



FUNDAMENTOS DE ENFERMERIA I

UNIDAD I PROCESO DE ENFERMERÍA

DULCE MERCEDES SÁNCHEZ AGUILAR

LIC. EN ENFERMERIA

CICLO ESCOLAR 2021-2022

17 SEPTIEMBRE 2021

FUNDAMENTOS DE LA ENFERMERIA

1.1.- PROCESO DE ENFERMERÍA

El proceso de atención de enfermería (PAE), es la aplicación del método científico en la práctica asistencial enfermera, PAE como actualmente conocemos: VALORACIÓN, DIAGNÓSTICO, PLANIFICACIÓN, EJECUCIÓN Y EVALUACIÓN.

El principal objetivo del PAE se centra, en constituir una estructura que pueda cubrir, de forma individualizada, las necesidades del paciente, familia y comunidad.

Características del proceso:

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

ETAPAS DEL PROCESO:

- VALORACION: Es el proceso organizado y sistemático de recogida y recopilación de datos sobre el estado de salud del paciente siguiendo un orden “cabeza a pies”, por “sistemas y aparatos” o por “patrones funcionales de salud”. Se recogen los datos, que han de ser validados,
- 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.

EJEMPLO: D. Alto riesgo: es un juicio clínico que consta de dos fases, formato PE: problema + etiología

- PLANIFICACION: Es la organización del plan de cuidados, se deben establecer unas prioridades, plantear unos objetivos, elaborar las intervenciones y actividades de enfermería y proceder a su documentación y registro.

Los registros documentales de todo el plan son: diagnósticos de enfermería y problemas interdependientes, criterios de resultados, actividades enfermeras y un informe de evolución.

- EJECUCIÓN: Es llevar a la práctica el plan de cuidados, intervenciones enfermeras dirigidas a la resolución de problemas y las necesidades asistenciales de cada persona tratada.
- EVALUACIÓN: Los dos criterios más importantes son: la eficacia y efectividad, se tendrán que ir introduciendo modificaciones en el plan de cuidados para que la atención resulte más efectiva.

1.2.- PRIMERA ETAPA. VALORACIÓN DE ENFERMERÍA OBJETIVOS

El proceso enfermero es un proceso de pensamiento crítico que profesionales utilizan para aplicar la mejor evidencia disponible para proporcionar cuidados y promoverla, como estudiante de enfermería se aprenden las cinco fases del proceso enfermero

1. Valoración,
2. Diagnóstico,
3. Planificación,
4. Implementación se realizan juicios clínicos a partir de la valoración para identificar la respuesta del paciente a los problemas de salud.
5. Evaluación funciones y respuestas humanas a la salud y a la enfermedad.

se realizan juicios clínicos a partir de la valoración para identificar la respuesta del paciente a los problemas de salud en forma de diagnósticos enfermeros

Una vez que se definen los diagnósticos de enfermería apropiados, se crea un plan de cuidados. La planificación incluye el establecimiento de 11 objetivos y resultados esperados para los cuidados y la selección de intervenciones.

El proceso de enfermería es una variación del razonamiento científico.

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 (ej. miembros de la familia, profesionales sanitarios e historia clínica)
2. La interpretación y validación de los datos para garantizar una completa base de datos.

El propósito es establecer una base de datos sobre las necesidades problemas de salud, y las respuestas a estos problemas.

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
- Los conocimientos profesionales: deben tener una base de conocimientos sólida que permita hacer una valoración del estado de salud integral del individuo, Los conocimientos deben abarcar también la resolución de problemas, análisis y toma de decisiones
- Habilidades: en la valoración se adquieren con la utilización de métodos y procedimientos que hacen posible la toma de datos
- Comunicarse de forma eficaz: Implica el conocer la teoría de la comunicación y del aprendizaje
- Observar sistemáticamente: Implica la utilización de formularios o guías que identifican los tipos específicos de datos que necesitan recogerse.
- Diferenciar entre signos e inferencias y confirmar las impresiones

Las enfermeras a menudo hacen inferencias extraídas con pocos o ningún signo que las apoyen, pudiendo dar como resultado cuidados de Enfermería inadecuados

Es primordial seguir un orden en la valoración, de forma que, en la práctica, la enfermera adquiera un hábito que se traduzca en no olvidar ningún dato

ENTREVISTA CLINICA:

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 exploración física: La actividad final de la recolección de datos es el examen físico. Debe explicarse al paciente en qué consiste el examen y pedir permiso para efectuarlo

Se centra en: determinar en Profundidad la respuesta de la persona al proceso de La enfermedad

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.

Las funciones de Enfermería tienen tres dimensiones; Dependiente, Interdependiente e Independiente

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 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:

- **Identificación de problemas:** Análisis de los datos significativos, es un planteamiento de alternativas como hipótesis
- **Formulación de problemas:** Diagnóstico de enfermería y problemas interdependientes.

TIPOS DE DIAGNÓSTICOS: Antes de indicar la forma de enunciar los diagnósticos establezcamos que tipos de diagnósticos hay, pudiendo ser de cuatro tipos, que son: reales, de alto riesgo, de bienestar o posibles

Real: representa un estado que ha sido clínicamente validado mediante características definitorias principales identificables, 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

Posible: son enunciados que describen un problema sospechado para el que se necesitan datos adicionales

De bienestar: juicio clínico respecto a una persona, grupo o comunidad en transición desde un nivel específico de bienestar hacia un nivel más elevado, . La enfermera puede inferir esta capacidad basándose en i los deseos expresos de la persona o del grupo por la Educación para la Salud.

1.4.- TERCERA ETAPA PLANIFICACION DE CUIDADOS

Etapas en el plan de cuidados:

Establecer prioridades en los cuidados: todos los problemas representan una familia o una comunidad rara vez rara vez pueden ser abordados al mismo tiempo por falta de disponibilidad de la enfermera.

Planteamiento de los objetivos del cliente con resultados esperados: Esto es, determinar los criterios de resultado

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

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

Para un Diagnóstico de Enfermería posible las intervenciones tratan de recopilar datos adicionales para descartar o confirmar el Diagnóstico.

1.4.- EJECUCIÓN

La fase de ejecución es la cuarta etapa del plan de cuidados, En esta fase se realizarán todas las intervenciones enfermeras dirigidas a la resolución de problemas

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

1.5.- EVALUACIÓN

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

El proceso de evaluación consta de dos partes:

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

La evaluación es un proceso que requiere de la valoración de los distintos aspectos del estado de salud del paciente

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

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)

PROBLEMA: ES todo aquello que requiere atención por parte de la enfermera.

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.

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.

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. Este razonamiento debe dirigirse a los problemas que plantea el usuario.

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

- 1.- Nombres
- 2.- Apellidos
- 3.- Edad
- 4.- Sexo
- 5.- Estado civil
- 6.- Domicilio
- 7.- Procedencia
- 8.- Ocupación
- 9.- Estudios
- 10.- Religión

2 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.

3 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.

4. HABITOS

- 1.- Diuresis
- 2.- Dieta
- 3.- Actividad física
- 4.- Tabaquismo
- 5.- Alcohol

6.- Drogas

7.- Hábitos sexuales.

5. ANTECEDENTES PERSONALES

.1.- Alergia

2.- Asma

3.- HTA5

4.- Diabetes

5.- Cardiopatías

6.- Medicamentos

7.- Cirugías previas

8.- Enfermedades de la infancia

6. 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

1.7.- 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.

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

Una entrevista 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 y

4: finalizar la entrevista.

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

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

Los juicios clínicos de la enfermera se basan en todos los datos recopilados para crear un plan de cuidados para cada situación

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:

Una exploración física respetuosa y considerada requiere intimidad. En el entorno de cuidados agudos, las enfermeras realizan valoraciones en la habitación de un paciente.

En el domicilio, la exploración se realiza en un espacio donde se puede dar intimidad, como, por ejemplo, el dormitorio del paciente.

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.

Preparación física del paciente:

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

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.

Hay que tener cuidado para mantener el respeto y mostrar consideración ajustando la sábana que le cubre de modo que solamente sea accesible el área explorada.

Preparación psicológica de un paciente:

Muchos pacientes encuentran una exploración estresante o agotadora, o tienen ansiedad por los posibles resultados. Una explicación cuidadosa del objetivo y de los pasos de cada valoración permite al paciente saber qué esperar y cómo cooperar.

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.

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.

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.

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

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.

La inspección se produce al interactuar con un paciente, vigilando si hay expresiones no verbales del estado emocional y mental.

Los movimientos físicos y los componentes estructurales pueden también ser identificados de una manera informal.

Mientras la enfermera valora a un paciente, debe reconocer la naturaleza y la fuente de los olores corporales. Un olor inusual indica a menudo una patología subyacente.

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.

La superficie palmar de la mano y las yemas de los dedos son más sensibles que la punta de los dedos y se deben utilizar para valorar la posición, la textura, el tamaño, la consistencia, las masas, el líquido y la crepitación.

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

La palpación profunda se utiliza para explorar el estado de órganos como los del abdomen

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

Un sonido anormal sugiere una masa o una sustancia como aire o líquido dentro de un órgano o de una cavidad del cuerpo. La técnica de la percusión es utilizada más a menudo a pie de cama por las enfermeras de práctica avanzada que por las enfermeras de práctica diaria.

Auscultación: La auscultación implica escuchar los sonidos que el cuerpo hace para detectar variaciones de lo normal.

Los ruidos internos del cuerpo son generados por la sangre, el aire o el contenido gástrico mientras se mueven contra las estructuras de cuerpo

Los sonidos normales de cada sistema corporal se comentan más adelante en este capítulo

La campana es mejor para escuchar sonidos graves como los sonidos vasculares y ciertos sonidos cardíacos, y el diafragma es mejor para escuchar sonidos agudos como los sonidos intestinales y pulmonares.

Uso y cuidado del estetoscopio:

Asegurarse de que la oliva auricular siga el contorno de los conductos auditivos. Probar cuál es mejor comparando la amplificación de los sonidos con las olivas auriculares en ambas direcciones.

Las olivas auriculares de los estetoscopios son una fuente de bacterias transmisibles. Cuando la enfermera se toca inadvertidamente los oídos y atiende al paciente, posibles agentes patógenos podrían contaminar las olivas auriculares.

Examen general: Cuando un paciente entra por primera vez en la sala de exploración, hay que observar su forma de andar y el aspecto general y prestar atención a su conducta y forma de vestir. Un examen o una valoración general de las manifestaciones del paciente y de la conducta proporcionan información sobre las características de una enfermedad, la capacidad del paciente para funcionar independientemente, la imagen corporal, el estado emocional, los cambios recientes en el peso y el estado del desarrollo.

1.9.- SIGNOS VITALES

Constantes vitales: La medida de las constantes vitales es más precisa si se termina antes de empezar los cambios o movimientos posturales.

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.

Las básculas de cama y de silla están disponibles para los pacientes que no pueden sostener su peso. Las camas hospitalarias electrónicas La enfermera puede utilizar una báscula con cesta o plataforma para pesar a los niños. Después de quitar la ropa del niño, hay que pesarlo con los pañales desechables secos. Después se ajusta la medida para compensar el peso del pañal, asegurando, así, una lectura precisa.

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 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.

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.

Cuando la piel caliente toca un objeto más frío, se pierde calor. La convección es la transferencia de calor hacia fuera por el movimiento del aire. La evaporación es la transferencia de la energía de calor cuando un líquido se convierte en gas.

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

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.

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 (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 enfermera valora la ventilación determinando la frecuencia, la profundidad y el ritmo. Y Valora la difusión y perfusión determinando la saturación de oxígeno.

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 (los músculos accesorios de la respiración) no es visible.

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.

Profundidad de la ventilación:

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

Ritmo de la ventilación:

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

Las mujeres tienden a utilizar los músculos torácicos para respirar, que se valoran observando los movimientos de la parte superior del tórax.

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.

Los lactantes tienden a respirar menos regularmente. El niño pequeño a menudo respira lentamente durante unos pocos segundos y luego, de repente, respira más rápidamente

Proceso de enfermería y constantes vitales respiratorias :

La medición de la frecuencia respiratoria, el patrón y la profundidad, junto con la SpO₂, valora la ventilación, difusión y perfusión. La enfermera también lleva a cabo otras valoraciones para medir el estado respiratorio.

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

El plan de cuidados de enfermería incluye intervenciones basadas en los diagnósticos de enfermería identificados y los factores relacionados

La enfermera selecciona las intervenciones basadas en el factor relacionado. Después de intervenir, debe evaluar los resultados del paciente valorando la frecuencia, la profundidad, el ritmo de respiración y la SpO₂.

Presión arterial La presión arterial (PA): es la fuerza ejercida sobre las paredes de una arteria por el bombeo de la sangre a presión desde el corazón. La unidad estándar para medir la PA es el milímetro de mercurio (mmHg). La medición es la altura a la que la PA hace subir una columna de mercurio

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

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

Resistencia periférica: La PA depende de la resistencia vascular periférica. La sangre circula a través de la red de arterias, arteriolas, capilares, vénulas y venas. Las arterias y arteriolas están rodeadas de músculo liso que se contrae o relaja para cambiar el tamaño de su luz. El tamaño de las 70 arterias y arteriolas cambia para ajustar el flujo sanguíneo a las necesidades de los tejidos locales

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.

Cuando el volumen circulatorio de la sangre desciende, como en el caso de una hemorragia o una deshidratación, la PA desciende.

Viscosidad: La densidad o viscosidad de la sangre afecta a la facilidad con que la sangre fluye a través de los vasos pequeños

Elasticidad. Normalmente las paredes de una arteria son elásticas y se distienden con facilidad.

La reducción de la elasticidad provoca una resistencia mayor al flujo sanguíneo. Como resultado, cuando el ventrículo izquierdo eyecta su volumen sistólico, los vasos ya no ceden a la presión

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

Edad. Los niveles normales de PA varían a lo largo de la vida, La PA aumenta durante la niñez. La enfermera debe evaluar el nivel de la PA de un niño o adolescente con respecto al tamaño y edad de su cuerpo

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.

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.

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 período de ejercicio puede reducir la PA durante varias horas después. Los ancianos a menudo experimentan una bajada de 5 a 10 mm de la PA aproximadamente 1 hora después de comer.

Fumar: 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.

Auscultación: El mejor entorno para medir la PA por auscultación es una habitación tranquila a una temperatura confortable.

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.

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.

La valoración de la PA da lugar a muchas decisiones clínicas e intervenciones de enfermería. Obtener una medición correcta es esencial.

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.

Estetoscopio de ultrasonidos: Cuando la enfermera no puede auscultar los sonidos debido a un pulso arterial debilitado, puede utilizar un estetoscopio de ultrasonidos

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

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

Cualquier fallo en el proceso, implica riesgos para el paciente y pueden generar dificultades impredecibles, que por su diversidad son difíciles de abordar (e incluso no están limitados a los factores que se mencionaron).
Valoración y examen físico: Se inicia con la identificación de la enfermera ante el paciente y viceversa. Motivo de la consulta. Exámenes previos. Medicamentos que está ingiriendo. Horas de ayuno. Peso y talla. Signos vitales. Detectar posibles alteraciones que presente la persona. Es indispensable que el paciente y la familia reciban un trato amable, cordial, dándoles seguridad y confianza con el fin de minimizar el grado de ansiedad, nerviosismo, miedo.

NORMAS ESTABLECIDAS POR EL MINISTERIO DE SALUD Personal: Las punciones vasculares deben ser realizadas por profesionales capacitados y constantemente evaluados.

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

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

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

Elección del sitio de punción: La piel del sitio de punción elegido, debe estar indemne y limpia. **Preparación del sitio de punción:** realizar técnica aséptica.

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

INDICACIONES GENERALES TOMA MUESTRAS EXAMENES DE SANGRE
Toma de muestra de sangre. Es la obtención de una muestra de sangre, mediante una punción venosa periférica o central, para realizar el posterior análisis en el laboratorio clínico.

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

En caso de bacteriemia permite aislar el agente causal.

CONCLUSION:

En conclusión, pienso que cada fundamento tratado en cada uno de los temas son pasos indispensables y de suma importancia para poder brindar una buena atención a cada paciente, ya que sin estos fundamentos no es posible llevar el proceso adecuado, brindar un servicio de calidad requiere de cada fundamento hablado en cada tema.