



Nombre de alumnos: Adamari Zuñiga Villatoro

Nombre del profesor: María del Carmen López Silba

Nombre del trabajo: Resumen digital

Materia: Fundamentos de enfermería I

PASIÓN POR EDUCAR

Grado: 1

Grupo: "C"

Comitán de Domínguez Chiapas a 24 de Septiembre de 2021.

Proceso de enfermería

El proceso de atención de enfermería (PAE), es la aplicación del método científico en la práctica asistencial enfermera, lo que nos permite prestar cuidados de una forma racional, lógica y sistemática, lo que resulta de vital importancia cuando se trabaja en el ámbito de enfermería. Como antecedentes históricos, reseñar que el PAE tiene sus orígenes, cuando fue considerado un proceso en 1955, consistía en un proceso de tres etapas: valoración, planeación y ejecución. yura y Walsh en 1967, establecieron cuatro etapas: valoración, planificación, realización y evaluación. La etapa diagnóstica fue incluida entre 1974 y 1976 por Bloch, Roy y Aspinall. 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. Considerando a la enfermería como una disciplina con carácter científico que se centra en la respuesta humana del individuo, sobre el paciente, que participa en su propio cuidado y este se le presta de forma continua y con calidad en la atención, sobre la enfermera, aumentando su satisfacción y su crecimiento profesional ante la consecución de objetivo.

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.

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. El proceso comienza con la primera fase, la valoración, la recogida y el análisis de la información sobre el estado de salud del paciente. La planificación incluye el establecimiento de objetivos y resultados esperados para los cuidados y la selección de intervenciones 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.

Las cinco fases del proceso enfermero

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

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).
2. La interpretación y validación de los datos para garantizar una completa base de datos.

Generalmente también se entrevista a miembros de la familia que conocen los problemas de salud del paciente y cualquier dato existente de la historia clínica. Los datos recogidos se clasifican en diferentes grupos o patrones de información que apuntan a una conclusión diagnóstica. El pensamiento crítico es una parte vital de la valoración, permite ver el panorama general cuando se formulan conclusiones o se toman decisiones sobre el estado de salud de un paciente. Mientras se recogen datos sobre un paciente, se sintetiza el conocimiento pertinente, se recuerdan experiencias clínicas anteriores, se aplican estándares y actitudes de pensamiento crítico, y se utilizan estándares de práctica para dirigir nuestra valoración de una manera significativa e intencionada.

También se aprende a aplicar estándares de práctica y estándares aceptados como «normales» para los datos de la valoración física cuando se valora a pacientes. La utilización de actitudes de pensamiento crítico, como la curiosidad, la perseverancia y la confianza, asegura que se complete una exhaustiva base de datos.

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. éstas incluyen al paciente como

fuente primaria, al expediente clínico, a la familia o a cualquier otra persona que dé atención al paciente.

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

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.
- ☒ 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. 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 (anatomía, fisiología, etc....) y básicos (capacidad de la enfermera de tomar decisiones).
- ☒ Habilidades técnicas e interprofesionales (relación con otras personas).
- ☒ Convicciones (ideas, creencias, etc....)
- ☒ Capacidad creadora.
- ☒ Sentido común.
- ☒ Flexibilidad

Los tipos de datos:

- ☒ Datos subjetivos: No se pueden medir y son propios de paciente. Lo que la persona dice que siente o percibe. Solamente el afectado los describe y verifica. (Sentimientos).
- ☒ Datos objetivos: se pueden medir por cualquier escala o instrumento (cifras de la tensión arterial).
- ☒ Datos históricos - antecedentes: Son aquellos hechos que han ocurrido anteriormente y comprenden hospitalizaciones previas, enfermedades crónicas o patrones y pautas de comportamiento (eliminación, adaptaciones pasadas, etc.). Nos ayudan a referenciar los hechos en el tiempo. (Hospitalizaciones previas).
- ☒ Datos actuales: son datos sobre el problema de salud actual.

Métodos para obtener datos:

1.- Entrevista Clínica:

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

- I. **Iniciación:** Se comienza por una fase de aproximación y se centra en la creación de un ambiente favorable.
- II. **Cuerpo:** a. Comienza a partir del motivo de la consulta o queja principal del paciente y se amplía a otras áreas como historial médico, información sobre la familia y datos sobre cuestiones culturales o religiosas.

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.

Tres tipos de interferencias:

o Interferencia cognitiva: Consisten en que el problema del paciente no es

percibido o comprendido por el entrevistador.

o Interferencia emocional: Es frecuente, consiste en una reacción emocional

adversa del paciente o del entrevistador o Interferencia social: En este caso las diferencias sociales conllevan en el profesional una menor conexión emocional a una menor implicación, y a prestar menor información al paciente.

Las técnicas verbales son:

o El interrogatorio permite obtener información, aclarar respuestas y verificar datos.

o 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.

o Las frases adicionales, estimula la continuidad del proceso verbal de la entrevista.

o 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:

o Expresiones faciales,

o La forma de estar y la posición corporal,

o Los gestos,

o El contacto físico,

o La forma de hablar.

Las cualidades que debe tener un entrevistador: empatía, calidez, concreción, y respeto.

2.- La observación:

Es el segundo método básico de valoración, la observación sistemática implica la utilización de los sentidos para la obtención de información tanto del paciente, como de cualquier otra fuente significativa Y del entorno, así como de la interacción de estas tres variables. La observación es una habilidad que precisa práctica y disciplina. Los hallazgos encontrados mediante la observación han de ser posteriormente confirmados o descartados.

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

La enfermera utiliza cuatro técnicas específicas: inspección, palpación, percusión y auscultación. las diferentes formas de abordar un examen físico: Desde la cabeza a los pies, por sistemas/aparatos corporales y por patrones funcionales de salud: o 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. o 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.

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

responsabilidad de la enfermera es administrar el tratamiento médico prescrito.

☒ La dimensión interdependiente de la enfermera, se refiere a aquellos problemas o

situaciones cuya prescripción y tratamiento colaboran las enfermeras y otros

profesionales de la Salud. Estos problemas se describirán como problemas

colaborativo o interdependiente, y son complicaciones fisiológicas que las enfermeras

controlan para detectar su inicio o su evolución y colaboran con los otros profesionales para un tratamiento conjunto definitivo

☒ 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. Son los Diagnósticos de Enfermería. (D.E.)

Los pasos de esta fase son:

1. Identificación de problemas: o Análisis de los datos significativos, bien sean datos o la deducción de ellos, es un planteamiento de alternativas como hipótesis o Síntesis es la confirmación, o la eliminación de las alternativas.

Formulación de problemas. Diagnóstico de enfermería y problemas interdependientes.

Investigación: En este momento los Diagnósticos enfermeros pueden contribuir a la consolidación de la disciplina en Enfermería mediante líneas de investigación dirigidas a:

o Determinar la compatibilidad de una taxonomía con cada uno de los modelos

conceptuales.

o Validar en distintos ámbitos culturales las características definitorias y los factores relacionados de los Diagnósticos de Enfermería aceptados.

o Comparar la eficacia de las diversas intervenciones propuestas ante un mismo Diagnóstico.

o Realizar el análisis epidemiológico de los diagnósticos que presenta una población determinada.

o Identificar nuevas áreas de competencia en Enfermería, o completar las ya

identificadas, mediante el desarrollo y validación de nuevos Diagnóstico.

☒ Docencia: la inclusión de los Diagnósticos de Enfermería en el currículum básico

debe iniciarse y continuarse de forma coherente.

Asistencial: El uso de los Diagnósticos en la práctica asistencial favorece la organización y profesionalización de las actividades de enfermería.

☒ Gestión: Algunas de las ventajas que comportan la utilización de los Diagnósticos de

Enfermería en este ámbito son:

o * 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.

o * Permitir, como consecuencia, una mejor distribución de los recursos humanos y materiales.

o * 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.

o * Posibilitar la determinación de los costes reales de los servicios de Enfermería, y consecuentemente, los costes reales de los cuidados brindados

al usuario.

o * Facilitar el establecimiento de criterios de evaluación de la calidad de los

servicios de Enfermería brindados en un centro o institución.

o * Identificar las necesidades de formación para grupos profesionales específicos.

TIPOS DE DIAGNÓSTICOS:

☒ Real: representa un estado que ha sido clínicamente validado mediante características definatorias principales identificables.

☒ Alto Riesgo: es un juicio clínico de que un individuo, familia o comunidad son más vulnerables a desarrollar el problema que otros en situación igual o similar

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

☒ De bienestar: juicio clínico respecto a una persona, grupo o comunidad en

transición desde un nivel específico de bienestar hacia un nivel más elevado

1.4.- TERCERA ETAPA PLANIFICACION DE CUIDADOS

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

problemas detectados. La fase de planeación del proceso de enfermería incluye cuatro etapas:

Etapas en el plan de cuidados

1. Establecer prioridades en los cuidados. Selección.
2. Planteamiento de los objetivos del cliente con resultados esperados. Esto es, determinar los criterios de resultado.

☒ 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.

Para un Diagnóstico de Enfermería posible las intervenciones tratan de recopilar datos adicionales para descartar o confirmar el Diagnóstico. Para los problemas interdisciplinarios tratan de monitorizar los cambios de situación, controlar los cambios de situación con intervenciones prescritas por la enfermera o el médico y evaluar la respuesta.

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.

En esta fase se realizarán todas las intervenciones enfermeras dirigidas a la resolución de problemas (diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes) y las necesidades asistenciales de cada persona tratada.

la continuidad de la recogida y valoración de datos, esto es debido a que por un lado debemos profundizar en la valoración de datos que quedaron sin comprender, 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.

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.

Las distintas áreas sobre las que se evalúan los resultados esperados (criterios de resultado), son según Iyer las siguientes áreas:

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

☒ 2.- Señales y Síntomas específicos

- o * Observación directa
- o * Entrevista con el paciente.
- o * Examen de la historia

☒ 3.- Conocimientos:

- o * Entrevista con el paciente
- o * Cuestionarios (test)

☒ 4.- Capacidad psicomotora (habilidades)

- o * Observación directa durante la realización de la actividad

☒ 5.- Estado emocional:

- o * Observación directa, mediante lenguaje corporal y expresión verbal de emociones.
- o * Información dada por el resto del personal

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

- o * Entrevista con el paciente.
- o * información dada por el resto del personal

Las tres posibles conclusiones (resultados esperados), a las que podremos llegar:

- ☒ - 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.

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.

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.

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

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.

CARACTERISTICAS DE LA HISTORIA CLINICA

- ☒ Debe ser cierta, coherente, entendible.

☒ Debe seguir un orden☒ No puede faltarle datos, aunque sean negativos (Ej: Fuma)

☒ A través de ella obtenemos información para iniciar el razonamiento enfermero. Este razonamiento debe dirigirse a los problemas que plantea el usuario.

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

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.

1. DATOS PERSONALES

- 1.1.- Nombres
- 1.2.- Apellidos
- 1.3.- Edad
- 1.4.- Sexo
- 1.5.- Estado civil
- 1.6.- Domicilio
- 1.7.- Procedencia
- 1.8.- Ocupación
- 1.9.- Estudios
- 1.10.- Religión.

2. MOTIVO DE CONSULTA

Es la razón (signo o síntoma) que lleva al paciente a la consulta.

3. ENFERMEDAD ACTUAL

Es la narración del episodio que motivo a llegar a la consulta; en forma ordenada, cronológica y gramaticalmente correcta.

4. HABITOS

4.1.- Diuresis

4.2.- Dieta

4.3.- Actividad física

4.4.- Tabaquismo

4.5.- Alcohol

4.6.- Drogas

4.7.- Hábitos sexuales.

5. ANTECEDENTES PERSONALES

5.1.- Alergia

5.2.- Asma

5.3.- HTA5

4.- Diabetes

5.5.- Cardiopatías

5.6.- Medicamentos

5.7.- Cirugías previas

5.8.- Enfermedades de la infancia

5.9.- Otros

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.

6.1.- Alergias

6.2.- HTA

6.3.- Diabetes

6.4.- Cardiopatías

6.5.- Cáncer

6.6.- Otra

1.7.- ENTREVISTA CLINICA

Al recoger una historia completa de enfermería, dejaremos que la historia del paciente nos guíe para explorar a fondo los componentes relacionados con sus problemas.

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 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.

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

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.

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, el servicio militar o un nuevo trabajo, o para ingresar a un paciente en un hospital o en una institución de atención de larga estancia. Después de considerar el estado actual del paciente, una enfermera selecciona una exploración física focalizada en un sistema o área específicos. 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

Los espacios de exploración deben estar bien equipados para cualquier procedimiento. Es necesario iluminar correctamente las partes del cuerpo. Se puede proteger la habitación del paciente del hospital para asegurar la intimidad de manera que los pacientes estén cómodos hablando de su enfermedad. Se debe eliminar el ruido adicional y tomar medidas para prevenir interrupciones. La habitación debe estar suficientemente cálida para mantener el confort.

Dependiendo de las partes del cuerpo que se están valorando, puede ser difícil realizar una técnica determinada de valoración cuando un paciente está en la cama o en una camilla. Las camillas especiales de exploración hacen más fácil la colocación y más fácilmente accesibles las zonas del cuerpo. Ayudando a los pacientes a subir y bajar de la camilla de exploración, se pueden evitar las lesiones y prevenir las caídas. Las camillas de exploración pueden ser incómodas; hay que elevar el cabecero de la camilla unos 30 grados. Una pequeña almohada ayuda para la comodidad de la cabeza y el cuello. Si la exploración se realiza en la habitación del paciente, hay que levantar la cama del paciente para poder alcanzarlo más fácilmente.

Equipamiento

La enfermera debe realizar la higiene de manos a fondo antes de manipular el equipamiento y empezar una exploración. Debe disponer el equipamiento necesario de modo que esté fácilmente accesible y sea fácil de utilizar. La enfermera debe preparar el equipamiento como sea apropiado.

Preparación física del paciente

Para mostrar respeto por un paciente, la enfermera debe asegurarse de que las necesidades físicas de confort están satisfechas. 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. Después de explicar las posiciones, la enfermera debe ayudar al paciente a adoptarlas.

Preparación psicológica de un paciente

Una explicación cuidadosa del objetivo y de los pasos de cada valoración permite al paciente saber qué esperar y cómo cooperar. La enfermera debe adaptar las explicaciones al nivel de comprensión del paciente y animarlo a hacer preguntas y comentarios respecto a cualquier malestar. 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.

Las exploraciones pediátricas habituales se centran en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, particularmente para el cuidado de los niños sanos que tienen una crianza competente y no tienen ningún problema de salud serio. Al explorar a los niños, los siguientes consejos ayudan en la recogida de datos:

- Recopilar la mayor información posible sobre los antecedentes de los bebés y niños que podamos obtener de los padres o de los tutores.
- Realizar la exploración en una zona neutra; dar tiempo para jugar con el fin de facilitar un ambiente de confianza.

Ofrecer apoyo durante la exploración y no adoptar posturas críticas.

- Llamar a los niños por su nombre de pila y dirigirse a los padres como «Sr. o Sra.»
- Realizar preguntas abiertas para permitir que los padres compartan más información y describan un poco más los problemas de los niños.
- Tratar a los adolescentes como adultos porque tienden a responder mejor cuando se les trata como tales.

- Recordar que los adolescentes tienen derecho a la confidencialidad.
- No aceptar estereotipos sobre el nivel cognitivo de los pacientes ancianos.
- Tener presente que algunos ancianos tienen limitaciones sensoriales o físicas.
- Realizar la exploración con el espacio adecuado; esto es especialmente importante para los pacientes con ayudas para la movilidad como un bastón o un andador.
- Es estresante dar cierto tipo de información sanitaria a los pacientes ancianos
- Conocer la localización del aseo más cercano por si se da el caso de que el paciente tenga una necesidad urgente de evacuar.
- Estar alerta a las muestras de cansancio creciente como suspiros, muecas, irritabilidad, apoyarse sobre objetos y la cabeza y los hombros caídos

Organización de la exploración

La enfermera llevará a cabo una exploración física mediante la valoración de cada sistema corporal. Debe reflexionar y asegurarse de que una exploración es pertinente e incluye las valoraciones correctas. cuando se ingresa a un paciente en el hospital, la enfermera realizará una exploración completa en el momento del ingreso y por lo menos una vez al día. Las directrices de la institución pueden definir los componentes de una exploración completa.

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.

Lo más importante es ser prudente y prestar atención a los detalles. Se deben

seguir estas pautas para lograr los mejores resultados durante la inspección:

- Cerciorarse de que está disponible la iluminación adecuada, directa o tangencial.
- Utilizar una fuente de luz directa (p. ej., una linterna de bolsillo o una lámpara) para inspeccionar las cavidades de cuerpo.
- Inspeccionar cada zona para valorar tamaño, forma, color, simetría, posición y alteraciones.
- Colocar y exponer las partes del cuerpo según sea necesario de manera que todas las superficies puedan ser vistas pero se pueda mantener la intimidad.
- Cuando sea posible, comprobar para saber si hay simetría de lado a lado comparando cada área con su contraria en el lado opuesto del cuerpo.
- Validar los resultados con el paciente.

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.

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. . Hay que valorar la temperatura del cuerpo usando la superficie dorsal o la parte posterior de la mano. . Hay que valorar la temperatura del cuerpo usando la superficie dorsal o la parte posterior de la mano.

Hay que medir la posición, la consistencia y la turgencia cogiendo ligeramente las partes del cuerpo con las yemas de los dedos.

Antes de la palpación hay que considerar la enfermedad y la capacidad del paciente para tolerar las técnicas de valoración, prestando mucha atención a las zonas que son dolorosas o sensibles. 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.

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. Hay que deprimir la zona bajo exploración aproximadamente 4 cm (usando una o ambas manos (bimanual). Al usar la palpación bimanual, se debe relajar una mano.

El pulso radial se detecta con las yemas de los dedos, la parte más sensible de

la mano. El dorso de la mano detecta variaciones de la temperatura en la piel. La parte huesuda de la palma en la base de los dedos detecta las vibraciones. La piel se pellizca con las yemas de los dedos para valorar la turgencia (mano sensible) y ponerla ligeramente sobre la piel del paciente. La otra mano (mano activa) ayuda a aplicar presión a la mano sensible. La mano de abajo no ejerce presión directa y, por tanto, sigue siendo sensible para detectar las características del órgano.

Percusión

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

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. 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.

Uso y cuidado del estetoscopio

Asegurarse de que la oliva auricular siga el contorno de los conductos auditivos.

- Colocar las olivas auriculares en los oídos con los extremos girados hacia la cara. Soplar ligeramente en el diafragma.
- Poner el diafragma sobre la parte anterior del tórax. Pedir a un amigo que hable en un tono de conversación normal.
- Ponerse el estetoscopio y golpear ligeramente en el tubo. Es a menudo difícil evitar tirar o mover el tubo del estetoscopio.
- Cuidado del estetoscopio: quitar las olivas auriculares regularmente y limpiarlas; quitar el cerumen (cera del oído)
- Control de la infección: bacterias dañinas como los bacilos grampositivos, *Staphylococcus aureus* resistente a la meticilina (SARM), *Staphylococcus no aureus*, *Enterobacter cloacae* y *S. aureus* no resistente a la meticilina pueden ser transmitidos de paciente a paciente al usar equipamiento portátil como los estetoscopios. Limpiar el estetoscopio (diafragma/campana) antes de volver a utilizarlo con otro paciente.

La enfermera debe describir cualquier sonido que se oiga usando las características siguientes:

- La frecuencia indica el número de ciclos de la onda acústica generados por segundo por un objeto que vibra. Cuanta más alta es la frecuencia, más agudo es el tono de un sonido, y viceversa.
- La intensidad hace referencia a la amplitud de una onda acústica. Los sonidos auscultados van de suaves a fuertes.
- La calidad hace referencia a sonidos de frecuencia e intensidad similares de diversas fuentes.

Términos como soplo o gorgoteo describen tipos de sonido.

- La duración es la cantidad de tiempo que persisten las vibraciones. La duración del sonido es corta, media o larga. Las capas de los tejidos blandos ahogan la duración de los ruidos procedentes de los órganos internos profundos.

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

Higiene y aseo personal

Vestido

Afecto y estado de ánimo

Habla

Signos de abuso del paciente.

1.9.- SIGNOS VITALES

Constantes vitales

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. El dolor, considerado la quinta constante vital, también debe ser valorado.

Talla y peso

La talla y el peso reflejan el estado de salud general de una persona. Los lactantes y los niños son pesados y medidos en cada visita de atención sanitaria para valorar que el crecimiento y el desarrollo son saludables. Si los ancianos tienen un peso bajo, es posible que tengan dificultad con la alimentación y otras actividades funcionales. Medir la altura y el peso de los ancianos, junto con la obtención de una historia dietética, muestra los factores de riesgo de enfermedades crónicas.

Una pérdida de peso se considera significativa si el paciente ha perdido más del 5% del peso corporal en un mes o el 10% en 6 meses

Temperatura corporal

Fisiología

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

Producción 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.

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.

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 (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).

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.

1.10.- RECOGIDAS DE MUESTRAS BIOLÓGICAS

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

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.

Preparación física:

Pre medicación enema de limpieza dietas Objetos de metal

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”

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 reesterilizado.

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.

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.

Conclusión

Al leer y comprender un poco más sobre los temas presentados en la unidad, puedo concluir que el proceso de la enfermería ha sido muy extenso desde que empezó a existir y poco a poco se han ido desarrollando e incrementando nuevos y más procesos. Los temas realmente se me han hecho muy importantes que al momento de resumir es complejo poner muy poca información ya que la información presentada es realmente completa y abundante.