta cualquier cuestión.

Durante la exploración, hay que vigilar las respuestas emocionales del paciente observando si sus expresiones faciales muestran miedo o preocupación o si los movimientos del cuerpo indican ansiedad. Si el paciente se siente bien, la exploración puede continuar. Sin embargo, no hay que forzar al paciente a cooperar en función del horario de la enfermera.

Las exploraciones pediátricas habituales se centran en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, particularmente para el cuidado de los niños sanos que tienen una crianza competente y no tienen ningún problema de salud serio.

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

- Recopilar la mayor información posible sobre los antecedentes de los bebés y niños que podamos obtener de los padres o de los tutores.
- Realizar la exploración en una zona neutra; dar tiempo para jugar con el fin de facilitar un ambiente de confianza.
- Debido a que los padres piensan a veces que el profesional que realiza la exploración los pone a ellos a prueba, ofrecer apoyo durante la exploración y no adoptar posturas críticas.
- Llamar a los niños por su nombre de pila y dirigirse a los padres como Sr. o Sra. en lugar de por su nombre a menos que indiquen otra cosa.
- Realizar preguntas abiertas para permitir que los padres compartan más información y describan un poco más los problemas de los niños.
- Tratar a los adolescentes como adultos porque tienden a responder mejor cuando se les trata como tales.
- Recordar que los adolescentes tienen derecho a la confidencialidad. Después de hablar con los padres sobre los antecedentes, hablar a solas con los adolescentes.
- 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.
- Tener presente que algunos ancianos tienen limitaciones sensoriales o físicas que afectan a la rapidez con que pueden ser entrevistados y a cómo pueden realizarse las exploraciones.
- Realizar la exploración con el espacio adecuado.
- Es estresante dar cierto tipo de información sanitaria a los pacientes ancianos. Algunos ven la enfermedad como una amenaza para la independencia y un paso hacia la institucionalización.
- Conocer la localización del aseo más cercano por si se da el caso de que el paciente tenga una necesidad urgente de evacuar. Estar alerta a las muestras de cansancio creciente como suspiros, muecas, irritabilidad, apoyarse sobre objetos y la cabeza y los hombros caídos.

Organización de la exploración

La enfermera llevará a cabo una exploración física mediante la valoración de cada sistema corporal. Los pacientes con síntomas o necesidades focalizadas requieren

solamente unas partes de la exploración; así, cuando un paciente viene a una clínica. Sin embargo, cuando se ingresa a un paciente en el hospital, la enfermera realizará una exploración completa en el momento del ingreso y por lo menos una vez al día.

Cualquier exploración física debe seguir una rutina sistemática para evitar pasar por alto hallazgos importantes. Un abordaje de la cabeza a los pies incluye todos los sistemas corporales, y el examinador recuerda y realiza cada paso en un orden predeterminado. Los siguientes consejos ayudan a mantener una exploración bien organizada:

- Comparar ambos lados del cuerpo para ver la simetría.
- Si el paciente está gravemente enfermo, primero valorar los sistemas corporales que presentan más riesgo de estar alterados.
- Si el paciente se cansa, ofrecer períodos de descanso entre las valoraciones.
- Realizar los procedimientos dolorosos cerca del final de una exploración.
- Registrar las valoraciones con términos específicos en la historia electrónica o de papel.
- Utilizar los términos clínicos y las abreviaturas comunes y aceptadas para mantener notas precisas, breves y concisas.
- Registrar notas rápidas durante la exploración para evitar retrasos.

Técnicas de valoración física

Las cuatro técnicas usadas en una exploración física son inspección, palpación, percusión y auscultación.

Inspección

Para inspeccionar, la enfermera debe mirar, escuchar y oler cuidadosamente para distinguir los resultados normales de los anormales. Para hacer eso, debe ser consciente de cualquier déficit personal visual, auditivo u olfativo. La inspección se produce al interactuar con un paciente, vigilando si hay expresiones no verbales del estado emocional y mental. Lo más importante es ser prudente y prestar atención a los detalles. Se deben seguir estas pautas para lograr los mejores resultados durante la inspección:

- Cerciorarse de que está disponible la iluminación adecuada, directa o tangencial.
- Utilizar una fuente de luz directa (p. ej., una linterna de bolsillo o una lámpara) para inspeccionar las cavidades de cuerpo.

- Inspeccionar cada zona para valorar tamaño, forma, color, simetría, posición y alteraciones.
- Colocar y exponer las partes del cuerpo según sea necesario de manera que todas las superficies puedan ser vistas pero se pueda mantener la intimidad.
- Cuando sea posible, comprobar para saber si hay simetría de lado a lado comparando cada área con su contraria en el lado opuesto del cuerpo.
- Validar los resultados con el paciente.

Mientras la enfermera valora a un paciente, debe reconocer la naturaleza y la fuente de los olores corporales. Un olor inusual indica a menudo una patología subyacente. El olfato ayuda a detectar las alteraciones que no se pueden reconocer por ningún otro medio. Por ejemplo, cuando la respiración de un paciente tiene un olor dulce, con sabor a fruta, hay que valorar en busca de signos de diabetes.

Palpación

La palpación implica usar el sentido del tacto para recopilar 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.

Tocar al paciente es una experiencia personal para la enfermera y para el paciente. Hay que mostrar respeto y preocupación a lo largo de la exploración. Además, siempre se ha de ser consciente del entorno y de cualquier amenaza para la seguridad del paciente.

Hay que prepararse para la palpación calentando las manos, manteniendo las uñas cortas y usando un acercamiento amable. 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.

El pulso radial se detecta con las yemas de los dedos, la parte más sensible de la mano. El dorso de la mano detecta variaciones de la temperatura en la piel. La parte huesuda de la palma en la base de los dedos detecta las vibraciones. La piel se pellizca con las yemas de los dedos para valorar la turgencia (mano sensible) y ponerla ligeramente sobre la piel del

paciente. La otra mano (mano activa) ayuda a aplicar presión a la mano sensible. La mano de abajo no ejerce presión directa y, por tanto, sigue siendo sensible para detectar las características del órgano. Por razones de seguridad, la palpación profunda debe ser observada por el tutor de prácticas clínicas de la enfermera cuando el procedimiento se realiza por primera vez.

Percusión

La percusión implica golpear ligeramente la piel con las yemas de los dedos para hacer vibrar los tejidos y órganos subyacentes. La vibración se transmite a través de tejidos del cuerpo, y el carácter del sonido resultante refleja la densidad del tejido subyacente. Cuanto más denso es el tejido, más sordo es el sonido. Sabiendo cómo las diferentes densidades influyen en el sonido, es posible localizar órganos o masas, trazar sus bordes y valorar su tamaño.

Auscultación

La auscultación implica escuchar los sonidos que el cuerpo hace para detectar variaciones de lo normal. Algunos sonidos como el habla y toser se pueden valorar sin equipamiento adicional, pero es necesario un estetoscopio para valorar los ruidos internos del cuerpo. Para auscultar los sonidos internos la enfermera debe oír bien, tener un buen estetoscopio y saber utilizarlo correctamente. Las enfermeras con alteraciones auditivas pueden conseguir estetoscopios con amplificación de sonido adicional.

SIGNOS VITALES

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. Si los ancianos tienen un peso bajo, es posible que tengan dificultad con la alimentación y otras actividades funcionales. Medir la altura y el peso de los ancianos, junto con la obtención de una historia dietética, muestra los factores de riesgo de enfermedades crónicas.

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. 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.

El paciente se pone de pie sobre la plataforma de la báscula y permanece inmóvil mientras la enfermera ajusta la pesa más grande al intervalo de 20 kg por debajo del peso del paciente. A continuación, se mueve la pesa más pequeña para equilibrar la báscula en el intervalo de 0,1 kg más adecuado. Las básculas electrónicas muestran automáticamente el peso en pocos segundos. Se calibran automáticamente cada vez que se utilizan. Después de quitar la ropa del niño, hay que pesarlo con los pañales desechables secos. Después se ajusta la medida para compensar el peso del pañal, asegurando, así, una lectura precisa.

Al colocar a un niño en una cesta o en una plataforma, hay que poner una mano ligeramente sobre él para detectar los movimientos y para prevenir caídas accidentales. Se debe medir el peso de un niño en onzas y gramos. Se debe medir la altura de los pacientes capaces de estar de pie sin calzado.

Hay que utilizar una barra de medir fijada verticalmente a una báscula de pesar o utilizar una cinta métrica en la pared. Mientras el paciente está de pie y recto, hay que poner una superficie plana en su cabeza que esté alineada con la escala vertical. Entonces se lee el número en la escala o la regla que indica su altura en centímetros o pulgadas. Hay que quitar los zapatos de un paciente que no soporta su peso y colocarlo (como a un niño) en

decúbito supino en una superficie firme. Al medir a un niño, hay que sostener su cabeza y cerciorarse de que sus piernas están rectas en las rodillas.

Constantes vitales, rangos normales para el adulto.

- Rango de temperatura de 36° a 38°C.
 - Media de la oral/timpánica: 37°C.
 - Media rectal: 37.5°C.
 - Media axilar: 36.5°C.
- Pulso: de 60 a 100/min.
- Respiración: de 12 a 20 respiraciones/min.
- Presión arterial:
 - Media: <120 / <80 mmHg.
 - Presión del pulso: de 30 a 50 mmHg.

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.
- Hay que asegurarse de que el equipamiento es funcional y apropiado para el tamaño y edad del paciente.
- La enfermera debe seleccionar el equipamiento basándose en el estado y características del paciente.
- Debe conocer los intervalos normales de las constantes vitales de un paciente.
- La enfermera tiene que determinar la historia clínica del paciente, las terapias y las medicaciones prescritas.
- Tiene que controlar o minimizar los factores ambientales que afectan a las constantes vitales.

- 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.
- Debe utilizar las mediciones de las constantes vitales para determinar las indicaciones para la administración de la medicación. La enfermera debe conocer los rangos aceptables para sus pacientes antes de administrar la medicación.
- Debe analizar los resultados de la medición de las constantes vitales. Las constantes vitales no se interpretan aisladas. Se deben también conocer los signos o síntomas físicos relacionados y ser consciente del estado de salud continuo del paciente.
- Se deben comunicar los cambios significativos de las constantes vitales al médico del paciente o a la enfermera encargada.
- La enfermera debe enseñar al paciente o al cuidador familiar la valoración de las constantes vitales y la importancia de los hallazgos.

Temperatura corporal

Fisiología

La temperatura corporal es la diferencia entre la cantidad de calor producida por los procesos corporales y la cantidad de pérdida de calor al entorno externo.

Producción del calor. El calor producido por el cuerpo es un derivado del metabolismo, que es la reacción química en todas las células corporales. 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. La producción de calor ocurre durante el descanso, los movimientos voluntarios, el temblor involuntario y la termogénesis sin tiritar.

El metabolismo basal es responsable del calor producido por el cuerpo en reposo absoluto.

Pérdida de calor. La pérdida de calor y la producción de calor ocurren simultáneamente.

Pulso

El pulso son los saltos palpables del flujo sanguíneo observados. En varios puntos del cuerpo. La sangre fluye a través del cuerpo en un circuito continuo. El pulso es un indicador del estado circulatorio.

Valoración del pulso.

La enfermera puede valorar cualquier arteria para la frecuencia del pulso, pero normalmente utiliza la arteria radial porque es más fácil de palpar. Cuando el estado de un paciente empeora de repente. Las localizaciones radial y apical son las zonas más comunes para la valoración de la frecuencia del pulso.

FRECUENCIA CARDIACA.

- Lactante: 120-160.
- Niño pequeño: 90-140.
- Preescolar: 80-110.
- Escolar: 75-100.
- Adolescente: 60-90.
- Adulto: 60-100.

Respiración

La respiración es el mecanismo que el cuerpo utiliza para intercambiar los gases entre la atmósfera y la sangre y la sangre y las células. La respiración implica ventilación, difusión y perfusión. La valoración precisa de la respiración depende del reconocimiento de los movimientos torácicos y abdominales. Durante una respiración tranquila la pared torácica se eleva y desciende suavemente.

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.

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

FRECUENCIA RESPIRATORIA POR MINUTO.

- Recién nacido: 35-40.
- Lactantes: 35-50.
- Niño pequeño (2 años): 25-32.
- Niño: 20-30.

- Adolescente: 16-30.
- Adulto: 12-20.

Frecuencia respiratoria. La enfermera debe observar una inspiración y una espiración completa cuando cuenta la ventilación o frecuencia de respiración. La frecuencia respiratoria normal varía con la edad. El monitor de apnea es un dispositivo que ayuda a la valoración de la frecuencia respiratoria.

Profundidad de la ventilación. La enfermera valora la profundidad de la respiración observando el grado de recorrido o movimiento en la pared torácica. Debe describir los movimientos ventilatorios como profundos, normales o poco profundos.

Ritmo de la ventilación. La enfermera determina el patrón respiratorio observando el tórax o el abdomen. La respiración diafragmática es el resultado de la contracción y relajación del diafragma, y se observa mejor mirando los movimientos abdominales.

Presión arterial. La presión arterial (PA) es la fuerza ejercida sobre las paredes de una arteria por el bombeo de la sangre a presión desde el corazón. La sangre fluye a lo largo del sistema circulatorio debido a los cambios de presión.

La presión diastólica es la mínima presión ejercida contra las paredes arteriales en todo momento. La unidad estándar para medir la PA es el milímetro de mercurio (mmHg). La medición es la altura a la que la PA hace subir una columna de mercurio. Se debe registrar la PA con la lectura sistólica antes de la lectura diastólica.

Fisiología de la presión arterial sanguínea

La presión sanguínea refleja las interrelaciones del gasto cardíaco, la resistencia vascular periférica, el volumen sanguíneo, la viscosidad sanguínea y la elasticidad arterial.

Gasto cardíaco.

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

Resistencia periférica.

La PA depende de la resistencia vascular periférica. La sangre circula a través de la red de arterias, arteriolas, capilares, vénulas y venas. Las arterias y arteriolas están rodeadas de músculo liso que se contrae o relaja para cambiar el tamaño de su luz. El tamaño de las arterias y arteriolas cambia para ajustar el flujo sanguíneo a las necesidades de los tejidos locales.

Volumen de sangre.

El volumen de sangre que circula dentro del sistema vascular afecta a la PA. La mayoría de los adultos tienen un volumen de sangre circulatorio de 5.000 ml. Normalmente el volumen de sangre permanece constante. Sin embargo, un aumento del volumen ejerce más presión sobre las paredes arteriales.

Viscosidad.

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

Elasticidad.

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

Factores que influyen en la presión arterial.

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

Edad.

Los niveles normales de PA varían a lo largo de la vida La PA 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. La PA de un adulto tiende a elevarse con el avance de la edad. La PA óptima para un adulto sano de mediana edad es de menos de 120/80 mmHg. Los valores (120-139) / (80-89) mmHg están considerados pre hipertensión.

CALIFICACIÓN DE LA PRESIÓN ARTERIAL PARA ADULTOS IGUAL O MAYOR A 18 AÑOS.

	SISTÓLICA		DIASTÓLICA
• Normal:	<120		<80
• Pre hipertensión:	120-139	o	80-89
• Etapa 1 hipertensión:	140-159	o	90-99
• Etapa 2 hipertensión:	mayor que o o		mayor que o igual a 100. Igual a 160.

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 el mañana temprano.

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.

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.

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 pre hipertensión 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. Aunque el paciente puede estar acostado o de pie, sentado es la posición preferida. debe intentar controlar los factores responsables de lecturas artificialmente altas, como dolor, ansiedad o esfuerzo. Durante la valoración inicial la enfermera obtiene y registra la PA en ambos brazos. Normalmente hay una diferencia de 5 a 10 mmHg entre los brazos. La American Heart Association recomienda registrar dos números para la medición de la PA: el punto sobre el manómetro cuando se oye el primer ruido para la sistólica y el punto sobre el manómetro cuando se oye el quinto ruido para la diastólica. Algunas instituciones recomiendan registrar también el punto cuando se oye el cuarto ruido, especialmente para pacientes con hipertensión.

Valoración en niños.

Todos los niños desde los 3 años a la adolescencia necesitan que se les compruebe la PA al menos anualmente.

Estetoscopio de ultrasonidos.

Este estetoscopio permite escuchar los ruidos sistólicos de baja frecuencia. Frecuentemente la enfermera utiliza este dispositivo cuando se mide la PA en los lactantes y niños y la PA baja en los adultos.

Palpación.

La medición indirecta de la PA por palpación es útil para pacientes cuyas pulsaciones arteriales son demasiado débiles para generar los ruidos de Korotkoff. La enfermera puede utilizar la técnica de palpación junto con la de auscultación. Se produce normalmente entre el primer y el segundo sonido de Korotkoff. El vacío en el sonido cubre una escala de 40 mmHg y causa, así, una subestimación de la presión sistólica o una sobreestimación de la presión diastólica. La palpación de la arteria radial ayuda a determinar cuánto inflar el manguito. El examinador infla el manguito 30 mmHg por encima de la presión a la que se palpa el pulso radial. Hay que registrar las oscilaciones de presiones en las que se produce el vacío o gap auscultatorio.

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.

TOMA DE MUESTRAS; FASCIOLA HEPÁTICA; EPIDEMIOLOGIA 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.

PREPARACIÓN DE PACIENTES PARA ESTUDIOS RADIOLÓGICOS.

El personal de enfermería Debe tener capacidad para reconocer e interpretar signos normales o cambiantes de salud/mala salud, sufrimiento, incapacidad de la persona.

Valoración y examen físico.

Se inicia con la identificación de la enfermera ante el paciente y viceversa Motivo de la consulta Exámenes previos Medicamentos que está ingiriendo Horas de ayuno Peso y talla Signos vitales. Detectar posibles alteraciones que presente la persona. Es indispensable que el paciente y la familia reciban un trato amable, cordial, dándoles seguridad y confianza con el fin de minimizar el grado de ansiedad, nerviosismo, miedo, etc.

Durante el procedimiento Recolección de muestra para laboratorios Ha establecido algunas consideraciones que se deben tener en cuenta, al extraer muestras de fluidos corporales considerados de riesgo, en pacientes ambulatorios y hospitalizados, como una manera de realizar técnicas con un margen de seguridad, tanto para el personal de salud, como para los pacientes que son atendidos en consultorios y hospitales.

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 EXÁMENES 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.

CONCLUSIÓN

En conclusión, todos los temas que se incluyeron en este resumen son muy importantes ya que se ven procesos, ejecuciones, entre otras que se realizan en enfermería y que es importante conocer para así aplicarlo a la práctica. Se puede ver la importancia de cada paso que se realiza en cualquier actividad y que es necesario hacerlo para hacer un buen trabajo en esta profesión que es enfermería, ya que son complejos y se debe conocer cada uno de ellos.

FUENTE DE CONSULTA

ANTOLOGÍA LEN101 FUNDAMENTOS DE ENFERMERÍA I