



## **PASION POR EDUCAR**

**TEMA:**

**UNIDAD I PROCESO DE ENFERMERÍA**

**ASIGNATURA:**

**FUNDAMENTOS DE ENFERMERÍA I**

**ALUMNA:**

MARLA LISSET GOMEZ POLVO

**PROFESOR:**

MARIA DEL CARMEN LOPEZ SILBA

**CUATRIMESTRE:**

1ER

**GRUPO:**

“A”

**FECHA DE ENTREGA:18/SEP/2021**

# UNIDAD 1 PROCESO DE ENFERMERIA

## 1.1.- Proceso de enfermería.

El proceso de atención de enfermería, es la aplicación del método científico en la práctica asistencial enfermera, lo que nos permite prestar cuidados de una forma racional, lógica y sistemática, lo que resulta de vital importancia cuando se trabaja en el ámbito de enfermería.

La etapa diagnóstica fue incluida entre 1994 y 1976 por Block, Roy y Aspinall. Desde entonces el PAE como actualmente conocemos:

- VALORACION
- DIAGNOSTICO
- PLANIFICACION
- EJECUCION
- EVALUACION

Como todo método, el PAE, configura un número de pasos sucesivos que se relacionan entre sí, y aunque se estudien por separado todas las etapas se superponen. 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 y 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, hace que se convierta en experta, le impide omisiones o repeticiones innecesarias optimizando el tiempo, 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. Se puede hacer basándonos en distintos criterios, siguiendo un orden "cabeza a pies", por "sistemas y aparatos" o por "patrones funcionales de salud".

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

**PLANIFICACIÓN:** es la organización del plan de cuidados, se deben establecer unas prioridades, plantear unos objetivos según la taxonomía NOC, elaborar las intervenciones y actividades de enfermería según la taxonomía NIC, y proceder a su documentación y registro. Los registros documentales de todo plan de cuidados son: diagnósticos de enfermería y problemas interdependientes, unos criterios de resultados.

**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.

**EVALUACIÓN:** Última fase del proceso. Los dos criterios más importantes que valora la enfermería son: la eficacia y efectividad. Una característica de esta etapa es continua, pueden resolverse los diagnósticos establecidos o bien surgir otros nuevos.

## **1.2.- 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.

El proceso enfermero es también un estándar de práctica, que, cuando se sigue correctamente, protege a las enfermeras frente a problemas legales relacionados con la atención. Como estudiante de enfermería se aprenden las cinco fases del proceso enfermero (valoración, diagnóstico, planificación, implementación y evaluación) como si fuesen un proceso lineal. 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.

La fase siguiente, la implementación, implica la realización de las intervenciones previstas. Después de realizar intervenciones, se evalúa la respuesta del paciente y si las intervenciones fueron eficaces. El proceso de enfermería es fundamental para proporcionar cuidados apropiados en el momento correcto a los pacientes.

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. A través de la valoración se comienza a formar un patrón.

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 (miembros de la familia, profesionales sanitarios e historia clínica).

La interpretación y validación de los datos para garantizar una completa base de datos. El propósito de la valoración es establecer una base de datos sobre las necesidades, los problemas de salud, y las respuestas a estos problemas, percibidos por los pacientes. Además, los datos revelan experiencias, prácticas sanitarias, objetivos, valores y expectativas sobre el sistema sanitario.

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.

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

Las convicciones del profesional: conforman la actitud y las motivaciones del profesional, lo que piensa, siente y cree sobre la enfermería, el hombre, la salud, la enfermedad, etc. Estas convicciones se consideran constantes durante el proceso.

Los conocimientos profesionales: deben tener una base de conocimientos sólida, que permita hacer una valoración del estado de salud integral del individuo, la familia y la comunidad.

- Habilidades: en la valoración se adquieren con la utilización de métodos y procedimientos que hacen posible la toma de datos.
- Comunicarse de forma eficaz. Implica el conocer la teoría de la comunicación y del aprendizaje.
- Observar sistemáticamente. Implica la utilización de formularios o guías que identifican los tipos específicos de datos que necesitan recogerse.
- Diferenciar entre signos e inferencias y confirmar las impresiones. Un signo es un hecho que uno percibe a través de uso de los sentidos y una inferencia es el juicio o interpretación de esos signos.

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, y a continuación cada sistema o aparato de forma independiente, comenzando por las zonas más afectadas. 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.

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 y básicos.
- Habilidades técnicas e interprofesionales.
- Convicciones.
- 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. Lo que la persona dice que siente o percibe.
- 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.
- Datos actuales: son datos sobre el problema de salud actual.

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.
4. 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.

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.

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 correctamente lo que experimenta nuestro interlocutor.

**Calidez:** Es la proximidad afectiva entre el paciente y el entrevistador.

**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 Borrell.

**Concreción:** Es la capacidad del entrevistador para delimitar los objetivos mutuos Y compartidos de la entrevista.

La observación:

En el momento del primer encuentro con el paciente, la enfermera comienza la fase de recolección de datos por la observación, que continua a través de la relación enfermera paciente.

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. Se centra en las características físicas o los comportamientos específicos.
- Palpación: Consiste en la utilización del tacto para determinar ciertas características de la estructura corporal por debajo de la piel. Esta técnica se utiliza para la palpación de órganos en abdomen.
- Percusión: implica el dar golpes con uno o varios dedos sobre la superficie corporal, con el fin de obtener sonidos. Los tipos de sonidos que podemos diferenciar son: Sordos, aparecen cuando se percuten músculos o huesos.
- Auscultación: consiste en escuchar los sonidos producidos por los órganos del cuerpo. Se utiliza el estetoscopio y determinamos características sonoras de pulmón, corazón e intestino.

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.

### **1.3 SEGUNDA ETAPA: DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA**

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

Un diagnóstico de enfermería no es sinónimo de uno médico.

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

- La dimensión dependiente de la práctica de la enfermera incluye aquellos problemas que son responsabilidad directa del médico que es quien designa las intervenciones que deben realizar las enfermeras.
- La 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.

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.
- 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.

Los componentes de las categorías diagnósticas, aceptadas por la NANDA para la formulación y descripción diagnóstica, en 1990 novena conferencia se aceptaron 90 categorías diagnósticas.

Cada categoría diagnóstica tiene 4 componentes:

- 1.- Etiqueta descriptiva o título: Ofrece una descripción concisa del problema. Es una frase o término que representa un patrón.
- 2.- Definición: Expresa un significado claro y preciso de la categoría y la diferencia de todas las demás.
- 3.- Características definitorias: Cada diagnóstico tiene un título y una definición específica, ésta es la que nos da el significado propiamente del diagnóstico, el título es solo sugerente.
- 4.- Las características que definen el diagnóstico real son los signos y síntomas principales siempre presentes en el 80-100% de los casos. Otros signos y síntomas, que se han calificado como secundarios están presentes en el 50-79% de los casos, pero no se consideran evidencias necesarias del problema.

Factores etiológicos y contribuyentes o factores de riesgo: Se organizan entorno a los factores fisiopatológicos, relacionados con el tratamiento, la situación y la maduración, que pueden influir en el estado de salud o contribuir al desarrollo del problema. Los diagnósticos de enfermería de alto riesgo incluyen en su enunciado los factores de riesgo, por ejemplo es:

- **F. Fisiopatológicos (biológico y psicológicos):** shock, anorexia nerviosa
- **F. de Tratamiento** (terapias, pruebas diagnósticas, medicación, diálisis, etc.)
- De medio ambiente como, estar en un centro de cuidados crónicos, residuos tóxicos, etc.
- Personales, como encontrarnos en el proceso de muerte, divorcio, etc.
- **F. de Maduración:** paternidad/maternidad, adolescencia, etc.

## TIPOS DE DIAGNÓSTICOS:

Antes de indicar la forma de enunciar los diagnósticos establezcamos que tipos de diagnósticos hay, puede ser de cuatro tipos, que son: reales, de alto riesgo de bienestar o posibles.

- **Real:** representa un estado que ha sido clínicamente validado mediante características definitorias principales identificables. Tiene cuatro componentes: enunciado, definiciones características que lo definen y factores relacionados. El enunciado debe ser descriptivo de la definición del Diagnóstico y las características que lo definen.
- **Alto Riesgo:** es un juicio clínico de que un individuo, familia o comunidad son más vulnerables a desarrollar el problema que otros en situación igual o similar. Para respaldar un Diagnóstico potencial se emplean los factores de riesgo.
- **Posible:** son enunciados que describen un problema sospechado para el que se necesitan datos adicionales. La enfermera debe confirmar o excluir. Consta de dos componentes, formato PE: problema (P) + etiología/factores contribuyentes (E).
- **De bienestar:** juicio clínico respecto a una persona, grupo o comunidad en transición desde un nivel específico de bienestar hacia un nivel más elevado. Deben estar presentes dos hechos: deseo de un nivel mayor de bienestar y estado o función actual eficaces. Son enunciados de una parte, conteniendo sólo la denominación.

#### 1.4.- TERCERA ETAPA PLANIFICACION DE CUIDADOS

Una vez hemos concluido la valoración e identificado las complicaciones potenciales y los diagnósticos enfermeros, se procede a la fase de planeación de los cuidados o tratamiento enfermero. 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. La fase de planeación del proceso de enfermería incluye cuatro etapas.

##### 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.
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.

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 evolución del usuario así como los cuidados proporcionados. Deben formularse en términos de conductas observables o cambios mensurables, realistas y tener en cuenta los recursos disponibles.

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.

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, monitorizar la situación.

Para un Diagnóstico de Enfermería de alto riesgo las intervenciones tratan de reducir o eliminar los factores de riesgo, prevenir la presentación del problema, monitorizar su inicio.

#### **1.4.- EJECUCIÓN**

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

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

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

De las actividades que se llevan a cabo en esta fase quiero mencionar la continuidad de la recogida y valoración de datos, y por otro lado la propia ejecución de la intervención es fuente de nuevos datos que deberán ser revisados y tenidos en cuenta como confirmación diagnóstica o como nuevos problemas.

#### **1.5.- EVALUACIÓN**

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

Evaluar, es emitir un juicio sobre un objeto, acción, trabajo, situación o persona, comparándolo con uno o varios criterios. Los dos criterios más importantes que valora la enfermería, en este sentido, son: la eficacia y la efectividad de las actuaciones.

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 son:

- **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
- **4.- Capacidad psicomotora**
  - \* 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**
  - \* 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, veamos las tres posibles conclusiones:

- 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. En este caso podemos realizar una nueva revisión del problema, de los resultados esperados, de las actividades llevadas a cabo.

De forma resumida la evaluación se compone de:

- Medir los cambios del paciente/cliente.
- En relación a los objetivos marcados.
- Como resultado de la intervención enfermera.
- Con el fin de establecer correcciones.

La evaluación se lleva a cabo sobre las etapas del plan, la intervención enfermera y sobre el producto final.

Una característica a tener en cuenta en la evaluación es, que ésta es continua, así podemos detectar como va evolucionando el cliente y realizar ajustes o introducir modificaciones para que la atención resulte más efectiva.

## **1.6.- BASES SEMIOLOGICAS DE LA VALORACION DEL PACIENTE**

**SEMIOLOGIA APLICADA A LA ENFERMERIA:** Es el estudio de los signos y síntomas de una enfermedad. **SEMIOTECNIA:** Es la técnica para obtener signos como signos (se busca a través del tacto, oído, vista, olfato).

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

**PROBLEMA:** ES todo aquello que requiere atención por parte de la enfermera. Es una queja, observación o circunstancia percibida, por el personal de enfermería o el paciente que afecta la capacidad funcional del individuo.

**SINTOMA:** Es lo manifestado por el paciente, lo que él siente. Es un dato subjetivo.

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

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

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

ES EL ARMA BASICA DE TRABAJO DE LA ENFERMERA.

### **CARACTERISTICAS DE LA HISTORIA CLINICA**

- Debe ser cierta, coherente, entendible.
- Debe seguir un orden. No puede faltarle datos aunque sean negativos.
- A través de ella obtenemos información para iniciar el razonamiento enfermero.

HISTORIA CLINICA Datos básicos Lista de problemas Notas de evolución.

HISTORIA CLINICA DATOS BASICOS 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

### **DATOS PERSONALES**

- 1.- Nombres
- 2.- Apellidos
- 3.- Edad
- 4.- Sexo
- 5.- Estado civil

- 6.- Domicilio
- 7.- Procedencia
- 8.- Ocupación
- 9.- Estudios
- 10.- Religión

### **MOTIVO DE CONSULTA**

Es la razón (signo o síntoma) que lleva al paciente a la consulta. Lo que siente con mayor intensidad lo que más le preocupa.

### **ENFERMEDAD ACTUAL**

Es la narración del episodio que motivo a llegar a la consulta; en forma ordenada, cronológica y gramaticalmente correcta, se irán escribiendo los signos y síntomas.

### **HABITOS**

- 1.- Diuresis
- 2.- Dieta
- 3.- Actividad física
- 4.- Tabaquismo
- 5.- Alcohol
- 6.- Drogas
- 7.- Hábitos sexuales.

### **ANTECEDENTES PERSONALES**

- 1.- Alergia
- 2.- Asma
- 3.- HTA5
- 4.- Diabetes
- 5.- Cardiopatías
- 6.- Medicamentos
- 7.- Cirugías previas
- 8.- Enfermedades de la infancia

## **ANTECEDENTES FAMILIARES**

Se interroga sobre enfermedades que tengan vinculación hereditaria o genética, Preguntar sobre padres, abuelos, hermanos, hijos que murieron con estas enfermedades u otras.

- 1.- Alergias
- 2.- HTA
- 3.- Diabetes
- 4.- Cardiopatías
- 5.- Cáncer

## **1.7.- ENTREVISTA CLINICA**

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.

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 centrada en el paciente una conversación ordenada con el mismo permite que éste determine el punto de partida e iniciar el discurso sobre sus problemas de salud.

Una entrevista acertada requiere preparación, incluyendo la revisión de toda la información disponible sobre el paciente, la preparación del entorno de la entrevista y la elección del momento para evitar interrupciones.

Una entrevista inicial centrada en el paciente implica:

- 1) preparar el escenario
- 2) recopilar la información sobre los problemas del paciente y establecer un programa

3) recoger la valoración o una historia clínica de enfermería

4) finalizar la entrevista.

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

## **1.8.- EXPLORACION FISICA**

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

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. Las valoraciones se realizan en los eventos comunitarios de promoción de la salud, las clínicas de detección precoz, la consulta de un profesional sanitario, las instituciones de cuidados agudos o el domicilio de los pacientes.

Una valoración completa implica la elaboración de la historia de salud y la exploración conductual y física. Mediante la entrevista de la historia de salud, la enfermera recopila datos subjetivos sobre el estado de un paciente. Obtiene datos objetivos mientras observa la conducta y las manifestaciones generales de un paciente. Identifica datos objetivos adicionales mediante una revisión de los sistemas corporales de la cabeza a los pies durante la exploración física. Los juicios clínicos de la enfermera se basan en todos los datos recopilados para crear un plan de cuidados para cada situación. Con los datos precisos crea un plan de cuidados centrado en el paciente, identificando los diagnósticos de enfermería, los resultados del paciente deseados y las intervenciones de enfermería.

### **Objetivos:**

Una exploración física se realiza como una evaluación inicial en el triaje para la atención de urgencia; para los exámenes habituales para promover conductas saludables y medidas preventivas de atención sanitaria; para determinar la elegibilidad para el seguro médico.

Cuando el paciente ya no tiene riesgo de un mal resultado o una lesión, la enfermera realiza una exploración más completa de otros sistemas corporales.

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

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

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

### **Entorno**

En el entorno de cuidados agudos, las enfermeras realizan valoraciones en la habitación de un paciente. 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.

### **Equipamiento**

La enfermera debe realizar la higiene de manos a fondo antes de manipular el equipamiento y empezar una exploración. La enfermera debe preparar el equipamiento como sea apropiado y asegurarse de que funciona correctamente antes de usarlo.

### **Preparación física del paciente**

La preparación física implica asegurarse de que la intimidad del paciente se mantiene con el apropiado vestido y cubrimiento. El paciente en el hospital probablemente lleva puesto solamente una simple bata. En la consulta de la clínica o del profesional sanitario el paciente debe desnudarse y generalmente se le proporciona una sábana de papel desechable o una bata de papel. Si la exploración se limita a ciertos sistemas corporales, no es siempre necesario que el paciente se desnude totalmente. Se debe proporcionar intimidad al paciente y el tiempo necesario para desnudarse para evitar la vergüenza.

### **Colocación.**

Durante la exploración se pide al paciente que adopte las posturas apropiadas de manera que las partes del cuerpo sean accesibles y el paciente se mantenga cómodo.

La capacidad de los pacientes de asumir las posturas depende de su fuerza física, movilidad, facilidad para respirar, edad y grado de bienestar. Durante la exploración un paciente puede necesitar adoptar más de una postura.

### **Preparación psicológica de un paciente**

La enfermera debe adaptar las explicaciones al nivel de comprensión del paciente y animarlo a hacer preguntas y comentarios respecto a cualquier malestar. Se debe

transmitir un enfoque abierto y profesional sin dejar de estar relajada. Una conducta reservada y formal inhibe la capacidad del paciente de comunicarse.

La enfermera debe considerar las normas culturales o sociales al realizar una exploración en una persona del sexo opuesto. 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.

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. Cuando la enfermera mantiene la calma, es más probable que el paciente se relaje. Especialmente si el paciente está débil o es mayor, es necesario moderar el ritmo de la exploración, deteniéndose brevemente a intervalos para preguntar cómo está tolerando la valoración.

### **Organización de la exploración**

La enfermera llevará a cabo una exploración física mediante la valoración de cada sistema corporal. Debe reflexionar y asegurarse de que una exploración es pertinente e incluye las valoraciones correctas. Los pacientes con síntomas o necesidades focalizadas requieren solamente unas partes de la exploración; así, cuando un paciente viene a una clínica con síntomas de un grave resfriado, no debe ser necesaria una valoración neurológica. Un paciente que ingresa en el servicio de urgencias con síntomas abdominales agudos requiere la valoración de los sistemas corporales que presentan más riesgo de estar alterados.

Los siguientes consejos ayudan a mantener una exploración bien organizada:

- Comparar ambos lados del cuerpo para ver la simetría. Un grado de asimetría es normal.
- Si el paciente está gravemente enfermo, primero valorar los sistemas corporales que presentan más riesgo de estar alterados. Por ejemplo, a un paciente con dolor torácico se le realiza primero una valoración cardiovascular.
- 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. Un formulario estándar permite el registro de la información con la misma secuencia con la que se recoge.
- 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. Completar cualquier nota de documentación más larga al final de la exploración.

**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.

Los movimientos físicos y los componentes estructurales pueden también ser identificados de una manera informal. Lo más importante es ser prudente y prestar atención a los detalles. 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 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.

## **Palpación**

La palpación implica usar el sentido del tacto para recopilar la información. Mediante el tacto la enfermera realiza juicios sobre los hallazgos esperados e inesperados en la piel o los tejidos, los músculos y los huesos subyacentes.

Por ejemplo, la enfermera palpa la piel para conocer la temperatura, humedad, textura, turgencia, sensibilidad y grosor, y el abdomen para conocer la sensibilidad, distensión o masas.

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.

Hay que prepararse para la palpación calentando las manos, manteniendo las uñas cortas y usando un acercamiento amable. Se realiza una palpación lenta, suave y dirigida. El paciente necesita ser orientado para que pueda relajarse y sentirse cómodo, puesto que los músculos tensos hacen la valoración más difícil.

Se utilizan dos tipos de palpación en la exploración física, superficial y profunda. La palpación superficial se realiza poniendo la mano sobre las partes del cuerpo que están siendo exploradas; también implica presionar hacia dentro cerca de 1 cm. La palpación ligera y superficial de estructuras como el abdomen da al paciente la oportunidad de identificar las zonas de sensibilidad.

### **Percusión**

La percusión implica golpear ligeramente la piel con las yemas de los dedos para hacer vibrar los tejidos y órganos subyacentes. 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.

### **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.

Hay que aprender a reconocer sonidos anormales después de aprender las variaciones normales.

### **Examen general**

Un examen o una valoración general de las manifestaciones del paciente y de la conducta proporcionan información sobre las características de una enfermedad, la capacidad del paciente para funcionar independientemente, la imagen corporal, el estado emocional, los cambios recientes en el peso y el estado del desarrollo.

Hay que valorar el aspecto y la conducta mientras se prepara al paciente para la exploración. Para esta revisión se debe incluir lo siguiente:

- Sexo y raza
- Edad.
- Signos de sufrimiento.
- Tipo corporal.
- Postura.

Marcha. Observar al paciente cuando entra en la habitación o está de pie al lado de la cama. Observar si los movimientos son o no coordinados. Normalmente una persona anda suavemente con los brazos oscilando libremente a los lados y la cabeza y la cara guiando el cuerpo. Movimientos corporales. Observar si los movimientos corporales son

intencionados, fijándose si hay temblores en las extremidades. Determinar si alguna parte del cuerpo está inmóvil.

Higiene y aseo personal. Observar el grado de limpieza del paciente examinando el aspecto del cabello, la piel y las uñas. Determinar si la ropa del paciente está limpia. El aseo personal puede depender de la función cognitiva y emocional del paciente.

Vestido. La cultura, la forma de vida, el nivel socioeconómico y la preferencia personal afectan a la selección y el uso de la ropa. Sin embargo, se debe valorar si la ropa es apropiada o no para la temperatura, las condiciones atmosféricas o el entorno. Las personas deprimidas con enfermedades mentales pueden no ser capaces de seleccionar la ropa apropiada, y un anciano puede tender a usar ropa adicional debido a la sensibilidad al frío.

Olor corporal. Un olor corporal desagradable puede resultar del ejercicio físico, la mala higiene o ciertos estados de enfermedad. Hay que comprobar cualquier olor que pudiera indicar un problema de salud.

Afecto y estado de ánimo. El afecto son los sentimientos de una persona según cómo se muestran a los demás. Los pacientes expresan el estado de ánimo o el estado emocional verbal y no verbalmente. Determinar si las expresiones verbales se corresponden o no con la conducta no verbal y si el estado de ánimo es adecuado a la situación. Manteniendo el contacto visual la enfermera puede observar las expresiones faciales mientras hace preguntas.

Habla. El habla normal es comprensible y tiene un ritmo moderado y muestra una asociación con los pensamientos de la persona.

Signos de abuso del paciente. Durante la exploración observar si el paciente teme a su cónyuge o pareja, un cuidador, un padre o un niño mayor. El abuso de niños, de mujeres y de los ancianos es un problema de salud creciente.

## **1.9.- SIGNOS VITALES**

### **Constantes vitales**

A medida de las constantes vitales es más precisa si se termina antes de empezar los cambios o movimientos posturales. Si existe una posibilidad de que las constantes vitales estén sesgadas cuando se miden por primera vez, hay que volverlas a tomar más tarde durante el resto de la exploración.

### **Talla y peso**

La talla y el peso reflejan el estado de salud general de una persona. Las tablas estandarizadas ayudan a revelar el peso normal esperado de un adulto para una talla dada. Hay que valorar a cada paciente para identificar si tiene un peso saludable, sobrepeso o 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.

Hay que valorar las tendencias en los cambios de peso comparados con la altura en busca de signos de mala salud. Las valoraciones buscan los cambios anormales del peso. El peso de un paciente varía normalmente a diario debido a la pérdida o la retención de líquidos.

### **Pautas para medir las constantes vitales**

Las constantes vitales son una parte de la base de datos de la valoración. La enfermera las incluye en una valoración física completa o las obtiene individualmente para valorar el estado de un paciente.

La enfermera debe medirlas correctamente y a veces delega apropiadamente su medición. También debe conocer los valores esperados, interpretar los valores del paciente, comunicar correctamente los hallazgos y comenzar las intervenciones según se necesiten. 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. Estos valores pueden diferir del nivel aceptable para esa edad o estado físico.
- 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.
- Basándose en el estado del paciente, la enfermera debe colaborar con otros profesionales sanitarios para decidir la.

- Debe analizar los resultados de la medición de las constantes vitales. Las constantes vitales no se interpretan aisladas.
- 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. Calor producido - Pérdida de calor = Temperatura corporal

### **Producción de calor.**

La termorregulación depende de la función normal de los procesos de producción de 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.

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. La radiación es la transferencia del calor desde la superficie de un objeto a la superficie de otro sin contacto directo entre los dos.

### **Pulso**

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

Valoración del pulso La enfermera puede valorar cualquier arteria para la frecuencia del pulso, pero normalmente utiliza la arteria radial porque es más fácil de palpar. Cuando el estado de un paciente empeora de repente, se recomienda la zona de la carótida para encontrar rápidamente el pulso. El corazón continúa distribuyendo sangre a través de la arteria carótida al cerebro tanto tiempo como sea posible.

La enfermera debe utilizar el pulso radial para enseñar a los pacientes cómo controlar su propia FC.

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

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

### **Valoración de la ventilación**

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

La función respiratoria y cardiovascular y la influencia de las terapias sobre la respiración. Las mediciones objetivas del estado respiratorio incluyen la frecuencia y profundidad de la respiración y el ritmo de los movimientos ventilatorios.

### **Alteraciones del patrón respiratorio**

Bradipnea: la frecuencia respiratoria es regular pero anormalmente lenta.

Taquipnea: la frecuencia respiratoria es regular pero anormalmente rápida.

Hiperpnea: la respiración es fatigosa, aumento de la profundidad y frecuencia.

Apnea: la respiración cesa durante varios segundos.

Hiperventilación: la frecuencia y la profundidad respiratorias aumentan.

Hipoventilación: la frecuencia respiratoria es anormalmente baja y la profundidad de la ventilación está deprimida.

### **Frecuencia respiratoria.**

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

### **Profundidad de la ventilación.**

Una respiración profunda implica una expansión completa de los pulmones con exhalación completa. La respiración es poco profunda cuando sólo una pequeña cantidad de aire pasa a través de los pulmones y el movimiento ventilatorio es difícil de ver.

### **Ritmo de la ventilación.**

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

### **Pulsioxímetro portátil con sonda para el dedo.**

Respiración dificultosa implica normalmente a los músculos accesorios de la respiración visibles en el cuello.

Una fase de espiración más larga es evidente cuando el flujo del aire hacia el exterior está obstruido.

Con la respiración normal se produce un intervalo regular después de cada ciclo respiratorio.

### **Factores que afectan a la determinación de la saturación de oxígeno del pulso (SpO<sub>2</sub>)**

#### **Interferencia con la transmisión de la luz**

- Las fuentes exteriores de luz interfieren con la capacidad del pulsioxímetro para procesar la luz reflejada.
- El monóxido de carbono eleva artificialmente la SpO<sub>2</sub> absorbiendo luz de manera similar al oxígeno.
- El movimiento del paciente interfiere con la capacidad del pulsioxímetro de procesar la luz reflejada.
- La ictericia interfiere con la capacidad del pulsioxímetro de procesar la luz reflejada.
- Los tintes intravasculares absorben la luz de manera similar a la desoxihemoglobina y hace bajar artificialmente la saturación.
- El esmalte de uñas, las uñas artificiales o tachones metálicos en las uñas pueden interferir con la absorción de la luz y la capacidad del pulsioxímetro de procesar la luz reflejada.
- El pigmento oscuro de la piel a veces ocasiona una pérdida de señal o de sobreestimación de la saturación.
- El edema periférico oculta la pulsación arterial.
- Una sonda apretada registra pulsaciones venosas en el dedo que compiten con las pulsaciones arteriales.

#### **Proceso de enfermería y constantes vitales respiratorias**

La medición de la frecuencia respiratoria, el patrón y la profundidad, junto con la SpO<sub>2</sub>, 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.

Los factores relacionados podrían incluir un proceso infeccioso o una historia de enfermedad pulmonar obstructiva crónica con antecedentes de fumar 30 paquetes-años. La enfermera selecciona las intervenciones basadas en el factor relacionado.

### **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 PA sistémica o arterial, la PA en el sistema arterial del cuerpo, es un buen indicador de la salud cardiovascular.

La presión diastólica es la mínima presión ejercida contra las paredes arteriales en todo momento.

La diferencia entre la presión sistólica y diastólica es la presión del pulso.

### **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.**

El gasto cardíaco aumenta como resultado de un aumento de la FC, una mayor contractilidad del músculo cardíaco o un aumento del volumen sanguíneo. Los cambios de la FC se producen más rápido que los cambios en la contractilidad del músculo cardíaco o el volumen sanguíneo.

#### **Resistencia periférica.**

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. 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. El corazón se contrae con más fuerza para mover la sangre viscosa a través del sistema circulatorio.

### **Elasticidad.**

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. Las tendencias de la presión arterial, no las mediciones individuales, guían las intervenciones de enfermería.

### **Edad.**

La PA normal para un niño de 7 años es de 90/60 mmHg. Los niños más grandes tienen PA más altas que los niños más pequeños de la misma edad. Durante la adolescencia la PA continúa variando de acuerdo con el tamaño del cuerpo. La PA de un adulto tiende a elevarse con el avance de la edad.

### **Estrés.**

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

### **Etnicidad.**

La incidencia de la hipertensión (PA alta) es mayor en los afroamericanos que en los europeoamericanos. Los afroamericanos tienden a desarrollar una hipertensión más grave a una edad más temprana y tienen riesgo doble de complicaciones como accidente cerebrovascular y ataque cardíaco. Los factores genéticos y ambientales contribuyen a menudo a esos factores.

### **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.

### **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.**

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

### **Fumar.**

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

### **Hipertensión**

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

### **Auscultación.**

La posición del paciente durante la determinación habitual de la PA debe ser la misma durante cada medición para permitir una comparación significativa de valores. Antes de obtener la PA del paciente, se debe intentar controlar los factores responsables de

lecturas artificialmente altas, como dolor, ansiedad o esfuerzo. La percepción del paciente de que el entorno físico o interpersonal es estresante afecta a la medición de la PA.

### **Valoración en niños.**

Todos los niños desde los 3 años a la adolescencia necesitan que se les compruebe la PA al menos anualmente. La PA en los niños cambia con el crecimiento y el desarrollo. La enfermera ayuda a los padres a entender la importancia de esta exploración habitual para detectar a los niños que tienen riesgo de hipertensión. La medición de la PA en los lactantes y niños es difícil por varias razones.

### **Estetoscopio de ultrasonidos.**

Cuando la enfermera no puede auscultar los sonidos debido a un pulso arterial debilitado, puede utilizar un estetoscopio de ultrasonidos (v. cap. 30). Este estetoscopio permite escuchar los ruidos sistólicos de baja frecuencia.

### **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. Una grave pérdida de sangre y una disminución de la contractilidad cardíaca son ejemplos de problemas que ocasionan PA demasiado bajas para auscultar con precisión.

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

## **1.10.- RECOGIDAS DE MUESTRAS BIOLÓGICAS**

En la actualidad la práctica médica se apoya cada vez más en los resultados de las pruebas de laboratorio para precisar los diagnósticos, tratamiento y evolución de los pacientes, por lo que es determinante la calidad en la toma de las muestras.

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

Los tiempos en que la enfermería, a partir de modelos paradigmáticos, se dedicaba a cumplir rutinas más o menos precisas, han cedido el paso al ejercicio de la profesión de forma más profunda.

1.- La práctica de la medicina, en la actualidad, se apoya fuertemente en la realización de exámenes de laboratorio que confirmen o no, las hipótesis clínicas, y muchas veces, el curso del tratamiento y la evolución del paciente dependen de los resultados de estas pruebas.

2.- En este proceso, el médico tiene la responsabilidad de conocer las pruebas disponibles e indicarlas según sea conveniente y el técnico de laboratorio, apoyado en sus conocimientos, la de emplear rigurosamente los recursos técnicos y materiales que garanticen un resultado rápido y fiable, mientras, el personal de enfermería, al ser responsable de la toma de muestras, también ha de conocer las características y requisitos de cada prueba, de modo que se garantice que estas lleguen oportunamente y con calidad al laboratorio.

3.- Durante el período comprendido de enero a julio del 2002. Aunque los objetivos del trabajo van más allá del simple cálculo de gastos, se aprovechó la posibilidad para valorar elementales índices económicos, pues estos han demostrado ser útiles como indicadores de la calidad en el servicio.

4.- Se espera que este estudio, a partir de sus recomendaciones, de forma concreta, 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 para la salud del paciente y para la economía.

#### PREPARACIÓN DE PACIENTES PARA ESTUDIOS RADIOLOGICOS.

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.

#### **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.

#### **Apoyo y preparación psicológica**

##### **Preparación física:**

Se vigila las constantes vitales a través del monitor, además de otros signos como la ansiedad o inquietud, posibles reacciones alérgicas, náuseas.

- Participa activamente en los procedimientos diagnósticos y terapéuticos.
- Gestiona y mantiene archivos. "Supervisa, coordina, gestiona y mantiene".

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.

## 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.

- Daño para el paciente al atrasar o perder la oportunidad de un diagnóstico precoz, de una valoración de la evolución o ajuste oportuno de una terapia.
- Pérdida de tiempo y material.
- Pérdida de confianza del paciente.
- Alteración de los resultados.
- Alteración del rodaje del servicio y del laboratorio. Consecuencias de una mala técnica en la toma de muestras de exámenes.
- Explicar al paciente acerca de la indicación médica del examen.
- Constatar que el paciente está en las condiciones requeridas para el examen (ayunas u otra) En general los exámenes de sangre se toman en ayunas.
- Controlar que el paciente ingiera desayuno después de la toma de la muestra.

- Una vez tomadas las muestras deben ser enviadas a la brevedad al laboratorio.
- No deben utilizarse frascos que merezcan dudas, sin tapas, sucios o con cantidad insuficiente de anticoagulante.
- Verificar que sea el paciente correcto y muestra correcta.

#### INDICACIONES GENERALES TOMA MUESTRAS EXAMENES DE SANGRE

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

1. Lávese las manos y prepare el equipo.
2. Identifique al paciente verbalmente o revisando la ficha clínica.
3. Explíquelo el procedimiento a realizar.
4. Seleccione el sitio que le merezca mayor seguridad de éxito en la técnica y de menor riesgo para el paciente.
5. Colóquese los guantes, arme la jeringa.
6. Inserte la aguja con el bisel hacia arriba.
7. Llene 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.

## **CONCLUSION**

Después de lo expuesto en nuestro trabajo podemos concluir que el proceso de atención de enfermera es el método científico de la especialidad donde el enfermero debe dominar un sistema amplio de la teoría y lo debe aplicar a la práctica directa de la profesión.

El proceso de atención de enfermera requiere de una serie de etapas, fases y componentes que permiten establecer una interrelación directa entre el paciente familia profesional que le permita brindar una atención individualizada.

El objetivo último de la valoración de enfermera es conocer la efectividad de los cuidados de la persona, familia, grupo o comunidad, entendida como la capacidad de dar respuesta adecuada a los requisitos de cuidados concretos existentes, a través de la formulación de un juicio clínico que lo identifique.

