



Mi Universidad

Resumen

Nombre del Alumno: Hernández Méndez Isela Yanet

Tema: Elaboración de un resumen digital de la primera unidad

Primer Parcial

Materia: Fundamentos de Enfermería I

Nombre del profesor: María del Carmen López Silba

Licenciatura en Enfermería

Primer Cuatrimestre

Fecha de entrega:

Sábado, 18 de septiembre de 2021.

PRESENTACIÓN

El siguiente trabajo contiene los temas de la primera unidad, que consiste en la elaboración de un resumen digital de la primera unidad el cual corresponde a los siguientes puntos:

- I.1 Proceso de enfermería.
- I.2 Primera etapa: valoración de enfermería.
- I.3 Segunda etapa: diagnóstico de enfermería.
- I.4 Tercera etapa planificación de cuidados.
- I.4 Ejecución
- I.5 Evaluación
- I.6 Bases semiológicas de la valoración del paciente.
- I.7 Entrevista clínica.
- I.8 Exploración física.
- I.9 Signos vitales.
- I.10 Recogidas de muestras biológicas.

En el siguiente trabajo abordare el tema del proceso de atención de enfermería (PAE), en donde nos da a entender una serie de etapas que debe de llevar acabo el profesional de enfermería al plantear y proporcionar los cuidados, PAE es un método mediante el cual se solucionan problemas que requiere capacidades técnicas e interpersonales dirigidas a satisfacer las necesidades del paciente o cliente, familia o comunidad en la que más adelante se explicara mejor junto con sus antecedentes y la forma en que va organizado.

UNIDAD I PROCESO DE ENFERMERÍA

I.1 PROCESO DE ENFERMERÍA

El proceso de atención de enfermería (PAE), es la aplicación del método científico en la práctica enfermera, lo que nos permite prestar cuidados de una forma racional, lógica y sistemática. Fue considerado un proceso en 1955. En cuanto a los objetivos del PAE el principal se centra en construir una estructura que pueda cubrir de forma individualizada las necesidades del paciente , familia y comunidad.

En cuanto a las repercusiones sobre la profesión, enfermería se considera como una disciplina con carácter científico que se centra en la respuesta humana del individuo; sobre el paciente, que participa en su propio cuidado y este se le presta de forma continua y con calidad en la atención de forma individualizada, y sobre la enfermera aumentando su satisfacción y su crecimiento profesional ante la consecución de objetivos, la enfermera se convierte en experta. Además de que realiza una valoración continua al paciente gracias a la etapa de evaluación lo 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. Se realiza mediante un orden de cabeza a pies, por sistemas o aparatos o por patrones funcionales de salud.

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

3. Planificación: es la organización del plan de cuidados, se deben establecer prioridades y plantear unos objetivos según la taxonomía NOC, elaborar intervenciones y actividades de enfermería según la taxonomía NIC, y proceder a su documentación y registro. Los registros documentales de todo plan de cuidados son los de enfermería y los problemas interdependientes.

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: Es la última fase del proceso y consta de dos criterios importantes que valora la enfermería y son la eficacia y efectividad. Una característica de esta etapa es que es continua y pueden resolverse los diagnósticos establecidos o bien surgir otros nuevos, se tendrán que ir introduciendo modificaciones en el plan de cuidados para que la atención resulte más efectiva.

I.2. PRIMERA ETAPA. VALORACIÓN DE ENFERMERÍA

En esta primera etapa nos habla de los objetivos de la valoración de enfermería que son los siguientes: 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 y 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, y es el modelo fundamental para cuidar los pacientes además el proceso enfermero es también es un estándar de práctica que cuando se sigue correctamente protege a las enfermeras frente a problemas legales relacionados con la atención.

El proceso comienza con la primera fase: la valoración, la recogida y el análisis de la información sobre el estado de salud del paciente, entonces se realizan juicios clínicos a partir de la valoración para identificar la respuesta del paciente a los problemas de salud en forma de diagnósticos enfermeros, una vez que se definen los diagnósticos de enfermería apropiados, se crea un plan de cuidados. La planificación incluye establecer los objetivos de los cuidados y los resultados deseados e identificar las actuaciones enfermeras apropiadas, la fase siguiente es la implementación que implica realizar las intervenciones de enfermería identificadas en la planeación después de realizar las intervenciones se evalúa la respuesta del paciente y determinar si se alcanza los objetivos y los resultados esperados.

Practicar las cinco fases del proceso de enfermería nos permite ser organizados y realizar nuestra práctica de una manera sistemática. La clara definición de los problemas de los pacientes proporciona la base para la planificación e implementación de las intervenciones de enfermería y para evaluar los resultados del cuidado.

Enfoque de pensamiento crítico sobre la valoración:

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.

El conocimiento de las ciencias físicas, biológicas y sociales permite realizar preguntas pertinentes y recoger los antecedentes y los datos de la valoración física oportunos relacionados con las necesidades cuidados actuales del paciente.

Recogida de datos

Es la primera fase proceso de enfermería, pudiéndose definir como el proceso organizado y sistemático de recogida y recopilación de datos sobre el estado de salud del paciente a través de diversas fuentes: éstas incluyen al paciente como fuente primaria, al expediente clínico, a la familia o a cualquier otra persona que dé atención al paciente.

Las fuentes secundarias pueden ser revistas profesionales, los textos de referencia. Desde un punto de vista holístico es necesario que la enfermera conozca los patrones de interacción de las cinco áreas para identificar las capacidades y limitaciones de la persona y ayudarle a alcanzar un nivel óptimo de Salud.

Es primordial seguir un orden en la valoración, de forma que, en la práctica, la enfermera adquiera un hábito que se traduzca en no olvidar ningún dato, obteniendo la máxima información en el tiempo disponible de la consulta de Enfermería. La sistemática a seguir puede basarse en distintos criterios:

- Criterios de valoración siguiendo un orden de cabeza a pies, sigue el orden de valoración de los diferentes órganos del cuerpo humano, comenzando por el aspecto general desde la cabeza hasta las extremidades, dejando para el final la espalda, de forma sistemática.
- Criterios de valoración por sistemas y aparatos se valora el aspecto general y las constantes vitales. Criterios de valoración por patrones funcionales de salud: la recogida de datos pone de manifiesto los hábitos y costumbres del individuo/familia determinando el funcionamiento positivo, alterado o en situación de riesgo con respecto al estado de Salud.

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. Nos interesa saber las características personales, capacidades ordinarias en las actividades, naturaleza de los problemas, estado actual de las capacidades.

Métodos para obtener datos:

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.
4. Ayudar a la enfermera a determinar que otras áreas requieren un análisis específico a lo largo de la valoración.

Para finalizar la entrevista y siguiendo a Briggs, J. (1985) y Gazda G.M. (1975) concretaremos las cualidades que debe tener un entrevistador: empatía, calidez, concreción, y respeto. Cibanal (1991) nos aporta una quinta característica del entrevistador: La autenticidad, ésta supone que “uno es él mismo cuando lo que dice está acorde con sus sentimientos”.

La observación la enfermera comienza la fase de recolección de datos mediante la observación y 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 observación es una habilidad que precisa práctica y disciplina. Los hallazgos encontrados mediante la observación han de ser posteriormente confirmados o descartados.

La 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 es el examen visual cuidadoso y global del paciente, para determinar estados o respuestas normales o anormales. Se centra en las características físicas o los comportamientos específicos (tamaño, forma, posición, situación anatómica, color, textura, aspecto, movimiento y simetría). La palpación: consiste en la utilización del tacto para determinar ciertas características de la estructura corporal por debajo de la piel (tamaño, forma, textura, temperatura, humedad, pulsos, vibraciones, consistencia y movilidad). Esta técnica se utiliza para la palpación de órganos en abdomen. La percusión: implica el dar golpes con uno o varios dedos sobre la superficie corporal, con el fin de obtener sonidos. Por ultimo esta la auscultación que consiste en escuchar los sonidos producidos por los órganos del cuerpo, se utiliza el estetoscopio y determinamos características sonoras del pulmón, corazón e intestino.

I.3. SEGUNDA ETAPA: DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

Nos dice que en ella se va a exponer el proceso mediante el cual estaremos en condiciones de establecer un problema clínico y de formularlo para su posterior tratamiento, bien sea diagnóstico enfermero o problema interdependiente.

Nos explica que el diagnóstico de enfermería real se refiere a una situación que existe en el momento actual y el problema potencial se refiere a una situación que puede ocasionar dificultad en el futuro, las funciones de enfermería tienen tres dimensiones, dependiente, interdependiente e independiente, según el nivel de decisión que corresponde a la enfermera, surgirán problemas o necesidades en la persona que competirán a un campo u otro de actuación la dimensión dependiente de la práctica de la enfermera incluye aquellos problemas que son responsabilidad directa del médico que es quien designa las intervenciones que deben realizar las enfermeras. La responsabilidad de la enfermera es administrar el tratamiento médico prescrito. La dimensión interdependiente de la enfermera, se refiere a aquellos problemas o situaciones cuya prescripción y tratamiento colaboran las enfermeras y otros profesionales de la Salud. Estos problemas se describirán como problemas colaborativo o interdependiente, y son complicaciones fisiológicas que las enfermeras controlan para detectar su inicio o su evolución y colaboran con los otros profesionales para un tratamiento conjunto definitivo y la 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. Hay que

considerar la importancia de los beneficios específicos de una taxonomía diagnóstica en los distintos ámbitos del profesional. 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 evidente que esto no es posible llevarlo a cabo sin disponer de un lenguaje común previo que aúne los criterios y facilite la comunicación e intercambio de datos. En este momento los diagnósticos enfermeros pueden contribuir a la consolidación de la disciplina en enfermería mediante líneas de investigación dirigidas a 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 y comparar la eficacia de las diversas intervenciones propuestas ante un mismo diagnóstico. La docencia el cual corresponde a 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 la salud, centrar los cuidados brindados en las respuestas humanas, organizar, definir y desarrollar la dimensión propia del ejercicio profesional y la gestión ayudar a determinar los tiempos medios requeridos, favorecer los puestos de trabajo, Facilitar el establecimiento de criterios de evaluación de la calidad de los servicios de Enfermería brindados en un centro o institución e identificar las necesidades de formación para grupos profesionales específicos.

Los componentes de las categorías diagnósticas, aceptadas por la NANDA para la formulación y descripción diagnóstica, en 1990 la conferencia se aceptaron 90 categorías diagnósticas, cada categoría diagnóstica tiene cuatro componentes la etiqueta descriptiva o título, definición, características definitorias y los factores etiológicos y contribuyentes o factores de riesgo.

Tipos de diagnósticos real representa un estado que ha sido clínicamente validado mediante características definitorias principales identificables, consta de tres partes, formato PES: problema (P) + etiología, factores causales o contribuyentes (E) + signos/síntomas (S). Estos últimos son los que validan el Diagnóstico. De alto riesgo es un juicio clínico de un individuo, familia o comunidad son más vulnerables a desarrollar el problema que otros en situación igual o similar Consta de dos componentes, formato PE: problema (P) + etiología/factores contribuyentes (E). Posible son enunciados que describen un problema sospechado para el que se necesitan datos adicionales. La enfermera debe confirmar o excluir. Consta de dos componentes, formato PE: problema (P) + etiología/factores contribuyentes (E). y de bienestar es el juicio clínico respecto a una persona, grupo o comunidad en transición desde un nivel específico de bienestar hacia un nivel más elevado.

I.4. TERCERA ETAPA PLANIFICACION DE CUIDADOS

En esta etapa se trata de establecer y llevar a cabo cuidados de enfermería que conduzcan a prevenir, reducir o eliminar los problemas detectados. La fase de planeación del proceso de enfermería incluye cuatro etapas en el plan de cuidados. Las dos etapas mencionadas son las siguientes: establecer prioridades en los cuidados en el cual menciona que todos los problemas y necesidades que pueden presentar una familia y una comunidad por falta de disponibilidad de la enfermera, de la familia, falta de recursos económicos etc. El planteamiento de los objetivos del cliente con resultados esperados esto quiere decir que es determinar los criterios de resultado y describir los resultados esperados.

Estos son necesarios porque proporcionan la guía común para el equipo de enfermería, de tal manera que todas las acciones van dirigidas a la meta propuesta igualmente formular objetivos permite evaluar la evaluación del usuario, así como los cuidados proporcionados. Es importante que dichos objetivos se decidan y se planteen de acuerdo con la familia o comunidad de tal manera que exista el compromiso por ambas partes profesional y familia o comunidad.

Las actuaciones de enfermería corresponden a las tareas concretas que la enfermera y/o familia realizan para hacer realidad los objetivos, estas acciones se consideran instrucciones u órdenes enfermeras han de llevar a la práctica todo el personal que tiene responsabilidad en el cuidado del paciente.

Para un diagnóstico de enfermería real las actuaciones van dirigidas a reducir o eliminar los factores concurrentes o el diagnóstico, promover un mayor nivel de bienestar y monitorizar la situación.

I.4. EJECUCIÓN

Es la cuarta parte del plan de cuidados, 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, dar los informes verbales de enfermería y mantener el plan de cuidados actualizado. Enfermería tiene toda la responsabilidad en la ejecución del plan así mismo como la familia y otros miembros del equipo.

De las actividades anteriores, cabe mencionar lo importante que es la recogida y valoración de datos ya que es importante comprenderlos por otro lado, la ejecución es fuente de datos nuevos que en su momento serán revisados y tenidos en cuenta como confirmación diagnóstica.

I.5. EVALUACIÓN

Se define como la comparación planificada y sistematizada entre el estado de salud del paciente y los resultados esperados. Los dos criterios que valora la enfermería son la eficacia y la efectividad de las actuaciones, Griffith y Christensen (1982). El proceso de evaluación consta de dos partes: la recogida de datos sobre el estado de salud/problema/diagnóstico que queremos evaluar. La comparación y un juicio sobre la evolución del paciente hacia resultados esperados.

Distintas áreas sobre las que se evalúan los resultados esperados según Iyer son: el aspecto general y funcionamiento del cuerpo, señales y síntomas específicos, conocimientos, capacidad psicomotora (habilidades), estado emocional y situación espiritual (modelo holístico de la salud).

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. A la hora de registrar la evaluación es importante indicar lo que dijo, hizo y sintió el paciente, así podemos detectar como va evolucionando el paciente.

I.6. BASES SEMIOLOGICAS DE LA VALORACION DEL PACIENTE

La Semiología aplicada a la enfermería es el estudio de los signos y síntomas de una enfermedad. semiotecnia: Es la técnica para obtener signos como signos (se busca a través del tacto, oído, vista, olfato).

El objetivo es que a partir de los datos recabados por el interrogatorio el examen físico y los estudios complementarios se llega al diagnóstico enfermero.

La 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. es el arma básica de trabajo de la enfermera.

Las características de la historia clínica son que:

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

El interrogatorio es el primer paso de la historia clínica. Hay que dejar que el paciente exponga su problema interrumpiéndolo para evitar disociaciones o pérdida del hilo del pensamiento. Luego se comienza con un interrogatorio dirigido a datos personales, motivo de consulta, enfermedad actual, hábitos, antecedentes personales, antecedentes familiares, examen físico y exámenes complementarios.

I.7. ENTREVISTA CLÍNICA

Durante una entrevista de valoración debemos animar a los pacientes a contar sus historias sobre sus enfermedades o problemas de salud.

La interpretación y la validación acertadas de los datos de la valoración aseguran haber recogido una base de datos completa. Hay dos métodos para recopilar una valoración integral:

- utilizar un formato estructurado de base de datos y la utilización de un método

focalizado en el problema.

- Una vez que un paciente proporciona datos subjetivos, debemos explorar más los hallazgos recogiendo datos objetivos.
- Durante la valoración debemos anticipar y utilizar críticamente un conjunto ramificado y apropiado de preguntas u observaciones, para recoger los datos y agrupar las señales de la información de la valoración para identificar los patrones y problemas emergentes.

Una entrevista acertada requiere preparación, incluyendo la revisión de toda la información disponible sobre el paciente, la preparación del entorno de la entrevista y la elección del momento para evitar interrupciones. Una entrevista inicial centrada en el paciente implica: preparar el escenario, recopilar la información sobre los problemas del paciente y establecer un programa, recoger la valoración o una historia clínica de enfermería y finalizar la entrevista. La mejor entrevista clínica se centra en el paciente, no en nuestras propias prioridades o programa.

1.8. EXPLORACIÓN FÍSICA

La valoración de la salud y la exploración física son los primeros pasos hacia la prestación de cuidados de enfermería seguros y competentes. La enfermera debe poder reconocer e interpretar cada manifestación conductual y física del paciente, realizando valoraciones de salud y exploraciones físicas, la enfermera identificará patrones de salud y evaluará la respuesta de cada paciente a los tratamientos y las terapias. 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.

Mediante la entrevista de la historia de salud la enfermera recopila datos subjetivos sobre el estado de un paciente e identifica datos objetivos adicionales mediante una revisión de los sistemas corporales de la cabeza a los pies durante la exploración física. 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: En el entorno de cuidados agudos las enfermeras realizan valoraciones en la habitación de un paciente. Los espacios de exploración deben de estar bien equipados para cualquier procedimiento es necesario proteger la intimidad del paciente de manera en que los pacientes se sientan cómodos al estar hablando de su enfermedad.

Equipamiento: La enfermera debe realizar la higiene de manos a fondo antes de manipular el equipamiento y empezar una exploración, debe preparar el equipamiento como sea apropiado y asegurarse de que funciones correctamente antes de utilizarse un ejemplo es el oftalmoscopio y el otoscopio tenemos que asegurar que estos tengan buenas baterías y bombillas.

Preparación física del paciente: Antes de comenzar la enfermera debe asegurarse de que las necesidades físicas de confort están satisfechas, la recogida de muestras fecales o de orina se realizan en este momento si es necesario. Se debe proporcionar intimidad al paciente y el tiempo necesario para desnudarse y evitar vergüenza y se debe de 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.

Preparación psicológica de un paciente: Nos habla de explicar al paciente de una manera cuidadosa el objetivo y los pasos de cada valoración, se debe transmitir un enfoque abierto y profesional, 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. 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 y si el paciente se siente bien la exploración debe continuar. En la antología se menciona consejos al explorar a los niños que ayudan a la recogida de datos en el que dice que debemos realizar preguntas abiertas para permitir que los padres compartan información y describan un poco más del problema de los niños, menciona también que hay que tratar a los adolescentes como adultos ya que les permite responder mejor y que durante la exploración debemos tener presente que las personas de edad avanzada no manifiestan de forma tan evidente una lesión o enfermedad como los pacientes más jóvenes y que los ancianos no muestran siempre los signos y síntomas esperados (Meiner, 2011).

Organización de la exploración: La enfermera debe asegurarse que la exploración es pertinente e incluye las valoraciones correctas, los pacientes con síntomas o necesidades focalizadas requieren solamente unas partes de la exploración; así, cuando un paciente viene a una clínica con síntomas de un grave resfriado, no debe ser necesaria una valoración neurológica. Para un adulto la exploración comienza con una valoración de la cabeza y del cuello y progresa metódicamente hacia la zona inferior del cuerpo para incorporar todos los sistemas.

Técnicas de valoración física: La inspección consiste en que la enfermera tiene que mirar, escuchar y oler cuidadosamente para distinguir los resultados normales de los anormales, 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 prudentes y prestar atención a los detalles. La siguiente técnica es la palpación consiste en usar el sentido del tacto para recopilar la información, 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 por lo tanto hay que mostrar respeto a lo largo de la exploración, se utilizan dos tipos de palpación en la exploración física superficial y profunda. La tercera técnica es la percusión esta implica golpear ligeramente la piel con las yemas de los dedos para hacer vibrar los tejidos y órganos subyacentes, en el que menciona que un sonido anormal sugiere una masa o sustancia como aire o líquido dentro de un órgano o de una cavidad del cuerpo.

La última técnica es la 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. Los ruidos internos del cuerpo son generados por la sangre, el aire o el contenido gástrico mientras se mueven contra las estructuras de cuerpo, por lo que es importante reconocer sonidos anormales y conocer los tipos de ruidos que cada estructura corporal realiza y la localización en la que los sonidos se oyen mejor. Mediante la práctica con el estetoscopio, la enfermera se hace competente en su uso y percibe cuándo los sonidos son claros y cuándo hay sonidos extraños. Los sonidos generados por los roces del tubo o del diafragma interfieren con la auscultación de los ruidos de los diferentes órganos. Produciendo deliberadamente estos sonidos, la enfermera aprende a reconocerlos y a no tenerlos en cuenta durante la exploración real.

1.9. SIGNOS VITALES

La medida de las constantes vitales es más precisa si se termina antes de empezar los cambios o los movimientos posturales. Cuando medir las constantes vitales: al ingresar a un centro de atención sanitaria, cuando se valora a un paciente durante las visitas de atención domiciliaria, en un hospital en una rutina programada, antes y después de un proceso quirúrgico, antes, durante y después de una transfusión sanguínea y de administración de medicamentos, cuando la situación física general del paciente cambia ejemplo la pérdida de conciencia o aumento de la intensidad del dolor y cuando un paciente informa de síntomas no específicos y de molestias físicas.

El dolor es considerado como la quinta constante vital y también debe ser valorado, al igual hay que valorar la talla y el peso ya que reflejan el estado de salud general de una persona, valorar a cada paciente para identificar si tiene un peso saludable, sobrepeso o si es obeso. El peso se mide de manera rutinaria durante los controles de salud, las visitas a las consultas o clínicas de los médicos y en el ingreso al hospital, 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 y si los ancianos tienen un peso bajo, es posible que tengan dificultad con la alimentación y otras actividades funcionales.

Temperatura corporal: Es la diferencia entre la cantidad de calor producida por los procesos corporales y la cantidad de pérdida de calor al entorno externo.

Pulso: Son los saltos palpables del flujo sanguíneo observados en varios puntos del cuerpo, la sangre fluye a través del cuerpo en un circuito continuo por lo que quiere decir que el pulso es un indicador del estado circulatorio. Para la valorar el pulso las localizaciones radial y apical son las zonas más comunes para la valoración de la frecuencia del pulso. Rangos normales en la frecuencia cardíaca lactante de 120-160 latidos/min, niño pequeño de 90-140 latidos/min, preescolar de 80-110 latidos/min, escolar de 75-100 latidos/min, adolescente de 60-90 latidos/min y un adulto de 60-100 latidos/min.

Respiración: La respiración es el mecanismo que el cuerpo utiliza para intercambiar los gases entre la atmósfera y la sangre, y las células. La respiración implica ventilación (el movimiento de los gases dentro y fuera de los pulmones), difusión (el movimiento del oxígeno y del dióxido de carbono entre los alvéolos y los eritrocitos) y perfusión (la

distribución de los eritrocitos hacia y desde los capilares pulmonares). La valoración precisa de la respiración depende del reconocimiento de los movimientos torácicos y abdominales. Durante una respiración tranquila el movimiento del diafragma hace que la cavidad abdominal se eleve y descienda lentamente. Para valorar la ventilación la enfermera no debe ser una estimación aproximada de la respiración, la enfermera no debe dejar que el paciente sepa que se está valorando la respiración. Una medición correcta requiere de observación y palpación del movimiento de la pared torácica. Los rangos normales de la frecuencia respiratoria son: Recién nacido de 35-40 respiraciones/min, lactante (6 meses) de 30-50 respiraciones/min, niño pequeño (2 años) de 25-32 respiraciones/min, niño de 20-30 respiraciones/min, adolescente de 16-20 respiraciones/min y un adulto de 12-20 respiraciones/min.

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. Este dispositivo utiliza unas guías fijadas a la pared torácica del paciente que detectan el movimiento. La ausencia de movimiento de la pared torácica desencadena la alarma de apnea. El monitor de apnea es utilizado frecuentemente con los lactantes en el hospital.

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. Una respiración profunda implica una expansión completa de los pulmones con exhalación completa. La respiración es poco profunda cuando sólo una pequeña cantidad de aire pasa a través de los pulmones y el movimiento ventilatorio es difícil de ver. La enfermera debe utilizar técnicas más objetivas si observa que el recorrido torácico es anormalmente poco profundo.

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.

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

Proceso de enfermería y constantes vitales respiratorias

La medición de la frecuencia respiratoria, el patrón y la profundidad, junto con la SpO₂, valora la ventilación, difusión y perfusión. Los datos de la valoración respiratoria son características definitorias de muchos diagnósticos de enfermería, como los siguientes:

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

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. Se mueve desde un área de alta presión a una de baja presión. La PA sistémica o arterial, la PA en el sistema arterial del cuerpo, es un buen indicador de la salud cardiovascular. El punto de máxima presión cuando se produce la eyección es la presión sistólica. La presión diastólica es la mínima presión ejercida contra las paredes arteriales en todo momento. Valor normal de la presión arterial 120/80 mmHg.

Fisiología de la presión arterial sanguínea. La presión sanguínea refleja las interrelaciones del gasto cardíaco, la resistencia vascular periférica, el volumen sanguíneo, la viscosidad sanguínea y la elasticidad arterial. El conocimiento de la enfermera de estas variables hemodinámicas ayuda en la valoración de las alteraciones de la PA.

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

Resistencia periférica. La PA depende de la resistencia vascular periférica. La sangre circula a través de la red de arterias, arteriolas, capilares, vénulas y venas. Las arterias y arteriolas están rodeadas de músculo liso que se contrae o relaja para cambiar el tamaño de su luz. El tamaño de las arterias y arteriolas cambia para ajustar el flujo sanguíneo a las necesidades de los tejidos locales. Por ejemplo, cuando un órgano principal necesita más sangre, las arterias periféricas se contraen, disminuyendo su suministro de sangre. Se dispone de más sangre para el órgano principal debido al cambio de resistencia en la periferia. Normalmente las arterias y arteriolas permanecen parcialmente contraídas para mantener un flujo sanguíneo constante. La resistencia vascular periférica es la resistencia al flujo sanguíneo determinada por el tono de la musculatura vascular y el diámetro de los vasos sanguíneos.

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. Cuando el hematocrito se eleva y el flujo sanguíneo se hace más lento, la PA aumenta. El corazón se contrae con más fuerza para mover la sangre viscosa a través del sistema circulatorio.

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 presión sistólica es significativamente más elevada que la presión diastólica como resultado de la reducción de la elasticidad arterial.

Factores que influyen en la presión arterial

Las tendencias de la presión arterial y las mediciones individuales guían las intervenciones de enfermería. En la antología de fundamentos de enfermería se comprende estos factores donde asegura una interpretación más precisa, son los siguientes:

La edad ya que 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 (87-115)/(48-64) mmHg. Durante la adolescencia la PA continúa variando de acuerdo con el tamaño del cuerpo al igual que 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 prehipertensión.

El estrés la ansiedad, el miedo, el dolor y el estrés emocional provocan una estimulación simpática, lo que aumenta la FC, el gasto cardíaco y la resistencia vascular.

La etnicidad los factores genéticos y ambientales contribuyen con la hipertensión afroamericana.

Sexo 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.

Medicación 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. El ejercicio inadecuado contribuye frecuentemente a ganar peso, y la obesidad es un factor en el desarrollo de la hipertensión.

Fumar provoca vasoconstricción, la PA se eleva cuando una persona fuma y vuelve a su nivel basal 15 minutos después de dejar de fumar.

Hipertensión La alteración más común de la PA es la hipertensión, la hipertensión es a menudo asintomática.

Auscultación El mejor entorno para medir la PA por auscultación es una habitación tranquila a una temperatura confortable. 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. En valoraciones sucesivas hay que medir la PA en el brazo con la presión más alta. Las diferencias de presión mayores de 10 mmHg indican problemas vasculares y se han de notificar al médico o a la enfermera encargada los ruidos son claros y distintivos. En otros sólo los sonidos iniciales y finales son claros.

Estetoscopio de ultrasonidos son utilizados cuando la enfermera no puede auscultar los sonidos debido a un pulso arterial debilitado, frecuentemente este dispositivo se utiliza para medir la PA en los lactantes, 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. En algunos con hipertensión, los sonidos de la arteria braquial que se escuchan normalmente cuando la

presión del manguito es alta desaparecen a medida que la presión se reduce y luego aparecen a un nivel más bajo. Esta desaparición temporal del sonido es el vacío o gap auscultatorio.

I.10. RECOGIDA DE MUESTRAS BIOLÓGICAS

Nos menciona que 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.

La toma de muestras fasciolosis hepática, epidemiología descriptiva, estudios transversales, costos de la atención en salud.

En este proceso el médico tiene la responsabilidad de conocer las pruebas disponibles e indicarlas según sea conveniente y el técnico de laboratorio, apoyado en sus conocimientos, el personal de enfermería es el responsable de la toma de muestras, también es el que ha de conocer las características y requisitos de cada prueba de modo que estas lleguen oportunamente y con calidad al laboratorio. Cualquier fallo en el proceso implica riesgos en el paciente es por ello que es importante dar una atención de excelencia en las tomas de muestras. Se espera que este estudio contribuya a perfeccionar la eficacia en la toma de muestras, como parte del diagnóstico de las dificultades dentro del método científico que aporta el PAE con importantes resultados en la salud del paciente.

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, en pacientes de alto riesgo el personal de enfermería debe estar preparado para reconocer rápidamente las distintas patologías concomitantes, debe identificar y priorizar diagnósticos de enfermería problemas colaborativos, debe conocer el manejo de la farmacología específica, debe conocer el manejo del equipo y debe conocer los procedimientos radiológicos.

Valoración y examen físico

El personal de enfermería debe detectar posibles alteraciones que presenta el paciente, enfermería da un trato amable, cordial, dándoles seguridad y confianza con el fin de minimizar el grado de ansiedad, nerviosismo, miedo, etc.

Algunas normas mencionadas en la antología por el ministerio de salud son las siguientes:

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. En la lectura nos dice que se debe usar material desechable re esterilizado para evitar la contaminación.

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.

Es importante tener en cuenta todas estas normas ya que como estudiantes de enfermería debemos empezar a conocer los principios de la atención de enfermería, para brindar una mejor atención con calidad y es importante siempre brindar seguridad al paciente.

CONCLUSIÓN

Esta primera unidad me ha parecido muy interesante, ha sido de mucha ayuda para comprender mejor los objetivos que plantea la materia de tal manera que me aporta nuevos conocimientos a mi carrera de enfermería. Con la elaboración de este resumen del proceso de enfermería PAE el cual nos dice que es un método científico en la práctica de enfermería que permite prestar cuidados de una manera racional, lógica y sistemática basándose en un pensamiento crítico que nosotros como profesionales de la salud nos permite ver el panorama general basándonos en la evidencia de este modo recopilamos datos del paciente de acuerdo con lo señalado, está claro que la recogida de datos es la primer fase del proceso de enfermería y tiene como objetivo entrevistar al paciente, cabe mencionar que nosotros como enfermeros tenemos que tener ciertas cualidades como entrevistador en donde claramente es necesario tener una gran empatía, calidez, concreción y sobre todo respeto. En la segunda etapa del proceso de enfermería viene el diagnóstico en esta etapa se debe exponer el proceso mediante el cual se establezca un problema clínico y así de esta manera describir respuestas humanas a condiciones de salud/procesos vitales que existen en una persona, familia, grupo o comunidad, que requieren de cuidados de la salud o enfermedad, luego del diagnóstico el o la enfermera debe de iniciar un plan de planificación en la que debemos plantear estrategias diseñadas para reforzar las respuestas del paciente identificadas en el diagnóstico de enfermería en donde vamos a comenzar a describir la manera en que nosotros como profesionales de salud debemos ayudar al paciente para así conseguir los objetivos que se plantea al principio de la atención del paciente en este caso se realiza el plan de ejecución de enfermería y por último viene la etapa final en donde se valora el proceso de enfermería y se valora la efectividad de las actuaciones de enfermería y se ve si se ha logrado cumplir los objetivos para la mejora del paciente.

Realizar este resumen acerca del proceso de enfermería me ha ayudado a orientarme y saber más de las acciones en el proceso de enfermería que se debe de realizar siempre cuando en un futuro nosotros trabajemos, y realicemos prácticas ya que será un instrumento de trabajo para el personal de enfermería en donde brindaremos a la profesión un carácter científico.

Finalmente doy entendido el proceso de enfermería como un método para brindar los cuidados necesarios y es algo que hay que estudiar, llevarlo a práctica siempre para permitir un verdadero ejercicio profesional donde además hay que aplicarlo de manera mental y en todos los ámbitos de enfermería. De esta manera doy por finalizado mi resumen de la primera unidad de fundamentos de enfermería.