

CARRERA DE ENFERMERÍA



PRIMER CICLO

ENFERMERÍA BÁSICA

Copyright 2024 | Instituto Superior Tecnológico Dr. Misael Acosta Solís | Todos los derechos reservados

Autora:

- Dra. Gabriela Oña Velástegui
- Lic. Doménica Cujano Ortiz

Edición:

Primera

Editorial:

Instituto Superior Tecnológico Dr. Misael Acosta Solís

Créditos:

- Lic. Edwin Mullo
- Lic. Mauro Rodríguez

Revisión de contenidos (pares):

- MSc. Mirian Padilla
- MSc. Gabriela Molina

Diseño y diagramación:

- Mgtr. Gabriela Puentes
- Lic. Bryan Daniel Ortega

ISBN: 978-9942-7024-9-4

Riobamba - Ecuador

INTRODUCCIÓN A LA ENFERMERÍA BÁSICA	05
ORIENTACIONES GENERALES PARA EL ESTUDIO	06
OBJETIVO	06
PLANIFICACIÓN DEL APRENDIZAJE	07

08 UNIDAD 1

1. INTRODUCCIÓN A LA ENFERMERÍA	09
INTRODUCCIÓN	09
OBJETIVO	09
1.1. Historia y evolución de la enfermería	10
1.2. Modelos y teorías de enfermería	13
1.3. Contexto actual de la enfermería	24
1.4. Niveles de formación en enfermería	25
1.5. Efectos de la tecnología en los cuidados de enfermería	28
1.6. SALUD Y BIENESTAR	29
1.6.1. Determinantes de la salud	29
1.6.2. Determinantes sociales de la salud	30
1.6.2. Modelos de salud enfermedad	32

37 UNIDAD 2

2. PROCESO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE ENFERMERÍA	38
INTRODUCCIÓN	38
OBJETIVO	38
2.1. Proceso de atención de enfermería	39
2.1.1. Etapas del proceso de atención de enfermería	40
2.1.1.1. Etapa de valoración	41
2.1.1.2. Etapa diagnóstica	54
2.1.1.3. Etapa de planificación	58
2.1.1.4. Etapa de ejecución	66
2.1.1.5. Etapa de evaluación	69
2.2. Patrones funcionales de Marjory Gordon	72
ACTIVIDADES RECOMENDADAS	77

78 UNIDAD 3

3. VALORACIÓN DE SALUD Y SIGNOS VITALES	79
INTRODUCCIÓN	79
OBJETIVO	79
3.1. Valoración de salud por enfermería	80
3.1.1. Información que necesita una enfermera para cuidar	81
3.1.2. Cuestionario a base de los patrones funcionales	89

3.2. Historia clínica	93
3.2.1. Partes de la historia clínica	93
3.2.1.1. Anamnesis	93
3.2.1.2. Exámen físico	96
3.2.1.3. Evolución	97
3.2.1.4. Epicrisis	97
3.2.1.5. Contenido de las notas de enfermería	97
3.3. Signos vitales	99
3.3.1. Temperatura corporal.	99
3.3.2. Frecuencia cardíaca	100
3.3.3. Frecuencia respiratoria	103
3.3.4. Presión arterial	104
3.3.5. Saturación de oxígeno	106
3.3.6. Medidas antropométricas	108
ACTIVIDADES RECOMENDADAS	109

110 UNIDAD 4

4. PROCEDIMIENTOS BÁSICOS DE ENFERMERIA	111
INTRODUCCIÓN	111
OBJETIVO	112
4.1. Procedimientos administrativos	113
4.2. Limpieza y desinfección de las superficies y los espacios	116
4.3. Procedimientos de higiene y confort	119
4.3.1. Tendido de cama	119
4.3.2. Higiene de manos	124
4.4. Necesidades del paciente	127
4.4.1. Baño del paciente y aseo de cavidades	129
4.4.2. Necesidad de alimentación	134
4.4.3. Necesidad de movilización	135
4.5. Administración de medicamentos	138
4.5.1. Medicamentos para administración oral	140
4.5.2. Medicamentos para administración por sonda nasogástrica	141
4.5.3. Medicamentos para administración por vía rectal	141
4.5.4. Medicamentos para administración por vía parenteral	142
ACTIVIDADES RECOMENDADAS	145
BIBLIOGRAFÍA BÁSICA	149
BIBLIOGRAFÍA DE CONSULTA	149

INTRODUCCIÓN A LA ENFERMERÍA BÁSICA

La enfermería básica es un componente fundamental de la carrera de enfermería, ya que proporciona los conocimientos y habilidades esenciales para brindar cuidados básicos de salud a los pacientes. En esta guía, exploraremos la importancia de la enfermería básica en el ámbito de la enfermería, así como las responsabilidades y competencias que implica.

En primer lugar, abordaremos la importancia de la enfermería básica en la atención de enfermería, destacando cómo los conocimientos y habilidades en esta área pueden contribuir a la satisfacción del paciente y a la mejora de los resultados de salud. Aprenderemos cómo la enfermería básica puede complementar los cuidados médicos, brindando asistencia en actividades de la vida diaria, control de signos vitales, administración de medicamentos y curaciones de heridas.

También exploraremos la importancia de la comunicación y la ética en la enfermería básica; aprenderemos cómo establecer una relación terapéutica con los pacientes, respetando su dignidad y confidencialidad. Discutiremos la importancia de la comunicación efectiva y cómo brindar información clara y comprensible a los pacientes sobre su salud y cuidado personal.

A lo largo de este módulo, se presentarán actividades prácticas para aplicar los conocimientos adquiridos en la enfermería básica en el contexto de la atención de enfermería. Los estudiantes aprenderán a realizar procedimientos de higiene y confort, a administrar medicamentos de manera segura, a realizar curaciones de heridas y a comunicarse de manera efectiva con los pacientes y sus familias.

La enfermería básica es esencial para brindar cuidados básicos de salud en el ámbito de la enfermería. Al dominar estos conocimientos y habilidades, podrás brindar una atención de calidad y contribuir al bienestar y recuperación de los pacientes, promoviendo un enfoque integral en el cuidado de su salud.

BIENVENIDOS/AS Y ÉXITOS EN SUS ESTUDIOS

ORIENTACIONES GENERALES PARA EL ESTUDIO

- **Organizar el tiempo:** Establecer un horario de estudio que permita dedicar tiempo específico a la asignatura de Enfermería Básica, dividir el contenido en unidades o temas y asignar un tiempo adecuado para cada uno.
- **Familiarizarse con el plan de estudios:** Revisar el plan de estudios de la asignatura para tener una visión general de los temas que se abordarán, esto permitirá tener claridad sobre los objetivos de aprendizaje y los contenidos que se debe dominar.
- **Tomar notas y subrayar información clave:** Esto ayuda a recordar los conceptos importantes y a tener un material de estudio resumido y fácil de revisar posteriormente.
- **Realizar actividades prácticas:** La enfermería básica implica habilidades prácticas, realizar actividades prácticas, como simulaciones, prácticas o ejercicios de aplicación de conocimientos, permitirá desarrollar habilidades y aplicar los conceptos teóricos aprendidos.
- **Consultar fuentes adicionales:** Como revistas científicas, artículos especializados o bibliografía recomendada por el docente. Esto permitirá obtener información actualizada y complementaria.
- **Mantener una actitud proactiva y constante:** La Enfermería Básica requiere dedicación y constancia. Mantener una actitud proactiva, busca oportunidades de aprendizaje y no dudar en hacer preguntas o pedir ayuda cuando sea necesario.

OBJETIVO

Aplicar el proceso de atención integral de enfermería para el desarrollo de habilidades prácticas necesarias de una forma individualizada con ética y profesionalismo.

PLANIFICACIÓN DEL APRENDIZAJE

CONTENIDOS	ACTIVIDADES DE APRENDIZAJE EN HORAS		
	DOCE	PRACT	AUTO
UNIDAD 1 INTRODUCCIÓN A LA ENFERMERÍA	12	12	12
UNIDAD 2 PROCESO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE ENFERMERÍA	12	12	12
UNIDAD 3 VALORACIÓN DE SALUD Y SIGNOS VITALES	12	12	12
UNIDAD 4 PROCEDIMIENTOS BÁSICOS DE ENFERMERÍA	12	12	12
Total:	48	48	48

UNIDAD 1

INTRODUCCIÓN A LA ENFERMERÍA



1. INTRODUCCIÓN A LA ENFERMERIA

INTRODUCCIÓN

En el campo de la salud, la enfermería desempeña un papel fundamental en la atención y el cuidado de los pacientes. La enfermería es una profesión que se basa en el conocimiento científico, la experiencia clínica y el cuidado humano. En este capítulo, exploraremos los conceptos básicos de la enfermería y su importancia en el sistema de atención médica.

Comenzaremos examinando la evolución histórica de la enfermería, desde sus raíces en la antigüedad hasta su desarrollo como una disciplina profesional reconocida, aprenderemos sobre las figuras clave en la historia de la enfermería y cómo sus contribuciones han influido en la

práctica actual; se abordarán las responsabilidades del enfermero en la promoción de la salud, la prevención de enfermedades, el cuidado directo de los pacientes y la colaboración con otros profesionales de la salud.

No podemos pasar por alto la importancia de la comunicación y la relación terapéutica en la enfermería, aprenderemos cómo establecer una comunicación efectiva con los pacientes, sus familias y otros miembros del equipo de atención médica. También exploraremos las habilidades de escucha activa, empatía y respeto cultural que son fundamentales para proporcionar un cuidado de calidad.

OBJETIVO

Aplicar una evaluación al paciente mediante el conocimiento de los principios que rigen la práctica de enfermería con empatía y respeto.

1.1. Historia y evolución de la enfermería

En siglos pasados los cuidados de enfermería eran ofrecidos por voluntarios con escasa formación, por lo general, mujeres de distintas órdenes religiosas. Durante las Cruzadas, por ejemplo, algunas órdenes militares de caballeros también ofrecían enfermerías, y la más famosa era la de los Caballeros Hospitalarios (también conocida por los Caballeros de san Juan de Jerusalén). En países budistas los miembros de la orden religiosa Shanga han sido tradicionalmente los encargados de los cuidados sanitarios. En Europa, y sobre todo tras la Reforma, la enfermería fue considerada con frecuencia como una ocupación de bajo estatus adecuada sólo para quienes no pudieran encontrar un trabajo mejor, debido a su relación con la enfermedad y la muerte, y la escasa calidad de los cuidados médicos de la época.

La enfermería moderna comenzó a mediados del siglo XIX, uno de los primeros programas oficiales de formación para las enfermeras comenzó en 1836 en, Alemania, a cargo del pastor protestante Theodor Fliedner. Por aquel tiempo otras órdenes religiosas fueron ofreciendo también formación de enfermería de manera reglada en Europa, pero la escuela de Fliedner es digna de mención por haberse formado en ella la reformadora de la enfermería británica Florence Nightingale. Su experiencia le brindó el ímpetu para organizar la enfermería en los campos de batalla de la guerra de Crimea y, más tarde, establecer el programa de formación de enfermería en el hospital Saint Thomas de Londres. La llegada de las escuelas de enfermería de Nightingale y los heroicos esfuerzos y reputación de esta mujer transformaron la concepción de la enfermería en Europa y establecieron las bases de su carácter moderno como profesión formalmente reconocida.

Con la explosión del conocimiento técnico en el campo de la salud después de la II Guerra Mundial, el personal de enfermería ha comenzado también a especializarse en áreas particulares de asistencia sanitaria. Éstas incluyen áreas quirúrgicas, dentales, maternidad, psiquiatría y salud comunitaria. Dentro de cada una de estas especialidades se puede optar por una nueva especialización.

La enfermería se ocupa de los cuidados del enfermo y otros trabajos relacionados con la prevención y la salud pública. Esto abarca las funciones y los deberes a cargo de quienes han recibido formación y preparación en el arte y ciencia de la enfermería, por lo general en la ayuda a los médicos y otros profesionales sanitarios. En la mayoría de los países se considera la enfermería como profesión cualificada para la que se precisa un programa de formación previo al reconocimiento académico. (1)

La formación, en la mayoría de países, dura tres años y comprende formación general en medicina y experiencia práctica trabajando con pacientes bajo la supervisión de enfermeras y enfermeros veteranos. El nivel de la educación sanitaria requerida para una enfermera varía según los países. Al final de la formación, y antes de recibir la diplomatura o título, el estudiante de enfermería tiene exámenes ante los organismos sanitarios o consejos de enfermería, dependiendo de cada país. Una vez obtenida la diplomatura o título se es libre de ejercer la profesión en cualquier país que reconozca las titulaciones, aunque muchos sólo reconocen las propias. (2)

Muchas de las variadas obligaciones del personal de enfermería son de naturaleza técnica, desde la toma de la tensión arterial hasta el manejo de sistemas de soporte vital en unidades de cuidados intensivos. Además, el personal de enfermería debe ser maestro, consejero y administrador, preocupado por la promoción y mantenimiento de la salud de los pacientes, así como por proporcionar los cuidados necesarios cuando éstos se encuentran enfermos.

El personal de enfermería tiene funciones dependientes e independientes. Las primeras son aquellas que deben ser llevadas a cabo bajo las órdenes de un médico, e incluyen actividades como las de administrar medicación, vendar y curar heridas. Las funciones independientes son aquellas que el personal de enfermería lleva a cabo bajo su propio juicio profesional. Entre estas obligaciones se incluyen el lavado de los enfermos, las posturas de los pacientes para prevenir contracturas articulares, la educación a los pacientes para que aprendan a curarse ellos mismo y la asesoría nutricional. (1)

El 12 de mayo, es el día de la Enfermería, en nuestro país se celebra por Decreto expedido por la Junta Militar de Gobierno en mayo 22 en homenaje y reconocimiento de Florence Nightingale, Patrona de la Enfermera.

En Quito se funda la primera escuela de Enfermería en 1914, en la ciudad de Guayaquil la Escuela de Enfermería perteneciente a la Facultad de Medicina de la Universidad de Guayaquil, se funda en 1929, mediante Decreto Ejecutivo No. 27 por el entonces Presidente de la República Dr. Isidro Ayora.

La Escuela de Enfermeras, comienza a funcionar con Plan de Estudios y reglamentos que fueron aprobados el 3 de diciembre de 1930. Se inició con seis alumnas, las que tuvieron que llenar los siguientes requisitos: ser mayores de 18 años, de estado civil soltero, instrucción primaria, presentar certificados de salud y vacuna antivariólica. En el año de 1935, ingresaron a la Escuela de Enfermería, las Hermanas de la Caridad, motivando al personal. En 1957 los directivos consideraron que el número de enfermeras que egresaban de la Escuela era insuficiente para satisfacer las necesidades de salud del litoral y decidieron dar un impulso a la Escuela, para lo cual era necesario reestructurarla. El requisito de ingreso se cambió de primaria a bachilleres.

Se modificó el nombre de la Escuela de Enfermeras por el de Escuela de Enfermería, en 1983 se inicia el diseño del nuevo plan curricular para la Escuela de Enfermería, el mismo que se establece de acuerdo a las necesidades del país y se inicia en 1984 con 4 años, optando el título de Licenciada de enfermería. Los sistemas de salud han cambiado, empujados por innumerables avances científicos, técnicos y sociales.

En siglos pasados fue considerada con frecuencia como una ocupación de bajo estatus adecuada sólo para quienes no pudieran encontrar un trabajo mejor. En la actualidad la enfermería en el Ecuador ha progresado, Manuela de Santa Cruz y Espejo nació en 1757 ella fue una mujer ilustrada y pionera en labores médicas de una mujer en Ecuador. Manuela Espejo es considerada la primera enfermera del país, también tuvo pasión por la lectura y escritura. (2)

1.2. Modelos y teorías de enfermería

Las teorías y modelos conceptuales no son realmente nuevas para la enfermería, han existido desde que Nightingale en 1859 propuso por primera vez sus ideas acerca de la enfermería. Así como Nightingale tuvo sus propias ideas de la enfermería todos los profesionales de enfermería tienen una imagen privada de la práctica de enfermería y esta influye en las decisiones y guía las acciones que tomamos.

La diferencia entre un modelo y una teoría consiste en el nivel de desarrollo alcanzado; las teorías muestran un ámbito menos extenso que los modelos y son más concretas en su nivel de abstracción, se centran en el desarrollo de enunciados teóricos para responder a cuestiones específicas de enfermería.

Entre las teorías se encuentran “La enfermera Psicodinámica” de Hildegard Peplau, “Adopción del papel maternal” de Ramona Mercer y “Modelo de Promoción de la salud” de Nola Pender.

Las teorías son un conjunto de conceptos interrelacionados que permiten describir, explicar y predecir el fenómeno de interés para la disciplina, por lo tanto, se convierten en un elemento indispensable para la práctica profesional, ya que facilitan la forma de describir y explicar y predecir el fenómeno del cuidado.

Niveles de desarrollo de las teorías:

- **Las Metateoría:** se centra en aspectos generales, incluyendo el análisis del propósito, el tipo, la propuesta y la crítica de fuentes y métodos para el desarrollo de la teoría
- **Los Metaparadigmas:** son de contenido abstracto y de ámbito general; intentan explicar una visión global útil para la comprensión de los conceptos y principios clave (por Ej. la Teoría General de Enfermería de Orem o el Modelo de la Adaptación de Roy)
- **Las Teorías de Medio Rango:** tienen como objetivo fenómeno o conceptos específicos, tales como el dolor y el estrés; son de ámbito limitado, pero lo suficientemente generales como para estimular la investigación.

- **Las Teorías Empíricas:** se dirigen al objetivo deseado y las acciones específicas necesarias para su realización, son definidas brevemente.

FLORENCE NIGHTINGALE. “TEORIA DEL ENTORNO”

Florence Nightingale inició su instrucción como enfermera en 1851 en Kaiserwerth, Alemania, su experiencia en el trato con soldados enfermos y heridos durante la Guerra de Crimea, influyó enormemente en su filosofía de la enfermería. Formuló sus ideas y valores gracias a los años de trabajo caritativo en enfermería hospitalarias y militares. Es considerada como la primera teórica de enfermería, la información que se ha obtenido acerca de su teoría ha sido a través de la interpretación de sus escritos. Nightingale instauró el concepto de educación formalizada para las enfermeras. En 1852 Florence Nightingale con su libro “Notas de Enfermería” sentó las bases de la enfermería profesional; Su espíritu de indagación se basa en el pragmatismo.

El objetivo fundamental de su modelo es conservar la energía vital del paciente y partiendo de la acción que ejerce la naturaleza sobre los individuos, colocarlo en las mejores condiciones posibles para que actuara sobre él. Su teoría se centra en el medio ambiente, creía que un entorno saludable era necesario para aplicar unos adecuados cuidados de enfermería.

Ella afirma: “Que hay cinco puntos esenciales para asegurar la salubridad: el aire puro, agua pura, desagües eficaces, limpieza y luz”. Otro de sus aportes hace referencia a la necesidad de la atención domiciliaria, las enfermeras que prestan sus servicios en la atención a domicilio, deben de enseñar a los enfermos y a sus familiares a ayudarse a sí mismos a mantener su independencia, La teoría de Nightingale ha influido significativamente en otras teorías: Teoría de la Adaptación, Teoría de las Necesidades y Teoría del Estrés. (2)

Metaparadigmas:

Persona: ser humano afectado por el entorno y bajo la intervención de una enfermera, denominada por Nightingale como paciente.

Entorno: condiciones y fuerzas externas que afectan a la vida.

Salud: bienestar mantenida. Para Nightingale la enfermedad se contempla como un proceso de reparación instaurado por la naturaleza.

Enfermería: la que colabora para proporcionar aire fresco, luz, calor, higiene, tranquilidad. La que facilita la reparación de una persona.

VIRGINIA HENDERSON. “DEFINICIÓN DE ENFERMERÍA”

Virginia Henderson se graduó en la Army School of Nursing en 1921.

Su interés por la enfermería surgió de la asistencia al personal militar enfermo y herido durante la I Guerra Mundial.

Henderson desarrolla sus ideas motivada por sus preocupaciones sobre las funciones de las enfermeras y su situación jurídica.

En 1955 publicó su “Definición de Enfermería”, en 1966 perfiló su Definición en el libro: “The Nature of Nursing”.

Metaparadigmas:

Persona: individuo que necesita de la asistencia para alcanzar un salud e independencia o para morir con tranquilidad. Considera a la familia y a la persona como una unidad. Influida por el cuerpo y por la mente. Tiene unas necesidades básicas que cubrir para su supervivencia. Necesita fuerza, voluntad o conocimiento para lograr una vida sana.

Entorno: sin definirlo explícitamente, lo relaciona con la familia, abarcando a la comunidad y su responsabilidad para proporcionar cuidados. La sociedad espera de los servicios de la enfermería para aquellos individuos incapaces de lograr su independencia y, por otra parte, espera que la sociedad contribuya a la educación enfermera. (2)

La salud puede verse afectada por factores:

Físicos: aire, temperatura, sol, etc.

Personales: edad, entorno cultural, capacidad física e inteligencia.

Salud: la define como la capacidad del individuo para funcionar con independencia relación con las catorce necesidades básicas, similares a las de Maslow.

- Siete están relacionadas con la fisiología (respiración, alimentación, eliminación, movimiento, sueño y reposo, ropa apropiada temperatura).
- Dos con la seguridad (higiene corporal y peligros ambientales).
- Dos con el afecto y la pertenencia (comunicación y creencias).
- Tres con la autorrealización (trabajar, jugar y aprender).

Enfermería: la define como la ayuda principal al individuo enfermo o sano para realizar actividades que contribuyan a la salud o a la recuperación y hacerlo de tal manera que lo ayude a ganar independencia a la mayor brevedad posible o a tener una muerte tranquila. La persona con suficiente fuerza, voluntad o conocimiento realizaría estas actividades sin ayuda.

Requiere un conocimiento básico de ciencias sociales y humanidades, además de las costumbres sociales y las prácticas religiosas. Ayuda al paciente a satisfacer las 14 necesidades básicas. Implica la utilización de un "plan de cuidado enfermero" por escrito.

Desde nuestro punto de vista esta teoría es congruente, ya que busca la independencia de la persona a través de la promoción y educación en la salud, en las personas sanas y en las enfermas a través de los cuidados de enfermería. (3)

Identificación de tres modelos de función enfermera:

- **Sustituta:** compensa lo que le falta al paciente.
- **Ayudante:** establece las intervenciones clínicas.
- **Compañera:** fomenta la relación terapéutica con el paciente y actúa como un miembro del equipo de salud.

DOROTHEA OREM. “TEORÍA GENERAL DE LA ENFERMERÍA”

La Teoría General de la Enfermería de Dorotea Orem, está compuesta por tres teorías relacionadas entre sí: Teoría del Autocuidado, Teoría del Déficit de Autocuidado y Teoría de los Sistemas de Enfermería.

Metaparadigmas:

Persona: Orem la define como el paciente, un ser que tiene funciones biológicas, simbólicas y sociales, y con potencial para aprender y desarrollarse. Con capacidad para auto conocerse. Puede aprender a satisfacer los requisitos de autocuidado; si no fuese así, serán otras personas las que le proporcionen los cuidados.

Entorno: es entendido en este modelo como todos aquellos factores, físicos, químicos, biológicos y sociales, ya sean éstos familiares o comunitarios, que pueden influir e interactuar en la persona. (2)

Salud: es definida como “el estado de la persona que se caracteriza por la firmeza o totalidad del desarrollo de las estructuras humanas y de la función física y mental”, por lo que la salud es un concepto inseparable de factores físicos, psicológicos, interpersonales y sociales. Incluye la promoción y el mantenimiento de la salud, el tratamiento de la enfermedad y la prevención de complicaciones.

Enfermería como cuidados: el concepto de cuidado surge de las proposiciones que se han establecido entre los conceptos de persona, entorno y salud, si bien incluye en este concepto meta paradigmática el objetivo de la disciplina, que es “ayudar a las personas a cubrir las demandas de autocuidado terapéutico o a cubrir las demandas de autocuidado terapéutico de otros”. Puede utilizar métodos de ayuda en cada uno de los sistemas de enfermería.

FAYE ABDELLAH. “SOLUCION DE PROBLEMAS”

El cuál es el vehículo para la selección de problemas de enfermaría en el proceso de curación del paciente.

Enfermería: es un arte y una ciencia que moldea las actitudes, los aspectos intelectuales y las habilidades técnicas; considera que las actividades de enfermería se llevan a cabo bajo una dirección médica.

Formula 21 problemas de enfermería basados en estudios científicos y su contribución al desarrollo de las teorías de enfermería es el análisis sistemático de los datos recogidos en la formulación y validación de los 21 problemas. (2)

SOR CALLISTA ROY. “MODELO DE ADAPTACIÓN”

La hermana Callista Roy inició su carrera como enfermera en 1963, tras recibir su BS en enfermería en el Mount Saint Mary's College, en los Ángeles, en 1966 obtuvo su MS en enfermería y en 1977 su doctorado en Sociología por la Universidad de California, en los Ángeles. En 1964, Roy comenzó a trabajar en su modelo basándose en el trabajo de Harry Helson en psicofísica e influenciada por la capacidad de los niños para adaptarse a los cambios más significativos.

En 1976 publicó “Introduction to Nursing: An Adaptation Model”, en 1984 publicó nuevamente una versión revisada de su modelo.

El modelo de Roy es determinado como una teoría de sistemas con un análisis significativo de las interacciones. Contiene cinco elementos esenciales: paciente, meta de la enfermería, salud, entorno y dirección de las actividades. Los sistemas, los mecanismos de afrontamiento y los modos de adaptación son utilizados para tratar estos elementos. La capacidad para la adaptación depende de los estímulos a que está expuesto y su nivel de adaptación y este a la vez depende de tres clases de estímulos:

1. **Focales**, los que enfrenta de manera inmediata.
2. **Contextuales**, que son todos los demás estímulos presentes.
3. **Residuales**, los que la persona ha experimentado en el pasado.

Considera que las personas tienen cuatro modos o métodos de adaptación: Fisiológica, auto concepto, desempeño de funciones, y relaciones de interdependencia. El resultado final más conveniente es un estado en el cual las

condiciones facilitan la consecución de las metas personales, incluyendo supervivencia, crecimiento, reproducción y dominio.

La intervención de enfermería implica aumento, disminución o mantenimiento de los estímulos focales, contextuales, y residuales de manera que el paciente pueda enfrentarse a ellos. Roy subraya que, en su intervención, la enfermera debe estar siempre consciente de la responsabilidad activa que tiene el paciente de participar en su propia atención cuando es capaz de hacerlo. Este modelo proporciona un sistema de clasificación de los productores de tensión que suelen afectar la adaptación, así como un sistema para clasificar las valoraciones de enfermería.

Roy define la salud como un proceso de ser y llegar a ser una persona integrada y total; también la considera como la meta de la conducta de una persona y la capacidad de la persona para ser un órgano adaptativo.

El objetivo del modelo es facilitar la adaptación de la persona mediante el fortalecimiento de los mecanismos de afrontamiento y modos de adaptación.

El cuidado de enfermería es requerido cuando la persona gasta más energía en el afrontamiento dejando muy poca energía para el logro de las metas de supervivencia, crecimiento, reproducción y dominio. Incluye valoración, diagnóstico, establecimiento de metas, intervención y evaluación.

El modelo se basa también en la observación y su experiencia con niños, acabando éste en un proceso realizado por inducción. (3)

Metaparadigmas:

Persona: ser biopsicosocial que forma un sistema unificado, en constante búsqueda de equilibrio.

Salud: adaptación resultante de éxito obtenido al hacer frente a los productores de tensión. Ambiente: Condiciones o influencias externas que afectan el desarrollo de la persona. Enfermería: Manipulación de los estímulos para facilitar el éxito del enfrentamiento.

DOROTY JOHNSON. "MODELO DE SISTEMAS CONDUCTUALES"

Dorothy E. Johnson se graduó en Artes en la Armstrong Junior College, en Savannah, Georgia, en 1938. La mayor parte de su experiencia profesional es como docente en la Universidad de California, aunque también incluye puestos como enfermera y asesora en escuelas de enfermería. Johnson publicó su 'Modelo de Sistemas Conductuales' en 1980. En 1968 ya hace una primera propuesta, promueve el "funcionamiento conductual eficiente y efectivo en el paciente para prevenir la enfermedad".

Basó su modelo en la idea de Florence Nightingale acerca de que la enfermería está designada a ayudar a las personas a prevenir o recuperarse de una enfermedad o una lesión. El modelo de Johnson considera a la persona como un sistema conductual compuesto de una serie de subsistemas interdependientes e integrados, modelo basado en la psicología, sociología y etnología. Según su modelo la enfermería considera al individuo como una serie de partes interdependientes, que funcionan como un todo integrado; estas ideas fueron adaptadas de la Teoría de Sistemas.

Cada subsistema conductual tiene requisitos estructurales (meta, predisposición a actuar, centro de la acción y conducta) y funcionales (protección de las influencias dañinas, nutrición y estimulación) para aumentar el desarrollo y prevenir el estancamiento. Son siete Dependencia, Alimentación, Eliminación, Sexual, Agresividad, Realización y afiliación.

El individuo trata de mantener un sistema balanceado, pero la interacción ambiental puede ocasionar inestabilidad y problemas de salud. La intervención de enfermería sólo se ve implicada cuando se produce una ruptura en el equilibrio del sistema. Un estado de desequilibrio o inestabilidad da por resultado la necesidad de acciones de enfermería, y las acciones de enfermería apropiadas son responsables del mantenimiento o restablecimiento del equilibrio y la estabilidad del sistema de comportamiento. Enfermería no tiene una función definida en cuanto al mantenimiento o promoción de la salud. Enfermería es una fuerza reguladora externa que actúa para preservar la organización e integración del

comportamiento del paciente en un nivel óptimo bajo condiciones en las cuales el comportamiento constituye una amenaza para la salud física o social, o en las que se encuentra una enfermedad. (2)

Metaparadigmas:

Persona: colección de subsistemas comportamentales en búsqueda de equilibrio
Salud: Logro del equilibrio del sistema.

Ambiente: insumo de fuentes externas a la persona.

Enfermería: fuerza externa destinada a restablecer la estabilidad del sistema.

HILDEGARD PEPLAU" ENFERMERA PSICODINAMICA"

Es una teoría cuya esencia es la relación humana entre un individuo enfermo o que requiere un servicio de salud y una enfermera educada para reconocer y responder a la necesidad de ayuda.

Metaparadigmas:

Persona: es considerada como un organismo que vive en un equilibrio inestable. La vida es el proceso de luchar por lograr un equilibrio estable, es decir un patrón fijo que no se alcanza si no con la muerte.

Enfermería: se ocupa de las necesidades de salud, de individuos y grupos de la comunidad. Proceso terapéutico interpersonal, que se realiza a través de la relación entre el individuo y la enfermera. (3)

Salud: implica un movimiento hacia delante de la personalidad y otros procesos humanos, en dirección de una vida creativa, constructiva, productiva, tanto a nivel personal como comunitario. Es necesario satisfacer primero las necesidades fisiológicas. En este modelo la relación entre la enfermera y el paciente constituye el aspecto más importante del proceso terapéutico, que se desarrolla en cuatro fases:

1. **Orientación:** el individuo tiene una necesidad y busca ayuda profesional. La enfermera junto con el paciente y los miembros del equipo de salud se ocupa de recolectar información e identificar problemas.
2. **Identificación:** a medida que la interacción entre el paciente y la enfermera avanza, el paciente empieza a expresar los sentimientos relacionados con su percepción del problema y se acerca mucho a las personas que parece ofrecerle ayuda.
3. **Explotación:** esta fase se refiere a tratar de aprovechar los servicios que le ofrecen y utilizarlos al máximo con el fin de obtener la recuperación. La enfermera debe tratar de satisfacer las demandas del paciente a medida que surjan.
4. **Resolución:** implica un proceso de liberación, es preciso resolver las necesidades de dependencia psicológica del paciente y la creación de relaciones de apoyo, para fortalecer su capacidad de valerse por sí mismo.

NOLA PENDER” MODELO DE PROMOCION DE LA SALUD”

Esta teoría identifica en el individuo factores cognitivos-preceptuales que son modificados por las características situacionales, personales e interpersonales, lo cual da como resultado la participación en conductas favorecedoras de salud, cuando existe una pauta para la acción. El modelo de promoción de la salud sirve para identificar conceptos relevantes sobre las conductas de promoción de la salud y para integrar los hallazgos de investigación de tal manera que faciliten la generación de hipótesis comprobables.

Esta teoría continúa siendo perfeccionada y ampliada en cuanto su capacidad para explicar las relaciones entre los factores que se cree influye en las modificaciones de la conducta sanitaria. (3)

Metaparadigmas:

Salud: estado altamente positivo. La definición de salud tiene más importancia que cualquier otro enunciado general.

Persona: es el individuo y el centro de la teoriza. Cada persona está definida de una forma única por su propio patrón cognitivo-perceptual y sus factores variables.

Entorno: no se describe con precisión, pero se representan las interacciones entre los factores cognitivo- preceptúales y los factores modificantes que influyen sobre la aparición de conductas promotoras de salud.

Enfermería: el bienestar como especialidad de la enfermería, ha tenido su auge durante el último decenio, responsabilidad personal en los cuidados sanitarios es la base de cualquier plan de reforma de tales ciudadanos y la enfermera se constituye en el principal agente encargado de motivar a los usuarios para que mantengan su salud personal.

KATHRYN E. BARNARD “MODELO DE INTERACCIÓN PADRE-HIJO”.

Esta teoría procede de la psicología y del desarrollo humano y se centra en la interacción madre niño con el entorno. Esta teoría se basa en los datos empíricos acumulados a través de escalas desarrolladas para cuantificar la alimentación, la enseñanza y el entorno. Resalta la importancia de la interacción madre-hijo y el entorno durante los tres primeros años de vida, permitiendo el desarrollo de definiciones conceptuales y operativas. (3)

1.3. Contexto actual de la enfermería

Los avances médicos y tecnológicos se traducen en una prolongación de la vida y un envejecimiento de la población, vivimos más y mejor, pero necesitamos de más y mejores servicios y prestaciones. Este envejecimiento de la población se traduce en un incremento de la presión asistencial más usuarios en un sistema donde serían necesarios más recursos humanos, tecnológicos y de infraestructura, y donde parece apostarse más por el control de costes y la reorganización de plantillas. Ecuador todavía no alcanza el número de profesionales de Enfermería recomendado por la OMS, que es de 23 a 35 enfermeras por cada 10.000 habitantes.

Se registra un total de 25.900 enfermeras y 17.560 auxiliares de Enfermería a nivel nacional, lo cual representa una tasa del 15 y del 10.14 por ciento por cada 10.000 habitantes, respectivamente, según los datos más actuales del Registro Estadístico de Recursos y Actividades de Salud del INEC.

Entre 2013 y 2015 la tasa de enfermeras y enfermeros creció muy levemente, de 9.66 a 10.05, pero a partir del 2016 el crecimiento se dispara. Lamentablemente, la tasa de las auxiliares de Enfermería no ha seguido la misma tendencia, pues ha aumentado apenas 0.59 por ciento en casi dos décadas.

Esto quiere decir, que entre 2000 y 2019 el Ecuador ha registrado un incremento de 20.901 enfermeras y 5.535 auxiliares de Enfermería, de acuerdo a los indicadores del INEC.

Es decir, se ha registrado un crecimiento constante en la población de enfermeras y de auxiliares de enfermería en los últimos años. Pero la realidad es que el país no ha logrado cubrir con éxito la deuda en cuanto a la cantidad de profesionales de la salud en las diferentes áreas. Esto no es algo muy positivo, ya que el rol del personal de la enfermería es trascendental para el Sistema Nacional de Salud.

Con la pandemia de COVID-19 la relevancia social de la enfermería ha quedado más que comprobada en distintas tareas y áreas. Por ejemplo, para mitigar enfermedades, atención en cuidados intensivos, vacunación y divulgación de medidas de prevención a la ciudadanía. (4)

1.4. Niveles de formación en enfermería

Los cambiantes escenarios económicos, políticos, culturales y ambientales producto del progreso tecnológico, de las comunicaciones; el aumento de la conectividad internacional, de los índices demográficos, las transiciones epidemiológicas, entre otros, han influido en la salud de la población generando necesidades y demandas nuevas hacia las profesiones, las cuales deben adaptarse a estos cambios, incluso anticiparse a ellos. El cuidado, esencia de la disciplina de enfermería, constituye "un verdadero reto" en un mundo globalizado; en ese

sentido, los establecimientos de educación superior deben adaptar sus planes curriculares para poder hacer frente a los nuevos cambios que se avistarán.

Enfermería, gracias a una producción ascendente de conocimientos, ha evolucionado como disciplina, lo que le ha permitido estructurar un cuerpo de conocimientos propios, sin cuya existencia el desarrollo disciplinar se vería estancado. Los puntos anteriores han sido reconocidos y promovidos en la estructura curricular de Enfermería en América Latina, formando profesionales con el grado de Licenciado, los cuales presentan diversas competencias, como la de investigación, donde desarrollan el pensamiento crítico que les permite realizar juicios y tomar decisiones fundadas; competencias en el ámbito asistencial, que los facultan para dar cuidado integral al individuo, la familia y la comunidad, con un enfoque humanista; también se destaca la formación de competencias en el ámbito de la gestión, la administración, la educación y la ética.

Sin embargo, y a pesar de los adelantos y la globalización, aún la formación del licenciado es disímil en los países de América Latina, e incluso al interior de los mismos. Las causas pueden ser de diversa índole: sociocultural, política, económica, ya que cada país ostenta un desarrollo económico y cultural diverso, con necesidades específicas y realidades únicas, siendo necesario reconocer también la responsabilidad que les corresponde a los propios enfermeros docentes, que forman a los futuros profesionales. Por otro lado, esta heterogeneidad también puede deberse a que la formación universitaria de la enfermera es un proceso que se ha desarrollado en "diferentes épocas"; lo cierto es que en la estructura de los países existen diversos niveles de formación profesional para satisfacer esas necesidades. Cualquiera sea el origen, esta heterogeneidad puede ser un factor que impide a la disciplina su crecimiento y desarrollo, así como también a la profesión, y produce en esta última área una diferenciación de las funciones de cada uno de los niveles de enfermería, así como en las responsabilidades de cada cual frente a los cuidados otorgados. Se reitera así lo expresado por Carvalho, quien señalaba que lo realmente importante es formar con un perfil profesional adecuado, que sea capaz de enfrentar y satisfacer las necesidades que traen consigo los desafíos de nuestro tiempo. La educación

profesional y la preparación de los recursos humanos para el campo laboral y para la vida es y será un asunto en constante "cuestión", quizás más en el campo de la salud, donde los cambios son periódicos y la satisfacción de los problemas de salud va más allá del ámbito de acción de esta.

Un estudio realizado en nueve facultades y escuelas de enfermería de países latinoamericanos pertenecientes a la Asociación Latinoamericana de Escuelas y Facultades de Enfermería (Aladefe), denominado "Innovación en la formación del licenciado en enfermería", describe que el perfil del licenciado "se orienta hacia un profesional generalista, capacitado para la asistencia integral del individuo, familia y comunidad, la gestión y administración, investigación y educación". Por otro lado, una característica que distingue al profesional de enfermería con carácter de licenciado, del técnico o auxiliar de enfermería, es la capacidad de usar el razonamiento científico en el análisis de problemas de su marco disciplinar.

Así, como se expuso, la formación de los profesionales de enfermería en las distintas regiones de América Latina no es homogénea, es producto de un proceso que se desarrolló en "diferentes épocas", que se estructura con base en diversos "niveles de formación", los cuales no solo varían entre países, sino además al interior de un mismo país. Generalmente existen tres o más categorías de personal, y se carece muchas veces de límites claros en las acciones que desarrollan en el campo ocupacional. Esta heterogeneidad entraña poca claridad en la delimitación de funciones, interfiere en el costo-eficacia del cuidado de enfermería y es probablemente una de las causas del deterioro en el posicionamiento y la imagen social del grupo profesionales. Resulta interesante entonces conocer la realidad de la obtención del grado de Licenciado en enfermería en América Latina y, de eso modo, contribuir a una mejor comprensión de la propia formación.

PAÍSES	NIVELES DE FORMACIÓN
Colombia, Chile, Ecuador, Panamá, Uruguay,	Enfermero profesional Licenciado en enfermería Técnico nivel superior Auxiliar de enfermería
Bolivia, Argentina, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, Paraguay, Perú, República Dominicana, Venezuela	Licenciado enfermería Enfermeros, enfermero nivel técnico superior, enfermero nivel medio universitario, bachiller o diplomada en enfermería, enfermeras con grado de tecnóloga o técnica Auxiliares de enfermería, auxiliar comunitario técnico medio en enfermería
Brasil, Cuba	Licenciado en enfermería Enfermero técnico, enfermero básico, técnicos medios Técnico en enfermería Auxiliar en enfermería
Puerto Rico	Enfermera especialista Enfermera generalista Enfermera asociada Enfermera practica licenciada en enfermería
México	Enfermera especialista Licenciada en enfermería Enfermera técnica especializada Enfermera técnica Enfermera profesional
Nicaragua	Enfermera con maestría Enfermera con licenciatura Enfermera especialista o con posbásico Enfermera profesional o general

	Enfermera básica o técnico medio Técnica quirúrgica Auxiliar de enfermería
--	---

Tabla 1. Niveles de formación de enfermería en América Latina (5)

1.5. Efectos de la tecnología en los cuidados de enfermería

La visión de la tecnología como herramienta de ayuda destinada a mejorar las condiciones de las personas influye en múltiples aspectos de la asistencia y del cuidado. La tecnología en enfermería y en los cuidados abarca; el papel de la enfermera como nexo de unión entre la tecnología y el paciente, la aplicación de una ética del cuidado, la capacitación del manejo de la tecnología y la educación en distintos ámbitos. La falta de manejo junto a problemas de funcionamiento puede provocar ansiedad y estrés en las enfermeras, el uso de la tecnología dentro de la formación de profesionales de enfermería, refuerza las habilidades con las que se llegue a la práctica clínica o a las instituciones, favoreciendo la adaptación al entorno laboral. El innovar no solo depende de las instituciones de salud, la implementación de las nuevas tecnologías, busca que los profesionales vean una oportunidad para el crecimiento profesional y que se interesen por el desarrollo de proyectos que vayan encaminadas al uso y su aplicación. La tecnología es un elemento neutro, son las actuaciones de la enfermera lo que determina la presencia de aspecto positivos o negativos asociados a la aplicación de tecnología. (6)

1.6. SALUD Y BIENESTAR

La salud y el bienestar no son simplemente la ausencia de enfermedad y malestar. El estado de salud de una persona, el bienestar o la enfermedad dependen de los valores individuales, la personalidad y el estilo de vida.

El modelo de creencia de salud tiene en cuenta la relación entre las creencias de salud de una persona y las conductas de salud.

1.6.1. Determinantes de la salud

Los determinantes del estado de salud de la población han estado sometidos a las contingencias históricas de la especie humana, abarcan desde factores ambientales, biológicos, conductuales, sociales, económicos, laborales, culturales y, por supuesto los servicios sanitarios como respuesta organizada y especializada de la sociedad para prevenir la enfermedad y restaurar la salud. (6)

Marc Lalonde, ministro de sanidad canadiense, en el documento Nuevas Perspectivas de la Salud de los canadienses (1974), enunció un modelo que ha tenido gran influencia en los últimos años y que establece que la salud de una comunidad está condicionada por la interacción de cuatro grupos de factores.

1. El Medio Ambiente: que incluye factores que afectan al entorno del hombre y que influyen decisivamente en su salud, son los relativos no sólo al ambiente natural, sino también y muy especialmente al entorno social.

2. Los estilos y hábitos de vida: en el que se consideran los comportamientos y hábitos de vida que condicionan negativamente la salud. Estas conductas se forman por decisiones personales y por influencias de nuestro entorno y grupo social.

3. El sistema sanitario: entendiendo como tal al conjunto de centros, recursos humanos, medios económicos, materiales y tecnologías, etc., condicionado por variables como la accesibilidad, eficacia y efectividad, centros y recursos, así como la buena praxis y cobertura, entre otros.

4. La biología humana: se refiere a la carga genética y los factores hereditarios, adquieren gran relevancia a partir de los avances en ingeniería genética logrados en los últimos años que abren otras posibilidades y que en su aspecto positivo podrán prevenir enfermedades genéticamente conocidas, pero que plantean interrogantes en el terreno de la bioética y las potenciales desigualdades en salud dados los costos que estas prácticas requieren. (7)

1.6.2. Determinantes sociales de la salud

En años más recientes se sostiene con mayor fuerza que las condiciones sociales influyen fuertemente en la posibilidad de tener una buena salud. La Comisión de Determinantes Sociales de la Salud (CDSS) de la OMS, en el año 2008 definió a los Determinantes Sociales de la Salud como “las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud”. Esas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, la cual depende a su vez de las políticas adoptadas; la distribución desigual se traduce en grandes diferencias en materia de salud entre países desarrollados y los que están en vías de desarrollo. A la par, al interior de las naciones puede haber marcadas desigualdades entre estados, regiones y localidades e incluso entre diferentes grupos poblacionales. Estas diferencias configuran el estado de salud de cada individuo a través de su repercusión sobre determinantes intermedios, como las condiciones de vida, estilos de vida, circunstancias psicosociales, factores conductuales o biológicos y el propio sistema de salud.

1. **Estructurales y/o sociales:** se refiere a aquellos atributos que generan o fortalecen la estratificación de una sociedad y definen la posición socioeconómica de la gente. Estos mecanismos configuran la salud de un grupo social en función de su ubicación dentro de las jerarquías de poder, prestigio y acceso a los recursos. El adjetivo "estructural" recalca la jerarquía causal de los determinantes sociales en la generación de las inequidades sociales en materia de salud. Son aquellos que tienen que ver con: posición social, género, raza y grupo étnico, acceso a la educación y al empleo.
2. **Intermedios y personales:** Los determinantes intermedios se distribuyen según la estratificación social y determinan las diferencias en cuanto a la exposición y la vulnerabilidad a las condiciones perjudiciales para la salud. Las principales categorías de determinantes intermedios de la salud son:
 - **Circunstancias materiales:** calidad de la vivienda y del vecindario, posibilidades de consumo (medios financieros para adquirir

alimentos saludables, ropa apropiada, etc.) y el entorno físico de trabajo.

- **Circunstancias psicosociales:** factores psicosociales de tensión, circunstancias de vida y relaciones estresantes, apoyo y redes sociales.
- **Factores conductuales y biológicos:** nutrición, actividad física, consumo de alcohol, tabaco y drogas; los factores biológicos también incluyen los factores genéticos.
- **Cohesión social:** la existencia de confianza mutua y respeto entre los diversos grupos y sectores de la sociedad; contribuye a la manera en que las personas valoran su salud.
- **Sistema de salud:** exposición y vulnerabilidad a los factores de riesgo, acceso a los servicios y programas de salud para mediar las consecuencias de las enfermedades para la vida de las personas. (7)

1.6.2. Modelos de salud enfermedad

Modelo Mágico-Religioso:

Para esta propuesta, la enfermedad resulta de fuerzas o espíritus; representa un castigo divino, o bien se trata de un estado de purificación que pone a prueba la fe religiosa. Las fuerzas desconocidas y los espíritus (benignos y malignos) constituyen las variables determinantes y condicionantes del estado de salud-enfermedad que priva en un individuo o en una sociedad. Este modelo facilita la aceptación de la muerte inminente pero también circunscribe la prevención a la obediencia de normas y tabúes, y la curación a la ejecución de ritos. Su principal desventaja es que impide el avance cognoscitivo a la vez que fomenta la actividad pasivo-receptiva del hombre. Como seguidores de este modelo podemos nombrar a las sociedades primitivas, desde la edad media hasta la actualidad, teniendo como representantes a chamanes, brujos, curanderos, sacerdotes y espiritistas. (6)

Modelo Sanitarista

Para este modelo, la salud-enfermedad es consecuencia de las condiciones insalubres que rodean al hombre, en este sentido, las condiciones ambientales son los determinantes primarios, promoviendo la introducción de medidas de saneamiento contra los índices de morbi- mortalidad. La principal limitante de este modelo, es el hecho de que no contempla los factores sociales que determinan la prevalencia de condiciones de vida insalubres para las diferentes clases sociales. (6)

Modelo Social

El elemento central de análisis que propone este modelo, es que la salud-enfermedad se genera en las condiciones de trabajo y de vida del hombre y de cada conjunto poblacional. Introduce como variables determinantes el estilo de vida, factores del agente y factores del ambiente. Privilegia a lo social como el factor más importante, factor que explica la aparición y el rol de otros factores participantes. Su problema fundamental es que, en su aplicación como herramienta de análisis, se corre el riesgo de reducir la complejidad real del proceso salud-enfermedad a la problemática de las relaciones sociales. (6)

Modelo Unicausal

La salud-enfermedad es la respuesta a la presencia activa de agentes externos. Constituye un fenómeno dependiente de un agente biológico causal y de la respuesta del individuo, donde se busca el agente patógeno o el factor causal de cada enfermedad. Este modelo permitió la investigación de medidas de control y de fármacos que revolucionaron el tratamiento individual del enfermo; no obstante, no explica por qué el mismo agente no produce siempre enfermedad por lo que descifra de manera parcial las causas de la enfermedad sin aclarar el rol de otros factores. (6)

Modelo Multicausal

La influencia simultánea de factores que corresponden al agente, al huésped y al ambiente, son en primera instancia los condicionantes del estado de salud que

guarda el individuo o un conjunto poblacional. A través del análisis de las variables que incluye este modelo se pueden conocer más de un factor participante en el fenómeno de estudio, sobre los cuáles se puede actuar preventivamente. Como principal desventaja, aparece el hecho de que no establece el peso específico de cada factor y continúa un énfasis sobre lo biológico e individual, mientras que lo social aparece incluido en el entorno. (6)

Modelo Epidemiológico

Incorpora el modelo multicausal para el estudio de la salud-enfermedad colectiva e introduce la red de causalidad, donde el elemento central de análisis es la identificación de los factores de riesgo, elemento que constituye su mayor ventaja. Su limitación fundamental es de acuerdo a esta propuesta, el valor de cada factor de riesgo depende de la distancia y del tamaño del efecto en la red de causalidad, además de que lo biológico y lo social aparecen como factores indiferenciados. (7)

Modelo Ecológico

Para el modelo ecológico, teniendo como principal representante a su SER, la salud enfermedad resulta de la interacción agente- -huésped-ambiente en un contexto tridimensional que descubre tanto las relaciones de factores causales entre sí, como las relaciones directas con el efecto. Si bien es cierto, este modelo retoma el análisis de las mismas variables que incluye el modelo multicausal, también es cierto que su abordaje permite asignar un valor específico a cada factor involucrado en el proceso de estudio. Esta propuesta no explica la génesis de perfiles diferenciales de salud-enfermedad ya que carece de conceptos y métodos adecuados para abordar lo social. (6) (7)

Modelo Histórico-Social

Desde la perspectiva de esta propuesta, existen perfiles diferenciales de salud-enfermedad que guardan una estrecha relación con el contexto histórico, el modo de producción y las clases sociales. Todos los factores causales se permean por lo social-histórico. Introduce cinco variables fundamentales para el análisis del

objeto de estudio: la dimensión histórica, la clase social, el desgaste laboral del individuo, la reproducción de la fuerza de trabajo y la producción del individuo. Su aporte especial es que incorpora la dimensión histórica-social al análisis epidemiológico, a la vez que aporta nuevas categorías de análisis y cuestiona la eficacia de la prevención y control de la salud-enfermedad manteniendo intactas las relaciones de explotación que la generan. Al igual que el modelo social, en su aplicación existe el riesgo de reducir la complejidad real a la problemática de las relaciones sociales y de la dimensión histórica. (6) (7)

Modelo Geográfico

La enfermedad resulta de la interacción de factores patológicos y factores propios del ambiente geográfico (factores neógenos); privilegia el ambiente geográfico como factor determinante del proceso salud-enfermedad. Aunque contempla el factor social como parte de los factores neógenos no da la suficiente importancia como determinante del proceso.

Modelo Económico

Incorpora la teoría del capital humano en los determinantes de la salud enfermedad y conceptualiza a la salud como un bien de inversión y de consumo para estar alerta ante la enfermedad. Para esta propuesta el ingreso económico, los patrones de consumo, los estilos de vida, el nivel educativo y los riesgos ocupacionales son las variables que entran en juego en el análisis de los determinantes de la salud y la enfermedad. Incorpora y justifica el valor económico en el estudio del proceso en cuestión y da una visión más amplia del determinante social. Bajo esta perspectiva existe el riesgo de tomar una posición reduccionista hacia lo económico, ya que se plantea un exceso de racionalidad en el análisis de los determinantes. (6) (7)

Modelo Interdisciplinario

El estado de salud-enfermedad, tanto a nivel individual como social, resulta de la interacción de factores que se abordan de manera interdisciplinaria y que operan jerárquicamente en diferentes niveles de determinación. Existen determinantes

básicos a nivel sistémico (ambiente, genoma, etc.), determinantes estructurales a nivel socio-estructural (estratificación social, mecanismo de redistribución de la riqueza, etc.), determinantes próximos a nivel institucional-familiar (estilos de vida, sistemas de salud, etc.) y, a nivel individual el propio estado de salud. La principal ventaja de esta propuesta es que intenta proponer un enfoque integral para el estudio de los determinantes del proceso de estudio (factores demográficos, epidemiológicos, económicos, sociales, políticos, etc.); su principal desventaja es que al igual que otros modelos, no desagrega la influencia de los factores que considera y por lo tanto parece ser que no pondera el valor específico de cada determinante. (8)

ACTIVIDADES RECOMENDADAS

Escribir un ensayo sobre las figuras clave en la historia de la enfermería, como Florence Nightingale, Clara Barton o Mary Seacole.

UNIDAD 2

PROCESO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE ENFERMERÍA



2.PROCESO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE ENFERMERÍA

INTRODUCCIÓN

El proceso de atención integral de enfermería es un enfoque sistemático y organizado para brindar cuidados de salud de calidad a los pacientes. En este tema, exploraremos los componentes y etapas del proceso de atención integral de enfermería, así como su importancia en la práctica de enfermería.

A continuación, analizaremos las etapas del proceso de atención integral de enfermería. Estas etapas incluyen la valoración, el diagnóstico, la planificación, la implementación y la evaluación, aprenderemos cómo cada etapa se interrelaciona y se basa en la información recopilada en etapas anteriores para brindar una atención integral y efectiva.

Dedicaremos tiempo a comprender la importancia de la valoración en el proceso de atención integral de enfermería. Discutiremos cómo recopilar datos relevantes sobre la salud del paciente, incluyendo su historia médica, signos vitales, síntomas y factores de riesgo.

Se explorará el diagnóstico de enfermería, que implica la identificación de problemas de salud reales o potenciales del paciente, abordaremos la planificación de cuidados de enfermería, que implica establecer metas y objetivos específicos para abordar los problemas de salud identificados.

OBJETIVO

Elaborar un plan de cuidado individualizado interpretando los pasos y componentes del Proceso de Atención Integral de Enfermería con actitud responsable y compromiso.

2.1. Proceso de atención de enfermería

Es el método que guía el trabajo profesional, científico, sistemático y humanista de la práctica de enfermería, centrado en evaluar en forma simultánea los avances y cambios en la mejora de un estado de bienestar de la persona, familia y/o grupo a partir de los cuidados otorgados por la enfermera. Es el camino que asegura la atención de alta calidad para la persona que necesita los cuidados de salud que le permitan alcanzar la recuperación, mantenimiento y progreso de salud.

En un inicio se lo conocía como Proceso Enfermero (P.E), el cual se definía como: “una forma ordenada y sistemática de determinar, los problemas de un individuo, formulando y realizando los planes para resolverlos, llevarlos a cabo y evaluar hasta qué punto estos planes resultan eficaces para solucionar los problemas identificados”.

Por otra parte, para Kneedler y Fehlau, el proceso enfermero representa: “una serie sistemática de acciones, cambios o funciones que conducen a un resultado específico. Es la aplicación de la solución a los problemas de Enfermería y del paciente, la planificación y la ejecución sistemática de la atención de Enfermería.”

Un carácter más amplio y abierto del P.E parece mostrarse en otras definiciones, por ejemplo: Yura y Walsh lo consideran como la fórmula fundamental de la práctica de Enfermería y lo definen así: “es una serie diseñada de acciones encaminadas a conseguir los objetivos de enfermería, mantener el bienestar del cliente y, si cambia su estado de salud, darle la cantidad y calidad de cuidados de enfermería que mejoren su situación para devolverle el bienestar. Si este bienestar no puede ser conseguido, el proceso enfermero contribuirá a la calidad de vida del cliente, aplicando al máximo sus recursos”

Una definición más aceptada en el lenguaje enfermero, es la modificada por M. Phaneuf: “es un proceso intelectual, deliberado, estructurado de acuerdo con una serie de etapas ordenadas lógicamente, que se utiliza para planificar unos cuidados de calidad personalizados en los cuales el profesional aplica los conocimientos científicos y habilidades prácticas para conseguir el mayor bienestar del sujeto de atención. (9)

Características:

El proceso de Atención de Enfermería como método de resolución de problemas presenta características que lo distinguen, tales como:

- Es sistemático, no deja nada al azar.
- Es dinámico, permanece en continuo cambio.
- Es interactivo, permite la colaboración constante entre la enfermera y el paciente.
- Es flexible, se adapta a cualquier circunstancia de cuidados.
- Requiere un modelo conceptual que le dé sentido.
- Se orienta a unos objetivos claros y precisos.
- Es un elemento esencial para la historia de salud de los sujetos, objeto de cuidados.
- Se halla dentro del ámbito legal de la Enfermería.
- Basado en conocimientos científicos.
- Exige una planificación con cuidados centrados en la persona y jerarquizado por prioridades. (9)

2.1.1. Etapas del proceso de atención de enfermería

La configuración del proceso en etapas se inicia entorno al año 1955, cuando Lydia Hall lo describe como: “un proceso en partes”. A partir de ese momento aparecerán diversas propuestas de división del P.A.E en etapas que van evolucionando de manera que estas propuestas pasan de presentar el proceso dividido en tres etapas a las cinco.

La división del P.A.E en etapas es un hecho que debe considerarse “artificial”, como lo afirma Phaneuf y fruto de la necesidad de enseñar y de aprender dicho proceso. Las etapas no deben ser compartimentos cerrados ni tampoco indicadores de una secuencia de acciones que no pueden ser rotas, sino por lo contrario, las etapas son dinámicas y en cualquier momento el profesional de Enfermería puede modificarlas, tanto en su secuencia como su aplicación. Sin

embargo, hay que recalcar que las etapas mantienen una relación íntimamente estrecha debido a que:

- Existe un constante intercambio que permite circular por todas ellas en una doble dirección.
- La evaluación lleva a la actualización de la información sobre el usuario y, por lo tanto, a la posibilidad de revalorar, plantear un nuevo diagnóstico, y consecuentemente a planificarlo y ejecutarlo.
- Es posible una comunicación continua entre las etapas: no hay ninguna situación que se produzca en una de ellas sin que no tenga una repercusión inmediata sobre el resto.

Este fenómeno de retroalimentación es el motivo por el cual se afirma que cualquier división que se haga del P.A.E será siempre una división artificial.

Por otro lado, a medida que la enfermera/o va adquiriendo experiencia y práctica en la utilización del proceso, su actuación sobre el usuario es global y simultáneamente valora, diagnostica, planifica, ejecuta y evalúa. Murray y Atkinson afirman que: “la enfermera utiliza estos cinco pasos en toda interacción con el paciente, por más breve que sea el contacto. Las enfermeras expertas han denominado este proceso en tan alto grado que incluso aplican inadvertidamente cada uno de los pasos.”

El proceso de acuerdo a las normativas actuales posee cinco etapas sucesivas, estas son:

2.1.1.1. Etapa de valoración

Cuando se va a realizar cualquier acción, se necesita obtener información que permita identificar su necesidad y las características que debe tener. La etapa de valoración permite precisamente esto, valorar la situación del sujeto en el proceso de cuidar en Enfermería. Pone de manifiesto el carácter autónomo de la actuación, que exige dotarse de información suficiente para dar una respuesta profesional a la demanda de cuidados y ayuda a adaptar la respuesta a cada uno de ellos y modificarlas si fuese necesario.

La valoración es la primera etapa del proceso de cuidados enfermeros. El paralelismo que mantienen dichos procesos y el método científico permite identificar de manera inmediata las características de esta etapa y su finalidad: identificar la respuesta del sujeto.

Definición de Valoración: según Phaneuf, es un proceso organizado, deliberado y sistemático de recolección de información pertinente sobre el usuario, la familia o comunidad que requiere la atención; con el propósito de identificar datos relevantes para determinar los problemas, necesidades, respuestas humanas y riesgos. (9)

Fases de la etapa de valoración

Este proceso de valoración se concreta en tres fases: recogida de datos; análisis y síntesis; e identificación de la respuesta.

a. Fase de recogida de datos:

Esta fase tiene la finalidad de definir la situación (estado de salud, patrones de afrontamiento y estado funcional presentes y pasados; respuestas del tratamiento; riesgos y problemas potenciales y el deseo de alcanzar un nivel mayor de bienestar) para poder prestar atención a los individuos, familia y la comunidad.

Tipos de datos:

- **Datos objetivos:** consiste en la información perceptible para los sentidos y para las personas. Ejemplo: fiebre, hemorragia, etc.
- **Datos subjetivos:** información únicamente percibida por la persona afectada, no susceptible de percepción por otra. Ejemplo: cefalea, náuseas, cansancio, etc.
- **Datos históricos y de antecedentes:** hechos que han ocurrido con antelación. Ejemplo: hospitalizaciones anteriores, enfermedades previas o crónicas.
- **Datos actuales:** estos que evidencian los problemas de salud actual del sujeto de atención.

Hay que tener en cuenta que los datos pueden ser: actuales + objetivos (signos vitales al momento de la valoración); actuales+ subjetivos (síntomas del sujeto al momento de la valoración); históricos + objetivos (antecedentes de intervención quirúrgica evidenciada por una cicatriz); históricos + subjetivos (expresiones del sujeto sobre sentimientos vividos en el pasado relacionados con su situación de salud como hábitos abandonados). (8)

Criterios de valoración:

- **Criterio de valoración céfalo-caudal:** sigue el orden de valoración de los diferentes órganos del cuerpo humano comenzando por la cabeza y terminando en los pies.
- **Criterio de valoración por sistemas y aparatos corporales:** se valora el aspecto general, signos vitales, peso, talla y a continuación cada sistema y aparato de forma independiente comenzando por las zonas más afectadas.
- **Criterio de valoración por patrones funcionales de salud,** este es el más apropiado para el campo enfermero, debido a que está desarrollado por profesionales de la rama y el utilizado por la NANDA (North American Nursing Diagnosis Association.) los patrones funcionales de salud son 13:
 - ✓ **Patrón/ dominio 1:** promoción de la salud.
 - ✓ **Patrón/ dominio 2:** nutrición.
 - ✓ **Patrón/ dominio 3:** eliminación/ intercambio.
 - ✓ **Patrón/ dominio 4:** actividad/ reposo.
 - ✓ **Patrón/ dominio 5:** percepción/ cognición.
 - ✓ **Patrón/ dominio 6:** autopercepción (auto concepto).
 - ✓ **Patrón/ dominio 7:** rol/ relaciones.
 - ✓ **Patrón/ dominio 8:** sexualidad (reproducción).
 - ✓ **Patrón/ dominio 9:** afrontamiento / tolerancia al estrés.
 - ✓ **Patrón/ dominio 10:** principios vitales (valores y creencias).
 - ✓ **Patrón/ dominio 11:** seguridad / protección.
 - ✓ **Patrón/ dominio 12:** confort.

- ✓ **Patrón/ dominio 13:** crecimiento / desarrollo

Fuentes de datos:

- **Fuente primaria:** como lo es el paciente.
- **Fuente secundaria:** como expediente clínico, la familia, personas relacionadas con el sujeto, otros miembros del equipo de salud así también fuentes bibliográficas complementarias que permitan reforzar la información obtenida.

Métodos empleados para la recopilación de datos:

- **Método de la entrevista clínica:** consiste en una conversación con un propósito, por lo general, cara a cara y en la que participan al menos dos personas. El entrevistador (profesional de enfermería) busca información, mientras que el entrevistado (usuario) es la persona de quien espera obtener la información. La entrevista tiene cuatro finalidades fundamentales:
 - ✓ Obtener información específica y necesaria para el diagnóstico de enfermería y la planificación de los cuidados.
 - ✓ Facilitar la relación entre enfermero/a y paciente.
 - ✓ Permitir la paciente informarse y participar en la identificación de sus problemas, así como en el planteamiento de los objetivos.
 - ✓ Ayuda al enfermero/a, a determinar que otras áreas requieren un análisis específico a lo largo de la valoración. (8)

La entrevista clínica está conformada por tres partes: la iniciación (centrada en un ambiente agradable con el fin de lograr una relación interpersonal enfermero- sujeto de atención positiva); el desarrollo o cuerpo (su finalidad es la obtención del mayor número de datos a través de la conversación) y finalmente el cierre (no se debe incorporar nuevos datos, siendo importante resumir los datos más relevantes).

El profesional de Enfermería debe poseer ciertas cualidades que le permitan garantizar una entrevista exitosa, tales como: empatía, calidez,

apego, respeto, concreción, autenticidad y sobre todo la capacidad de comunicación, que involucre técnicas verbales y no verbales como la gestualidad, el contacto físico; en lo posible esta conversación se debe efectuar en un lugar propicio, es decir, en un ambiente fuera de ruidos evitar interferencia de tipo cognitivo, emocional y social que dificulten la conversación durante la entrevista. (6)

- **Método de observación:** la observación es una habilidad que tiene que desarrollarse, necesita conocimientos y práctica, está presente a lo largo de todo el proceso. A pesar de estar considerada como el segundo método de la valoración. Implica la utilización de los cinco sentidos: audición, olfato, tacto, visión y gusto; para la obtención de la información. La observación conforma:
 - ✓ **La selección:** da prioridad a aquellos datos de relevancia y descarta aquellos que no aporten la información pertinente.
 - ✓ **El desencadenamiento:** se refiere al papel que desempeña el observador. Un observador puede no tener influencia sobre el observado ni sobre su comportamiento, pero puede desencadenar el comportamiento que pretende observar. Este aspecto le confiere un carácter ético a la observación.
 - ✓ **El cifrado:** es la dimensión de los datos, es decir, la observación puede ser sencilla o compleja.
 - ✓ **El registro de datos:** todos los datos se recogen por escrito para poder ser revisados en cualquier momento. El registro debe ser inmediatamente después de la observación para no perder ningún aspecto de interés.

Los datos que puede obtenerse mediante la observación incluyen: aspecto general y dentro de este están la primera impresión; expresión facial; higiene, pulcritud y prolijidad; vestimenta; postura y movilidad. (8)

- **Método de exploración o examen físico:** consiste en un conjunto de técnicas que se realizan para obtener información sobre el estado de salud de una persona, a través de maniobras semiológicas que siguen una secuencia y que permiten confirmar los datos obtenidos durante la entrevista clínica.

Los elementos necesarios para el examen físico son: estetoscopio, tensiómetro, termómetro, linterna, baja lenguas, alfiler (para investigar la sensibilidad y reflejos cutáneos), reloj con segundero, regla, báscula, tallímetro, torundas, alcohol, lubricante, guantes de manejo, diapasón y otoscopio.

El examen físico debe realizarse respetando la intimidad del paciente, se deberá efectuar con la mínima vestimenta posible, en un ambiente adecuado con buena iluminación, temperatura agradable y silenciosa.

Para un ordenamiento de la técnica semiológica, el examen físico se divide fundamentalmente en cuatro pasos: inspección, palpación, percusión y auscultación.

- ✓ **Técnica de inspección:** consiste en el examen físico meticuloso, permite determinar la existencia de signos normales o patológicos. La inspección puede ser estática (observación del paciente inmóvil) o dinámica. Comprende el análisis de la marcha (aspecto al caminar), actitud y movimientos anormales (paciente de pie o sentado), posición o decúbito (actitud del paciente acostado), movimientos respiratorios, circulatorios, digestivos, neurológicos, estado de nutrición, facies, color de la piel y simetría corporal.
- ✓ **Técnica de palpación:** determinar mediante el tacto manual características de la estructura corporal (forma, tamaño, ubicación, movilidad, resistencia, consistencia, elasticidad, humedad, temperatura, pulsos y dolor). La exploración digital de una cavidad natural se denomina tacto (rectal, vaginal). La palpación puede ser digital, mono manual o bimanual, superficial o profunda (según la presión ejercida con las manos). Puede realizarse a mano llena, con

una mano apoyada en su borde cubital o radial, en extensión o flexión, empleando el pulpejo de los dedos, o como auxiliar de otra mano que explora. La palpación mono manual puede ser receptora de vibraciones sonoras respiratorias, circulatorias, digestivas o articulares. La palpación bimanual se realiza con las dos manos activas, o una activa y otra pasiva.

- ✓ **Técnica de percusión:** permite mediante golpes manuales (con uno o varios dedos) producir una vibración en los tejidos y generar sonidos perceptibles al oído que permitan establecer un patrón normal o patológico de un órgano. La percusión puede realizarse digitalmente, o interponiendo un dedo de plano sobre la superficie que explora (dedo plesímetro) y percutiendo sobre el mismo. La mano percutora lo hará preferentemente a través de un solo dedo (medio o índice), en posición de semiflexión y con un movimiento rápido y de martillo para evitar la amortiguación del sonido. Se aplica fundamentalmente en el examen de tórax y abdomen. Los sonidos que podemos diferenciar pueden ser: sordos (al percutir músculos o huesos), mate (hígado y sobre el bazo), hipersonoros (en pulmones normales) y timpánicos (estómago). La percusión sobre la región lumbar con el puño de la mano (puño-percusión) se utiliza para explorar el dolor de origen renal.
- ✓ **Técnica de auscultación:** consiste en escuchar los sonidos producidos por los distintos órganos mediante la ayuda del oído o estetoscopio. La auscultación puede ser inmediata (apoyando el oído sobre la superficie por explorar), o mediata (empleando un estetoscopio). (6)(8)

Previo a la realización del examen físico se toma en cuenta las siguientes pautas: reunir el equipo necesario, explicar el procedimiento al paciente, lavado de manos antes y después del examen, verificar que la iluminación y la temperatura sean los adecuados, cuidar la intimidad del paciente.

El procedimiento práctico del examen físico consta de dos partes:

Primera parte: valorar el aspecto general del sujeto, talla, peso y signos vitales.

- **Aspecto general:** observar el color de la piel, expresión facial, vestimenta adecuada, movilidad y empleo de ayuda para caminar. La forma en cómo se para o se sienta, cómo se quita la ropa, la postura que adopta. Observar y escuchar el patrón del lenguaje, pronunciación, afonía, acento extranjero. Determinar posibles dificultades de audición y visión. Describir estatura y constitución física, estado de nutrición (obesidad o delgadez) y observar deformidades músculo esqueléticas. Verificar la forma como se contacta visualmente con el examinador, la orientación, si esta alerta y si asiste solo o acompañado.
- **Medición de la talla:** explicar el procedimiento al paciente, pedir al sujeto que se coloque de pie, descalzo, con la cabeza erguida y con los brazos paralelos al cuerpo, dando la espalda a la barra medidora. Apoyar la barra medidora en la parte más alta de la cabeza y leer en la escala en metros y centímetros. Finalmente registrar.
- **Medición del peso:** explicar el procedimiento al paciente y preguntar por su último control de peso. Colocar una toalla de papel sobre la plataforma de la balanza. Revisar la calibración de la báscula y encerrar. Solicitar a la persona que se quite los zapatos y en lo posible la mayor cantidad de ropa, observar el peso en libras, kilos o gramos y registrar el dato.
- **Control y registro de signos vitales:** los signos vitales son indicadores que reflejan el estado fisiológico de los órganos vitales (cerebro, corazón, pulmones). Expresan de manera inmediata los cambios funcionales que suceden en el organismo, cambios que de otra manera no podrían ser cualificados ni cuantificados. (2)

Los cuatro signos vitales principales que los profesionales de salud valoran son:

- 1) Temperatura corporal.
- 2) Frecuencia cardíaca.
- 3) Frecuencia respiratoria.
- 4) Presión arterial

Segunda parte: conformada por la realización del examen físico de acuerdo a cada criterio.

Nombre:

Edad:

Sexo:

Ocupación:

Estado civil:

Religión:

Instrucción:

Procedencia:

Residencia:

SIGNOS VITALES

Tensión arterial:

Frecuencia cardíaca:

Frecuencia respiratoria:

Temperatura:

PARTES ANATÓMICAS	TÉCNICA DE VALORACIÓN
APARIENCIA GENERAL: Color de piel, expresión facial, vestimenta adecuada, movilidad, constitución física, estado nutricional, deformidades musculoesqueléticas.	Observación
APARIENCIA PSICOMOTORA: La forma en cómo se para o se sienta, como se quita la ropa, postura, patrón de lenguaje, patrón respiratorio, problemas de audición y visión, orientación.	Observación Medición

PIEL: Temperatura, color, vascularización, elasticidad, hidratación.	Observación Palpación
CRANEO: Forma, simetría, tamaño, deformidades, movimientos, lesiones y dolor.	Observación Palpación Medición
CUERO CABELLUDO: Lesiones, descamación, cicatrices, edemas, sensibilidad, presencia de parásitos.	Palpación Observación
CABELLO: Implantación, color, cantidad, distribución, textura, higiene.	Palpación Observación
CARA: Simetría, color, presencia de manchas o lunares, cicatrices, acné, presencia de movimientos anormales como tics, temblores. Palpar arterias temporales en busca de engrosamientos, examinar la articulación temporomaxilar y evaluar percutiendo, los puntos dolorosos de los senos maxilares y frontales.	Observación Palpación Percusión
OJOS: Párpados, observando el tamaño, simetría, color, edemas, lesiones, movimientos oculares; color e hidratación de la conjuntiva; color, vascularización, pigmentación de la esclerótica, reacción pupilar, presencia de secreciones, agudeza visual (Test de Snellen).	Observación Medición
OÍDOS: Forma, color, integridad, tamaño, implantación del pabellón auricular y lóbulos, lesiones, capacidad auditiva, uso de auriculares, presencia de secreciones, cantidad de cerumen, higiene y presencia de dolor. Agudeza auditiva (Test de Weber)	Observación Medición
NARIZ:	Observación Medición

Forma, tamaño, características, permeabilidad, presencia de secreciones, lesiones, implantación de microvellosidades, capacidad olfativa.	
BOCA: Olor del aliento, características de la voz: tono, fuerza; forma, hidratación, presencia de lesiones y color de: labios, lengua y encías; capacidad para deglutir, presencia de prótesis, caries, sensibilidad al calor y frío; capacidad de distinguir sabores. Evaluar glándulas salivales, amígdalas, paladar, piso de la boca y orofaringe (tamaño, color, sensibilidad, secreción). Presencia de dolor odontogéneo.	Observación Medición Percusión.
CUELLO (tráquea, glándulas tiroideas, ganglios linfáticos): Forma, simetría, tamaño, latidos arteriales, pulsos venosos, pigmentación, adenopatías, lesiones, masas, pliegue o edemas. Características de la glándula tiroides y la tráquea. Simetría de músculos esternocleidomastoideos y trapecios en posición anatómica. Inspeccionar las carótidas y yugulares observando alineamiento y dilataciones.	Observación Palpación
TRONCO: Forma, tamaño y simetría. Características de la piel: color, hidratación, turgencia, arañas vasculares, estrías, fisuras, cicatrices, erupciones y distribución pilosa. Características de la pared: presencia de edemas, enfisema subcutáneo, contracturas y atrofas musculares, sensibilidad y puntos de dolor.	Observación
TORAX ANTERIOR: Ruidos cardíacos: *Aórtico: segundo espacio intercostal derecho. *Aórtico accesorio: tercer espacio intercostal izquierdo. *Pulmonar: segundo espacio intercostal izquierdo. *Tricúspide: cuarto espacio intercostal izquierdo. *Mitral: quinto espacio intercostal izquierdo.	Auscultación Percusión Palpación

TORAX POSTERIOR: Ruidos pulmonares, frecuencia y ritmo pulmonar; características de la columna vertebral y anomalías (sifosis).	Observación Auscultación Percusión Palpación
MAMAS: Forma, simetría, deformaciones (profusiones, aplanamientos y retracciones). Características de la piel, areola y pezón: color, forma, tamaño, lesiones, cicatrices o prominencias, presencia de masas, secreciones y ganglios linfáticos.	Observación Palpación
ABDOMEN: Características de la piel: color, hidratación, pigmentación, lesiones, cicatrices, estrías, distribución del vello, pulsaciones, movimientos digestivos visibles. Características del ombligo y embarazo en la mujer. Identificar sonidos de timpanismo, matidez y ruidos hidro-aéreos. Presencia de dolor (frecuencia, calidad, síntomas asociados como náusea); patrón de eliminación intestinal.	Observación Palpación Auscultación Percusión
REGIÓN GENITO-URINARIA: Genitales femeninos: labios mayores y menores, clítoris, meato urinario, introito vaginal y glándulas de Bartolini. Valorar morfología, color, exudados, olor, edema, ulceraciones, nódulos, masas, sensibilidad y dolor, distribución del vello. Patrón de eliminación urinaria e intestinal. Genitales masculinos: prepucio, escroto, testículos, meato urinario, y glándula; valorar color, morfología, olor, exudado, lesiones, anomalías (quistes, nódulos, masas) y dolor. Patrón de eliminación urinaria e intestinal.	Observación
EXTREMIDADES SUPERIORES E INFERIORES: Tamaño, simetría, color, pigmentación, características de las uñas, vascularización, posturas activas o pasivas, movimientos dependientes o independientes, lesiones, edemas, cicatrices, hematomas, contusiones, ulceraciones;	Observación Palpación Medición

amplitud de los movimientos; sensibilidad, temperatura.	
---	--

Tabla 2. Formulario del examen físico céfalo caudal: datos de identificación, signos vitales, examen físico cefalocaudal (9)

a. Fase de análisis y síntesis.

El análisis y la síntesis de la información obtenida a través de la recogida de datos son imprescindibles, para llegar a reconocer el problema o la respuesta del sujeto. Analizar y sintetizar la información significa:

- ✓ **Agrupar y clasificar los datos:** es una estructura que previamente se habrá seleccionado y que ya se habrá empleado como guía durante la recogida de datos.
- ✓ **Comparar los datos recogidos con los considerados “normales”:** mediante este proceso se identifica aquellos que pueden indicar una alteración en el sujeto.
- ✓ **Contrastar vacíos e incongruencias en los datos:** este proceso permite obtener nuevos datos para que los disponibles adquieran todosu significado.

Todo el proceso de análisis y de síntesis es de gran complejidad y exige al profesional de enfermería una buena preparación para ello; recordemos que esta fase es el preámbulo para la identificación de la respuesta y el enunciado del diagnóstico.

b. Fase de identificación de la respuesta.

Esta última fase de la valoración es equivalente a lo que se denomina identificación de la etiqueta, cuando se hace referencia al proceso diagnóstico de la NANDA (North American Nursing Diagnosis Asociation). Este proceso, al igual que la valoración, exige la recogida de datos y la selección y análisis de los mismos. Por

ello, se trataran las respuestas que una enfermera/o puede identificar en el proceso diagnóstico. (9)

2.1.1.2. Etapa diagnóstica

El profesional de enfermería que atiende y da respuesta a una situación que compete a su ámbito profesional, necesita poder nombrar la situación, es decir, etiquetarla utilizando un lenguaje que permita la comunicación clara entre todos los miembros del colectivo profesional. El diagnóstico, por tanto, ha de verse como un intento de homogenizar el lenguaje de las enfermeras/os.

Los diagnósticos son solo etiquetas que identifican y nombran las situaciones de cuidar, es decir, expresan una conclusión. Por lo tanto, el diagnóstico no tiene que plantarse como una etapa terminal o como fin del proceso de cuidar en enfermería, sino que es el resultado del proceso de valorar el punto de arranque para la planificación y el referente, junto con los objetivos para la evaluación; en todo ello radica su importancia. (9)

Definición:

Shoemaker afirma que el diagnóstico es: “un juicio clínico sobre un individuo, familia o comunidad, que resulta del proceso sistemático y deliberado de recogida y análisis de datos” Alfaro lo define como: “problema de salud real o potencial de un individuo, familia o grupo, que las enfermeras pueden tratar de manera individual e independiente, iniciando las actividades de enfermería necesarias para prevenirlo, resolverlo o reducirlo”.

Por lo tanto, se puede decir que, un diagnóstico de enfermería es un juicio clínico sobre la respuesta de una persona, familia o comunidad frente a procesos vitales o problemas de salud, que proporcionan la base para la selección de las intervenciones enfermeras o cuidados, destinados al logro de los objetivos proyectados, de los cuales enfermería es legalmente responsable. (7)

Ventajas:

- ✓ **Desarrollo disciplinario:** los diagnósticos en tanto que expresan situaciones que la enfermera/o, observa y puede dar respuesta a través del proceso de cuidar, permite nombrar y unificar el lenguaje enfermero, además que hace posible la investigación; en consecuencia, del desarrollo del conocimiento científico, que se convierten en una pieza clave para el avance de la ciencia enfermera.
- ✓ **Desarrollo profesional:** los diagnósticos se convierten en un elemento profesionalizador, ya que, señalan las áreas de responsabilidad de las enfermeras/os en los sistemas de atención de la salud y marcan las necesidades de crecimiento y desarrollo profesional.
- ✓ **El proceso de cuidar en enfermería:** el diagnóstico enfermero es el eje del proceso, pues a partir de este se formulan los objetivos y se planifican las actividades de cuidado.
- ✓ **Organización y gestión de las actividades de cuidados.**
- ✓ **Participación del sujeto en el proceso del cuidado.**
- ✓ **Comunicación entre las enfermeras implicadas en el proceso. (9)**

Clasificación:

En la construcción del enunciado, se pueden emplear varios métodos, dependiendo del tipo de diagnóstico enfermero que se desea plantear; por ejemplo:

Diagnostico real: emplea la regla mnemotécnica de M. Gordon (P.E.S): P (problema), relacionado con, E (etiología: fuente de dificultad o causa del problema) y manifestado por, S (signos y síntomas: características definitorias). La primera y la segunda parte del diagnóstico se unen por medio de la expresión, relacionado con, “**r/c**”, indicando así el problema que presenta el

paciente y los factores que contribuyen al mismo. Para unir la segunda parte con la tercera utilizamos la expresión manifestado por “**m/p**”, que corresponde a los signos y síntomas.

Ejemplo:

P: problema: limpieza ineficaz de las vías aéreas **r/c**

E: etiología: producción y acumulo de secreciones

m/p

S: signos y síntomas: (disnea, agitación, ortopnea, frecuencia respiratoria de 29x', mucosidad, tos, expectoración, presencia de secreciones, roncus).

Diagnóstico de riesgo: consta de dos partes: situación potencial (problema que se puede ocasionar en el futuro) relacionado con el factor de riesgo (determinante que contribuye al aumento de la vulnerabilidad).

Ejemplo:

Situación potencial: riesgo de deterioro de la integridad cutánea

r/cFactor de riesgo: inmovilidad prolongada.

Diagnóstico de salud o bienestar: consta de dos partes: respuestas promotoras de bienestar relacionado con fortalezas del sujeto/ entorno.

Ejemplo:

Respuesta promotora de bienestar: disposición para mejorar

r/cFortalezas del sujeto: el manejo del régimen terapéutico.

Diagnóstico posible: consta de dos partes: a) problema o dificultad que se sospecha, pero necesita de datos adicionales para ser confirmado o descartado y, b) posible causa.

Ejemplo:

Problema o dificultad sospechosa: posible aislamiento social **r/c** **Posible causa:** quemadura en el rostro.

Diagnóstico de síndrome: abarca un grupo de diagnósticos enfermeros reales o de riesgo, cuya presencia se prevé a una causa debido a un acontecimiento o situación concreta. Esta apoyado por características definitorias y factores relacionados.

Ejemplo

Síndrome: postraumático **r/c** acontecimiento trágico que implico múltiples muertes.

Riesgo de síndrome: postraumático **r/c** percepción del acontecimiento.
(9)

2.1.1.3. Etapa de planificación

La Etapa de planificación satisface la necesidad de saber hacia dónde se van a dirigir las acciones de cuidados y cómo se van a llevar a cabo. Es imprescindible para que el proceso de cuidar sea de calidad. Su interés radica primordialmente en la formulación de los objetivos que se deben alcanzar para resolver las situaciones identificadas como problemas a través de la valoración y ser etiquetadas posteriormente como diagnósticos. Un aspecto importante de la planificación es también la descripción de las tareas necesarias para dar una respuesta individualizada a la situación de cada sujeto; en este sentido y, cuando se elabora la etapa de planificación, se tendrá que hacer referencia a los protocolos de actuación a los llamados

G.D.R (Grupos de Diagnósticos Relacionados), a los proyectos N.I.C (Nursing Interventions Classification) y N.O.C (Nursing Outcomes Classification).

Definición:

Según Phaneuf define la planificación como: “el establecimiento de un plan de acción, prever las etapas de su realización, las acciones que se van a llevar a cabo,

los medios que hay que emplear y las precauciones que hay que adoptar; en pocas palabras, pensar y organizar una estrategia de cuidados definida.”

Objetivos:

- ✓ Analiza los resultados de la etapa de diagnóstico para tratar de establecer una prioridad de atención e identificar aquellos diagnósticos que implican un mayor riesgo para la vida y para el bienestar del sujeto.
- ✓ Incorpora una propuesta de posibles soluciones a los diagnósticos identificados.
- ✓ Establece los patrones que permitirá evaluar el resultado de las acciones realizadas y su efecto en el sujeto.
- ✓ Recoge las acciones concretas y adecuadas a cada sujeto para poder resolver los diagnósticos. (9)

Característica:

Gran capacidad de relación: el profesional formula objetivos y propone actividades conjuntamente con el paciente, esto le permite establecer una relación terapéutica.

- ✓ **Alto nivel de experiencia en el proceso de cuidar en enfermería y el manejo del instrumento metodológico utilizado:** la experiencia facilita el establecimiento de prioridades y ayudará a formular unos objetivos realistas y adecuar las actividades a cada sujeto.
- ✓ **Capacidad para reconocer las percepciones del sujeto:** es clave para poder llevar a cabo correctamente el proceso de cuidados, especialmente en un momento como es la planificación, donde se empieza a pensar y diseñar las estrategias para actuar con y sobre el sujeto.
- ✓ **Intuición:** es una estrategia común para el pensamiento crítico y constituye una cualidad que permite buscar las evidencias y desencadenar en la enfermera/o un mecanismo de alerta o defensa que

le obliga a mantener la observación constante sobre situaciones que su intuición califica de riesgo.

- ✓ **Capacidad de iniciativa acompañada de un nivel de conocimiento adecuado:** coloca al profesional en una situación de privilegio en los momentos que se requiere una actuación rápida y segura para garantizar la supervivencia del sujeto.
- ✓ **Capacidad para valorar los problemas en su conjunto:** los problemas que se identifican no son aislados, sino que forman parte de un todo, de modo que cada uno de ellos, incide de manera distinta sobre éste provocando una percepción en el sujeto. (7)

Fases:

Las acciones que conforman la planificación permiten diferenciar en ella cinco fases. Esta división en fases tiene el mismo sentido que tiene la división del P.A.E, ya que se trata de una manera de organizar unos contenidos para facilitar su estudio y su aprendizaje. Dicha división no debe hacer perder el carácter global que tiene todas las etapas del instrumento metodológico que se utiliza en el Proceso de Atención de Enfermería y la interrelación que existe entre ellas. (5)

Las fases son las siguientes:

a. Fase de priorización.

Esta fase tiene que responder a los criterios de eficiencia y eficacia. Al terminar la etapa de valoración y diagnóstico el profesional de enfermería se encontrará frente a un grupo de respuestas del sujeto, por lo que, antes de emprender cualquier acción necesitará detenerse y reflexionar sobre: qué estaría bien hacer y qué debe hacer, así como, la situación actual del sujeto y el peso que cada uno de los diagnósticos enunciados tiene sobre esa situación. Esto le permitirá poner en práctica de la manera más eficaz y con el mayor ahorro de energía posible la solución que proporcione al

sujeto el máximo grado de bienestar y con las mayores garantías de supervivencia.

Es importante mencionar la existencia de tres criterios básicos para establecer prioridades:

Los problemas existentes o inminentes, que ponen en peligro la vida del sujeto, deberán tratarse como prioridad 1, y, por lo tanto, la atención deberá ser inmediata.

Los problemas potenciales que ponen en peligro la vida del sujeto, deberán tratarse como prioridad 2.

La percepción del sujeto sobre sus problemas de salud, debe considerarse como prioridad 3, se debe tener en cuenta los intereses del sujeto.

En base a ello, las diferentes teoristas (Phaneuf M; Lefevbre M) han propuesto varios criterios que podrían emplearse al momento de establecer prioridades, sin embargo, los criterios propuestos por la autora Alfaro R, en la actualidad, son los más empleados para el cumplimiento de esta fase de la planificación. Alfaro considera que la habilidad para priorizar requiere tiempo y capacidad para ver más allá de los problemas individuales inmediatos, lo cual permite, adquirir la capacidad de valorar en conjunto todos los problemas planteados y propone como criterios de priorización la jerarquía de Maslow y señala: (5)

- ✓ **Prioridad 1.** Las necesidades fisiológicas (respiración, circulación, nutrición, hidratación, eliminación, ...)
- ✓ **Prioridad 2.** Seguridad y protección (peligros ambientales, miedo, ...)
- ✓ **Prioridad 3.** Amor y la pertenencia (aislamiento, perdida de un serquerido...)
- ✓ **Prioridad 4.** Autoestima (capacidad para bañarse, vestirse o realizar actividades de vida diaria)
- ✓ **Prioridad 5.** Autorrealización (capacidad para lograr los objetivos personales)

Estos criterios de priorización según Alfaro se verán influenciados por aspectos como: la percepción de prioridad de los problemas que tenga el propio sujeto; el plan general de tratamiento, el estado general de salud del paciente y la presencia de problemas potenciales. Alfaro concluye su propuesta mencionando: "la priorización no significa perder la visión del conjunto de los problemas que presenta el sujeto, puesto que afirma que "la determinación de prioridades estará influida por el cuadro completo de los problemas y como estos afectan a la salud del individuo". (7)

b. Fase de formulación de objetivos

Cuando ya se ha establecido un orden de prioridad en los diagnósticos identificados y siguiendo la secuencia se procede a formular los objetivos que son elementos que permiten poner en conocimiento de todos aquellos que participan en la atención del sujeto, qué es lo que se quiere conseguir, cómo se quiere conseguir y cuándo.

El objetivo, por lo tanto, es la meta esperada y medida centrada en el paciente y señala: una dirección para seleccionar las estrategias que se deben seguir y el orden de las mismas; una base para el diseño de la estrategia y los recursos con los que cuenta el profesional y el sujeto para resolver el problema.

Los objetivos, es decir, los resultados de la asistencia de enfermería, pueden ser a corto plazo (alcanzado en días o antes del alta del paciente) y los de largo plazo (requieren de semanas o meses para ser alcanzados). (8)

La formulación de los objetivos plantea los siguientes criterios:

- ✓ Valorar los estándares de enfermería propios del lugar donde se realiza la acción: marco legislativo, código deontológico y protocolos de actuación.
- ✓ El objetivo siempre estará en el problema enunciado, es decir, recoge la primera parte del diagnóstico (etiqueta) y estará referido a un cambio o a un manteniendo de la respuesta identificada.

- ✓ El objetivo indicará cuándo se espera que se consiga, es decir, hace referencia al tiempo.
- ✓ El objetivo será conciso y claro, es decir, no debe estar sujeto a interpretaciones por parte de las personas implicadas en el proceso.
- ✓ Los objetivos deben ser medibles y observables, es decir, deben tener criterios claros de cómo van a ser evaluados.
- ✓ Los objetivos deben ser realistas, es decir, ajustados a la realidad del sujeto, del profesional y del centro sanitario.

Los componentes de los objetivos de cuidados corresponden a:

- ✓ **Sujeto:** persona quien expresa la acción.
- ✓ **Verbo:** señala la acción que el sujeto realizará.
- ✓ **Criterio:** acompaña al verbo y describe, concreta o matiza la acción que expresa un dicho verbo.
- ✓ **Tiempo:** momento en el que se espera obtener el resultado indicado.
- ✓ **Condición:** es un elemento del acompañamiento del objetivo, su función es indicar la exigencia de algún requisito o ayuda para conseguir la acción que se expresa en el objetivo. (6)

Ejemplo: “Pedro caminará diez minutos sin descansar, el día 5 de julio, con ayuda de un familiar”

- **Sujeto:** Pedro.
- **Verbo:** caminará.
- **Criterio:** diez minutos sin descansar.
- **Tiempo:** el día 05 de julio.
- **Condición:** con ayuda de un familiar.

c. Fase de determinación - selección de las intervenciones.

En esta fase se define las actividades o intervenciones de enfermería como las estrategias específicas diseñadas para un sujeto concreto con el fin de evitar complicaciones; proporcionar bienestar físico, psicológico y espiritual; fomentar - restaurar la salud. También se identifican tres tipos de intervenciones de enfermería:

- ✓ Intervenciones dependientes: iniciadas y ordenadas por el médico u otro profesional sanitario.
- ✓ Intervenciones interdependientes: iniciadas por la enfermera/o y ordenadas por el médico u otro profesional sanitario.
- ✓ Intervenciones independientes: iniciadas y ordenadas por el profesional de enfermería.

Del mismo modo, las intervenciones de enfermería poseen las siguientes características:

- ✓ Deben mantener una lógica, secuencia y priorización.
- ✓ Ser coherentes con el diagnóstico y el objetivo propuesto.
- ✓ Basadas en principios científicos.
- ✓ Ser realistas, es decir, ajustado a la realidad del sujeto, el profesional y la institución sanitaria.
- ✓ Individualizadas para cada situación y paciente.
- ✓ Aprovecharán todas las oportunidades para la enseñanza y el aprendizaje del sujeto cuidado. (4)

Al seleccionar y determinar las intervenciones de enfermería se debe seguir un procedimiento. El mismo propone responder a tres preguntas claves como paso previo: ¿cuál es la causa del problema?; ¿qué se puede hacer para eliminar o reducir la causa del problema? y ¿cómo puede ayudar el profesional de enfermería al sujeto a obtener los resultados

esperados? Luego de ello, se procede a seleccionar las intervenciones de enfermería, que en la actualidad consisten en el uso de los planes de cuidado estandarizados (N.I.C – N.O.C). Es por ello, importante señalar que su empleo deberá ir precedido por un análisis que debe incluir: el plan de cuidados estandarizado del centro donde se trabaja; referencias bibliográficas que permitan identificar las bases de conocimiento; el respeto a las normas de calidad de atención y la validez del plan para el paciente. (9)

d. Fase del registro del plan de cuidados

Al hacer referencia al proceso de cuidados enfermeros se habla de la necesidad de registrar las acciones que se llevan a cabo durante el proceso del cuidado de enfermería. Esta necesidad responde a dos objetivos: la comunicación interdisciplinaria y la responsabilidad que los profesionales tienen en el desarrollo del conocimiento enfermero.

Por lo tanto, el registro de plan de cuidado de enfermería consiste en la redacción de un documento en el que se especifican por escrito las acciones de enfermería (intervenciones) que se deberán efectuar.

La redacción de las intervenciones tiene ciertas características:

- ✓ Deberán ser claras, concisas y específicas.
- ✓ Deben prescribir el momento de su realización.
- ✓ Deben estar por escrito.
- ✓ En su redacción se debe utilizar abreviaciones correctas y frecuentemente utilizadas.

Además, que el registro de intervenciones debe indicar la fecha y la firma: la primera señala el momento en la que se hizo la prescripción de la intervención y la segunda permite identificar al profesional que ha formulado dicha intervención y que asume la responsabilidad de la misma. (9)

2.1.1.4. Etapa de ejecución

Durante la etapa de planificación el profesional de enfermería decide qué tipo de acciones son las adecuadas para obtener los resultados esperados; pues bien, durante la ejecución lo que hará será llevar a cabo estas acciones, de manera que cuando se registran la planificación y la ejecución, con frecuencia se produce lo que puede parecer una duplicación de los registros. Dicha duplicación no existe, puesto que mientras el registro de la planificación expresa acciones del futuro y marca directrices de actuación; el registro de la ejecución permite comprobar cuáles de las intervenciones programadas se han llevado a cabo finalmente y si se ha producido algún cambio entre lo programado y lo realizado.

A pesar de que la etapa de ejecución se define fundamentalmente como una etapa de hacer, es decir, manual. La enfermera/o necesita de la habilidad manual, la capacidad técnica, así como de sus capacidades intelectuales, de interrelaciones personales, toma de decisiones, observación y comunicación para así garantizar el éxito de su actuación. (10)

Definición:

Se puede definir a esta etapa como el momento en el que la enfermera/o lleva a cabo las actividades programadas en la etapa de planificación o como afirma Kozier: “es poner en acción las estrategias enumeradas en el plan de atención; es la acción de enfermería que permite llegar al resultado deseado de los objetivos del cliente”.

Objetivos:

- ✓ Realizar directamente una actividad para el paciente.
- ✓ Ayudar al paciente a realizar una actividad por sí mismo.
- ✓ Supervisar al paciente, familia o comunidad mientras realiza una actividad por sí mismo.
- ✓ Enseñar al paciente, familia o comunidad sobre sus cuidados de

salud.

- ✓ Asesorar al paciente, familia o comunidad en las elecciones que debe hacer en entorno a la búsqueda y la utilización de los recursos de salud adecuados.
- ✓ Control (valoración) para detectar posibles complicaciones o problemas. (6)

Fases:

Igual que en las etapas anteriores, esta variedad de acciones que incluye la ejecución hace que se puedan distinguir en ella tres fases.

a. Fase de preparación

La fase de preparación incluye un repaso a todas las etapas anteriores, además de la realización de una serie de acciones que permiten garantizar la intervención. Es decir, es la preparación de la jornada que exige el uso del razonamiento crítico. Esta fase de preparación incluye actividades como: validación del plan o revisión de las intervenciones programadas en la planificación; análisis de los conocimientos y las técnicas necesarias para llevar a cabo las acciones; identificar las posibles complicaciones; determinar las necesidades de tiempo, de personal y de equipo; y finalmente crear un ambiente terapéutico.

b. Fase de intervención

Se puede considerar la fase definitoria, pero no definitiva, ya que es en esta fase en donde se efectuarán las acciones programadas. Independientemente de la especificidad y de la complejidad de cada una de las acciones, en todas ellas se pueden identificar unos elementos comunes, como es el llamado CLIPVE sugerido por Alfaro, que es un acrónimo cuyo significado es el siguiente: (9)

C: controlar las órdenes y el equipo.

L: lavado de manos y colocación de guantes.

I: identificar al paciente.

P: proporcionar seguridad e intimidad.

V: valorar el problema.

E: explicar o enseñar al paciente lo que se le va hacer.

La atención del sujeto está bajo la responsabilidad del equipo de enfermería, aunque en ocasiones el profesional delega algunas acciones, no se exime de su responsabilidad y por ello deberá tener en cuenta los siguientes aspectos: un plan de cuidados dirigido a un sujeto no puede significar que este pierda a la persona de referencia; se ajustará a las capacidades de cada uno de los miembros del equipo; deberá quedar garantizado que en ningún caso se duplicará la tarea; estas deben recaer sobre un miembro del equipo que conozca al paciente; los resultados deberán ser registrados para que puedan en cualquier momento ser conocidos por el resto del equipo. (7)

c. Fase de documentación o registro.

El registro de todo lo que ha sucedido a lo largo de la etapa de ejecución del proceso de atención de enfermería es fundamental tanto para garantizar la calidad de dicho proceso, como por el valor que tiene para el desarrollo de la investigación en la enfermería. Un buen registro aportará información fundamental. Para que un registro pueda cumplir todos estos objetivos la información deberá quedar plasmada, teniendo en cuenta las siguientes recomendaciones:

- ✓ Escribir con letra clara.
- ✓ Registrar rápidamente.
- ✓ Anotar con exactitud: dónde, cuándo y cómo.
- ✓ Firmar el registro siempre.
- ✓ No dejar líneas en blanco.
- ✓ Registrar lo que se ha visto, oído, apercibido u observado.

- ✓ Ser concisos y específicos.
- ✓ Utilizar las palabras del paciente.
- ✓ Anotar lo que no se considere dentro de la norma establecida.
- ✓ Anotar los tratamientos. (9)

2.1.1.5. Etapa de evaluación

La evaluación es una acción continua y formal que está presente a lo largo de todo el Proceso de Atención de Enfermería (P.A.E): es parte integral de cada una de las etapas y se relaciona con la valoración (considerada como una evaluación inicial del sujeto); diagnóstico (se evalúan los datos para comprobar que la etiqueta diagnóstica se ajuste a los mismos); planificación (cuya fase de priorización se evalúa diagnósticos formulados, percepción del sujeto, recursos de los que se dispone, etc.) y ejecución (se remite a la evaluación de las etapas anteriores). (9)

Definición:

Phaneuf considera a la evaluación como: “la etapa final del proceso de cuidados enfermeros, es el momento en el que el profesional compara los resultados obtenidos de sus intervenciones con los objetivos de resultado que había previsto durante la planificación; formula un juicio e identifica los aspectos del plan que merecen ser revisados y ajustados.”

Objetivos:

La evaluación de resultados se basa en determinar el cumplimiento de los objetivos planificados y permite:

- ✓ Favorecer una atención eficaz-
- ✓ Determinar el logro de los objetivos propuestos.
- ✓ Identificar los factores que afectan el logro de los objetivos.
- ✓ Decidir si se mantiene el plan de cuidados, se modifica o finaliza.
- ✓ Identificar si los cuidados han sido de baja calidad y tomar

medidas para subsanar las deficiencias.

- ✓ Informar a los profesionales sobre el nivel de calidad de los cuidados.

Para conseguir todos estos objetivos la evaluación debe llevarse a cabo sobre tres aspectos: la estructura en la que tiene lugar el cuidado, el proceso de cuidar y los resultados de las intervenciones, que permite comprobar la efectividad de la acción de enfermería e identificar los cambios que se ha producido en el estado de salud del sujeto.

Son tres los posibles resultados de la evaluación: el paciente ha alcanzado el resultado esperado, el paciente está en proceso de alcanzar el resultado esperado y el paciente no ha alcanzado el resultado esperado. (6)

De acuerdo a la NANDA, plantea que la evaluación se efectúa a través de dos pasos:

- a) **Puntuación de los indicadores:** que consiste en aplicar una barra de medición de Likert o escala de mediación “diana”, en donde se otorga para cada indicador seleccionado una puntuación entre 1 a 5 puntos
- b) **Comparación de los resultados:** las puntuaciones obtenidas se comparan entre aquella, previa a la ejecución y la obtenida después de la aplicación de las intervenciones (N.I.C) para determinar su eficacia.

Fases:

Si la evaluación conforma acciones de comparar, emitir juicios y hacer propuestas de cambio, esta etapa del mismo modo de las anteriores se divide en:

a. Fase de recogida de datos y de comparación con los objetivos

La evaluación es una valoración de los resultados obtenidos. Por lo tanto, la recogida de datos en la evaluación es selectiva centrada en obtener información que permitirá identificar las modificaciones en las respuestas del sujeto y confirmar si los objetivos establecidos se han logrado. Los métodos de recopilación de datos que se utilizarán serán, la observación, la entrevista, la instrumentación y la consulta de documentos. Como resultado

de esta primera fase se puede obtener: el objetivo total o parcial y la no obtención del resultado esperado.

b. Fase de juicio o conclusión

En esta fase se trata de emitir un juicio acerca de la situación actual del sujeto como resultado del análisis de los datos obtenidos en la primera fase y de su comparación con los objetivos propuestos. Todo este proceso de juicio es el resultado del razonamiento crítico. Se formula una pregunta “¿Se ha conseguido el objetivo?” y se analizan los datos de los que se dispone para tratar de responder dicha pregunta, a la vez que se tiene en cuenta nuevas preguntas que van surgiendo como: “¿se ha modificado de manera que el diagnóstico se ha resuelto?”. (5)

c. Fase de modificación del plan

El ajuste del plan, es decir, el Proceso de Atención de Enfermería (P.A.E) puede llevar a:

- Suprimir aquellos diagnósticos que han quedado resueltos.
- Enunciar nuevos diagnósticos.
- Priorizar, establecer nuevos objetivos y programar nuevas intervenciones.
- Modificar el tiempo establecido en los objetivos de resultado.
- Mantener la ejecución de las actividades.

Cuando el resultado de la evaluación ha sido negativo, se deben buscar las posibles causas. Para ello, se tendrá en cuenta que en el proceso de cuidados enfermeros están implicados además de la enfermera/o, el sujeto, las personas significativas para él y el resto de miembros del equipo de salud. Una evaluación negativa obliga a retomar el proceso de cuidados enfermeros en una etapa u otra, dependiendo de cuál sea el problema; también se deberá identificar las causas que puedan estar provocando el problema y darles solución. (9)

2.2. Patrones funcionales de Marjory Gordon

El sistema de valoración diseñado por Marjory Gordon en los años 70 cumple todos los requisitos necesarios para la realización de una valoración enfermera eficaz, por lo que constituye una herramienta útil para la valoración con cualquier modelo disciplinar enfermero.

Define 11 patrones de actuación relevantes para la salud de las personas, las familias y las comunidades. Se trata de configuraciones de comportamientos, más o menos comunes a todas las personas, que contribuyen a su salud, calidad de vida y al logro de su potencial humano. (10)

- **Patrón 1: percepción-manejo de la salud.** Describe la percepción del cliente de su patrón de salud y bienestar y cómo lo maneja. Incluye la percepción del individuo de su estado de salud y de su relevancia para las actividades actuales y sus planes futuros. También incluye el manejo de los riesgos para la salud y las conductas generales de cuidado de la misma, tales como las medidas de seguridad y la realización de actividades de promoción de la salud física y mental, prescripciones médicas o enfermeras y revisiones periódicas. Se puede iniciar preguntando "¿cómo describiría usted su salud? Incluye alergias, hábitos tóxicos, deseo de abandonar éstos, medidas preventivas habituales como participación en programas de salud y vacunaciones, y adherencia a los tratamientos.
- **Patrón 2: nutricional - metabólico.** Describe el consumo de alimentos y líquidos del cliente en relación con sus necesidades metabólicas y los indicadores del aporte local de los nutrientes. Incluye los patrones individuales de consumo de alimentos y líquidos: horarios de las comidas, tipo y cantidad de alimentos y líquidos consumidos, preferencias alimentarias y el uso de suplementos nutricionales o vitamínicos. Describe la lactancia materna y el patrón de alimentación del lactante. Incluye lesiones sobre cualquier zona cutánea, capacidad de cicatrización y medición de la temperatura, el peso y la talla corporal. También se incluye el aspecto general de bienestar y el estado de la piel, el cabello, las uñas, las membranas mucosas y los dientes. (8)

- **Patrón 3: eliminación.** Describe la capacidad del individuo en relación con la función excretora (intestinal, urinaria y transpiración cutánea) y todos los aspectos relacionados con ella. Incluye la percepción que el propio individuo posee de la misma, la utilización habitual de medidas auxiliares como laxantes para la eliminación intestinal y cualquier cambio o alteración en el modo de excreción, calidad o cantidad. También incluye cualquier dispositivo usado para el control de la eliminación y su cuidado específico (urostomía, colostomía, pañales absorbentes).
- **Patrón 4: actividad-ejercicio.** Describe las capacidades para la movilidad autónoma (encamado/sillón-cama/deambulante) y las actividades de la vida diaria que requieren gasto energético, tales como las de realizar la higiene general, ponerse y quitarse la ropa, comer, cocinar, comprar, trabajar, hacer las tareas de la casa... También están incluidos el tipo, cantidad y calidad del ejercicio, así como las costumbres de ocio y recreo llevadas a cabo. Si procede, se incluyen los factores que interfieren con las actividades deseadas o esperadas por el individuo, tales como el déficit neuromuscular, disnea, angina o calambres musculares con el esfuerzo, así como el uso correcto de dispositivos de ayuda como traqueostomía, laringotomía, oxigenoterapia, CPAP, BiPAP, inhaladores, otros... La valoración de los patrones de actividad permitirá la detección de prácticas poco saludables, la prevención de mayores pérdidas funcionales y puede así mismo ayudar a compensar dichas pérdidas. (9)
- **Patrón 5: sueño y descanso.** El objetivo de valorar este patrón es describir la efectividad del sueño-descanso desde la perspectiva del cliente. La preocupación respecto al sueño sólo aparece cuando éste se hace difícil; de lo contrario, no se le presta atención. Se recogen datos sobre patrón de sueño, descanso y relax habitual a lo largo de las 24 h del día, capacidad para conciliar el sueño, despertares, uso de medicación hipnótica o sedante, pesadillas y otros trastornos del sueño. Es importante individualizar: algunos están bien descansados después de 4 horas de sueño; otros necesitan muchas más; asimismo lo que puede ser relajante para algunos es considerado trabajo para

otros. Si se perciben problemas por parte del cliente, deben valorarse las explicaciones, las acciones llevadas a cabo y los efectos derivados de las acciones. (9)

- **Patrón 6: cognitivo-perceptual.** Este patrón busca conocer el estado de la capacidad cognitiva del paciente, tanto en sus aspectos más básicos (sensación, percepción, atención y memoria) como los más complejos (pensamiento, lenguaje e inteligencia). Incluye la alteración de la memoria, el estado de conciencia, el funcionamiento de los órganos de los sentidos y la alfabetización.
- **Patrón 7: autopercepción y auto concepto.** El objetivo de la valoración de este patrón es conocer el concepto y la percepción que el individuo tiene de sí mismo. Incluye las actitudes hacia uno mismo, la percepción de las capacidades (cognitivas, afectivas o físicas), imagen, identidad, sentido general de valía y patrón emocional general, incluyendo falta de esperanza e ideación suicida. Valora también la postura corporal y el movimiento, así como el contacto visual y los patrones de voz y conversación (lenguaje no verbal). Generalmente la valoración del auto concepto y la autopercepción no es exacta si el cliente no confía en la enfermera, por ello ésta precisa de crear un ambiente de empatía, confianza y de no enjuiciamiento. (7)
- **Patrón 8: rol y relaciones.** Describe la percepción (satisfacción/insatisfacción) y grado de compromiso con los roles más importantes y las responsabilidades en la situación actual del cliente. Están incluidos la satisfacción o las alteraciones en la familia, trabajo o relaciones sociales, y las responsabilidades relacionadas con estos roles, incluida la capacidad de obtener ingresos suficientes para cubrir las necesidades y las condiciones de habitabilidad del hogar. Deben obtenerse los problemas percibidos por el cliente, si existen, la causa percibida, las acciones llevadas a cabo y los efectos de dichas acciones.
- **Patrón 9: sexualidad-reproducción.** Describe los patrones de satisfacción o insatisfacción con la sexualidad; describe el patrón de reproducción. Incluye

la satisfacción percibida por el individuo o las alteraciones de su sexualidad. También se incluye el estado reproductor en las mujeres, pre menopausia o posmenopausia y los problemas percibidos. Entiende la sexualidad como la expresión del comportamiento de la identidad sexual. Incluye, pero no se limita a las relaciones sexuales con una pareja. Las normas culturales regulan su expresión. Los problemas pueden aparecer cuando se producen discrepancias entre la expresión de la sexualidad que la persona ha alcanzado y aquella que desea. Los patrones reproductivos incluyen la capacidad reproductiva y la reproducción en sí misma: métodos anticonceptivos, menarquia y climaterio, número de embarazos y de hijos nacidos vivos. En clientes jóvenes, desarrollo genital y características sexuales secundarias. Se buscan problemas reales o potenciales. Si existen problemas, se ha de preguntar al cliente acerca de los factores contribuyentes, las acciones llevadas a cabo y el efecto percibido por esas acciones.

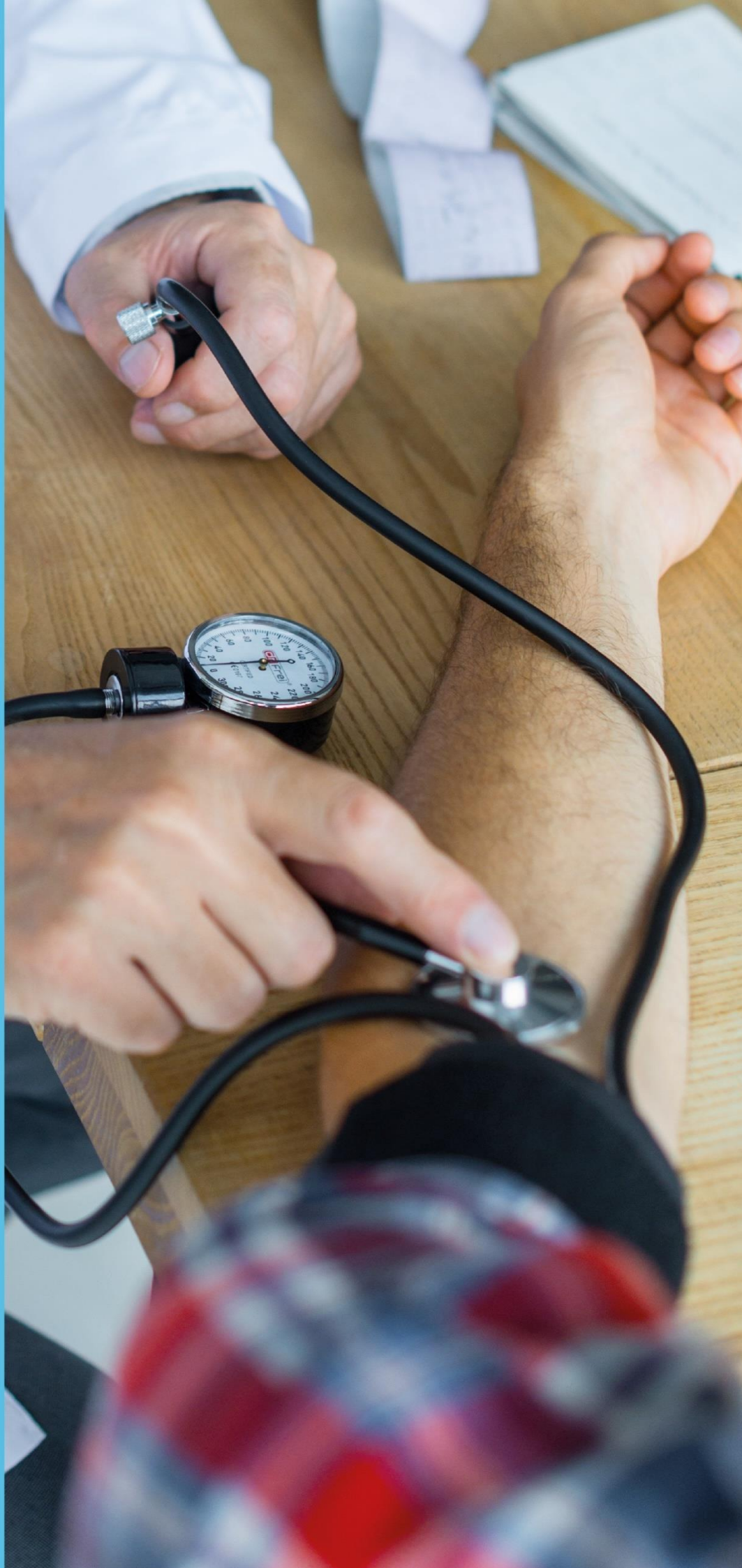
- **Patrón 10: adaptación - tolerancia al estrés.** Describe el patrón general de adaptación, de afrontamiento de la persona a los procesos vitales y su efectividad en términos de tolerancia al estrés. Incluye la reserva individual o la capacidad para resistirse a las amenazas para la propia integridad, formas de manejar el estrés, sistemas de apoyo familiares o de otro tipo y capacidad percibida para controlar y manejar las situaciones. Incluye: Capacidad de resistencia de la persona a los ataques de la integridad, manejo del estrés (incluido uso de medicamentos, alcohol, o drogas, alteraciones del sueño y el apetito), sistemas de soporte y ayuda y capacidad percibida de manejar situaciones estresantes.
- **Patrón 11: valores y creencias.** Describe el patrón de los valores, objetivos y creencias espirituales y/o religiosas que influyen o guían las decisiones y opciones vitales del individuo y en la adopción de decisiones. Incluye lo percibido como importante en la vida, las expectativas en cuanto a salud y calidad de vida, y la percepción de conflicto entre los valores, creencias y expectativas y aspectos relacionados con la salud. (10)

ACTIVIDADES RECOMENDADAS

Realice un organigrama completo del Proceso de Atención Integral de Enfermería.

UNIDAD 3

VALORACIÓN DE SALUD Y SIGNOS VITALES



3. VALORACIÓN DE SALUD Y SIGNOS VITALES

INTRODUCCIÓN

La valoración de salud y los signos vitales son componentes fundamentales en la práctica de enfermería. En esta unidad, exploraremos la importancia de la valoración de salud y cómo medir y registrar los signos vitales como una parte integral de la atención de enfermería.

La valoración de salud es el proceso de recopilar información sobre el estado de salud de un individuo, incluyendo aspectos físicos, emocionales y sociales. Aprenderemos cómo esta valoración proporciona una base sólida para la planificación y prestación de cuidados individualizados.

Los signos vitales son mediciones objetivas del funcionamiento básico

del cuerpo, como la temperatura, el pulso, la presión arterial y la frecuencia respiratoria, discutiremos cómo estos signos vitales proporcionan información valiosa sobre la salud y el bienestar del paciente.

Aprenderemos las técnicas adecuadas para tomar la temperatura, evaluar el pulso, medir la presión arterial y contar la frecuencia respiratoria. Además, discutiremos los rangos normales de estos signos vitales y cómo interpretar las variaciones, también se abordará la importancia de registrar los signos vitales de manera precisa y oportuna.

OBJETIVO

Documentar de manera correcta y completa los signos vitales para interpretarlos de acuerdo a sus conceptos, con confidencialidad y respeto por el paciente.

3.1. Valoración de salud por enfermería

El proceso de cuidar a una persona comienza por recoger información para valorar las necesidades de cuidados sobre los que vamos a desarrollar las intervenciones enfermeras. La valoración es la primera de las fases del proceso enfermero, y consiste en un proceso planificado, sistemático, continuo y deliberado de recogida e interpretación de información que permite determinar la situación de salud que están viviendo las personas y su respuesta a la misma. Revisaremos sus características teniendo presente que la valoración es continua, es decir, se lleva a cabo durante toda la relación con el paciente, todo el proceso de atención enfermera, y no sólo específicamente durante la fase de entrevista propiamente dicha.

Para obtener los datos y convertirlos en información se utilizan varios métodos: la entrevista clínica, la exploración física, la lectura de pruebas complementarias e informes del paciente, y el intercambio de información con otros profesionales. Este trabajo se centra en la entrevista clínica.

Para la valoración del paciente en una entrevista clínica por la enfermera, se utilizan instrumentos y estructuras específicas de enfermería. Las estructuras más conocidas y utilizadas son los patrones funcionales de salud de M. Gordon o las necesidades básicas de V. Henderson, que suelen actuar como guión de la entrevista en su fase exploratoria. (11)

Esta valoración puede ser mejorada y reforzada mediante la introducción de herramientas específicas centradas en un aspecto concreto del estado de salud del individuo, o la familia. Estas herramientas pueden ser cuestionarios, escalas, test, índices, inventarios o tablas para la valoración. Además de encontrarlos combinados con la valoración enfermera, es habitual que formen parte de los protocolos, programas y procesos asistenciales vigentes en Atención Primaria u Hospitalaria. Son por esto instrumentos de uso multiprofesional, que aportan validez y fiabilidad, pueden mejorar la gestión del tiempo de los profesionales y a menudo son utilizados en la investigación de resultados. (6)

La valoración forma parte como se ha dicho, del proceso enfermero. En este proceso hay un ciclo de actividades perceptivas: observación y escucha; y cognitivas: análisis de la información clínica. Las observaciones conducen a inferencias y las inferencias conducen a más observaciones; el objetivo en la valoración clínica es llegar a juicios correctos y exactos sobre el problema del paciente que guíen la intervención de los profesionales. Conseguir este objetivo requiere reflexión crítica y curiosidad. Estas dos habilidades incrementan la fiabilidad de los juicios diagnósticos y diferencian al profesional de la aproximación de sentido común, o incluso ingenua de la persona profana. Recordemos que la Enfermería tiene una visión holística de la persona y sus vivencias. Las enfermeras están interesadas en el más amplio rango de las respuestas humanas, funcionales o no funcionales, a las situaciones de la vida. Es lo que llamamos también enfoque bio-psico-social-espiritual. Por ello, este enfoque estará integrado en la valoración. (11)

3.1.1. Información que necesita una enfermera para cuidar

La valoración es por tanto la recogida deliberada y sistemática de datos para determinar el estado de salud actual de una persona. Para su estudio la valoración se puede subdividir a su vez en varias fases o etapas: la recogida de datos, su validación o verificación y la organización y registro de estos. Aunque datos e información suelen usarse como sinónimos, el salto de dato a información surge cuando estos datos toman un sentido para entender el problema del paciente. Por tanto, la primera cuestión es saber qué datos o qué información necesita una enfermera para cuidar a una persona. Y en concreto, en el trabajo de la enfermera, qué información se busca mediante la entrevista clínica.

Se recoge información acerca del estado de salud del paciente, familia, grupo o comunidad. No olvidemos que la salud es un concepto que evoluciona a través del tiempo, que tiene un carácter subjetivo y relativo por lo que es difícil de medir y siempre se busca la relación entre como estaba y como creía que iba a estar. La recogida de información no termina en el primer contacto con el paciente, sino que es un proceso continuo. Podemos diferenciar diferentes tipos de datos o información.

- **Subjetivos - objetivos.** Hacen referencia, respectivamente, a los síntomas y signos del paciente, es decir, a la posibilidad de ser medidos y contrastados por el entrevistador o no.
- **Históricos - actuales.** Hacen referencia, respectivamente, a lo antecedentes personales del paciente o a sus motivos de queja o consulta del presente.
- **Variables - constantes.** Hacen referencia, respectivamente, a la posibilidad o no de sufrir modificaciones.
- **Directos (primarios) - indirectos (secundarios).** Hacen referencia, respectivamente, a si los aporta el propio paciente o se obtienen de otras fuentes. Referidos a la entrevista, serán aquellos datos que aportan personas distintas del paciente o informes que aporta o que aparecen en la historia clínica. (6)

En cada interacción enfermera-paciente, la enfermera está recogiendo datos, dependiendo de sus conocimientos y de la experiencia previa, que le dan una visión cada vez más amplia de la situación del paciente.

Para realizar una buena valoración, la enfermera debe ser capaz de:

- **Comunicarse de forma eficaz:** realizar una buena entrevista favorece la relación terapéutica, crea una actitud positiva y reduce la ansiedad. Requiere adquirir conocimientos y habilidades de comunicación.
- **Observar sistemáticamente:** la capacidad de observar sistemáticamente depende de los conocimientos básicos de la enfermera. El saber lo que contribuye a un determinado problema, o lo que lo causa, capacita a la enfermera para explorar estas áreas con el paciente.
- **Realizar una valoración física:** es la recogida de datos objetivos referidos al estado físico del cliente. Las técnicas utilizadas incluyen inspección, auscultación, percusión y palpación. La valoración física constituye el examen del individuo de la cabeza a los pies, centrándose en los sistemas

corporales. Para determinar el objetivo del examen físico desde una perspectiva enfermera, se puede plantear la siguiente pregunta: ¿qué puede hacer una enfermera con los datos recogidos al realizar una valoración física de datos básicos? No se busca realizar o sustituir un diagnóstico médico, sino identificar la normalidad o no de lo explorado. (6)

- **Diferenciar entre signos e inferencias:** Para reconocer y confirmar con exactitud la información, la enfermera debe adquirir un método para identificar esa información. Un signo es un hecho que uno percibe a través de los sentidos. Las fuentes primarias de los signos son las explicaciones subjetivas del cliente y los hechos objetivos observados por la enfermera. Las fuentes secundarias son la familia, otros profesionales de la salud y los estudios diagnósticos. Una inferencia es el juicio de la enfermera o la interpretación de estos signos.
- **Identificar patrones de relación:** a menudo, diferentes signos o síntomas se superponen y relacionan unos con otros. Se convierten en explicación y en la base de intervenciones globales.
- **Confirmar y validar las inferencias:** las inferencias son siempre subjetivas porque las realiza una enfermera. Están influidas por los conocimientos, valores y experiencias de la enfermera. Las inferencias extraídas con pocos o ningún signo que las apoyen pueden dar como resultado cuidados inadecuados. Por ello es importante confirmar y validar estos juicios sobre la situación del paciente.

Es importante seguir un orden en la valoración para que, en la práctica, la enfermera adquiriera un hábito que se traduzca en no olvidar ningún aspecto. Si solamente se recogen datos fisiológicos para que los utilicen otros profesionales, y se ignoran el resto de los procesos vitales, no se podrá llegar a la identificación de la situación del paciente, no se realiza la atención holística siguiendo el modelo bio-físico-social-espiritual y eso puede acarrear la frustración y el fracaso de todos los implicados. (9)

La sistemática para seguir en la búsqueda de información puede basarse en distintos criterios. Y estos criterios determinan el contenido de la entrevista, su guión sobre qué preguntar o qué buscar:

- Criterios basados en el modelo biomédico
- Criterios basados en modelos teóricos de Enfermería
- Criterios basados en las necesidades básicas de Henderson
- Criterios basados en los dominios NANDA o dominios NOC
- Criterios basados en patrones funcionales de salud
- Criterios basados en el uso de cuestionarios, test, tablas e índices

La entrevista basada en el modelo biomédico

La valoración según un modelo biomédico se basa en recoger datos siguiendo el orden de “cabeza a pies” o por “sistemas y aparatos” para valorar los diferentes órganos del cuerpo humano. Se valoran, además, el aspecto general y las constantes vitales. Es una valoración parcial del estado de la persona. De utilidad en situaciones de riesgo vital. Seguir un modelo biomédico para identificar necesidades de cuidados de los pacientes puede ser complicado. Por lo que se recomienda utilizar criterios de valoración enfocados a los cuidados y no a la enfermedad. (1)

La entrevista basada en modelos teóricos enfermeros

Cada modelo teórico define de una forma particular los conceptos de salud, persona, Enfermería o cuidados y entorno. Proporcionan un marco amplio para la práctica de la enfermería, sin embargo, esta manera de observar y definir el mundo hace que la recogida de información se base en criterios distintos según la visión del modelo.

Valorar a un paciente siguiendo los criterios de los modelos teóricos puede llevar a identificar distintas necesidades de cuidados dependiendo del modelo escogido. Incluso a considerar un problema del paciente dentro del campo específico del trabajo de la enfermera o no.

El conocimiento en profundidad de los modelos enfermeros puede ser muy útil para adaptar la recogida de información y el cuidado de la persona, basada en la visión del modelo elegido. Es decir, puede aportar a la enfermera herramientas diferentes para cuidar situaciones de salud-enfermedad diferentes.

Esta cuestión va a dar lugar a la propuesta de M. Gordon sobre patrones funcionales de salud. Su punto de vista es que se facilita la recogida de información si se siguen criterios de valoración independientes del modelo teórico elegido. Es importante subrayar que eso no significa que no se use un modelo teórico enfermero, sino que la estructura para valorar es compatible con los presupuestos teóricos del modelo que se siga. Por ello es más correcto decir que la estructura para valorar debe ser compatible con cualquier modelo enfermero. (7)

La entrevista basada en necesidades básicas

Según Henderson, la función de la enfermera es “ayudar al individuo sano y enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyan a su salud, su recuperación o una muerte tranquila, que éste realizaría sin ayuda si tuviese la fuerza, la voluntad y el conocimiento necesario. Y hacerlo de forma que le ayude a ser independiente lo antes posible”.

Define 14 necesidades básicas y fundamentales que comparten todos los seres humanos, que pueden no satisfacerse por causa de una enfermedad o en determinadas etapas del ciclo vital, incidiendo en ellas factores físicos, psicológicos o sociales. Lo que se altera no es la necesidad sino la satisfacción, y el grado de satisfacción es distinto para cada persona. (10)

Aunque no prioriza las necesidades las cinco primeras se consideran vitales.

1. Necesidad de respirar normalmente: matiza también el control de algunos aspectos ambientales, tales como la temperatura, humedad, sustancias irritantes y olores. Hace referencia al masaje cardíaco y al control de oxigenación.

2. Necesidad de comer y beber adecuadamente: la enfermera debe conocer los aspectos psicológicos de la alimentación y establecer una supervisión constante sobre la comida, teniendo en cuenta gustos, hábitos etc.
3. Necesidad de eliminar por todas las vías: la enfermera deberá observar si la eliminación es normal. Incluye la protección de la piel contra la irritación y una buena utilización de ropas de vestir y de cama.
4. Necesidad de moverse y mantener la debida postura: hace un matiz sobre los cambios posturales y la prevención de úlceras por decúbito, e incluye la rehabilitación.
5. Necesidad de dormir y descansar: hace referencia al dolor y al uso indiscriminado de somníferos.
6. Necesidad de seleccionar la ropa adecuada y a vestirse y desvestirse: es importante reducir al mínimo la interrupción de costumbres establecidas y el uso de ropas que lo hagan sentir un miembro activo de la comunidad.
7. Necesidad de mantener la temperatura del cuerpo dentro de los límites adecuados: por medio de ropas adecuadas y la modificación de la temperatura ambiente: Hace referencia también al control de insectos, prevención de la polución de las aguas y la contaminación de la comida.
8. Necesidad de mantenerse limpio, aseado y proteger la piel: tiene en cuenta el valor psicológico, aparte del fisiológico. El número de baños completos deben determinarse de acuerdo con la necesidad física y la voluntad del paciente.
9. Necesidad de evitar los peligros ambientales y los daños a otras personas: hace referencia a la prevención de accidentes y a la protección de sí mismo y de las personas que le rodean. La autoestima. También introduce el conocimiento sobre esterilización.
10. Necesidad de comunicarse con otros para expresar emociones, necesidades, temores o sensaciones: en la medida en que fomenta las buenas relaciones del paciente, promueve el bienestar del mismo. Ayuda a

la persona a comprenderse a sí mismo y cambiar ciertas condiciones, que son las que lo han convertido en enfermo y aceptar aquello que no puede ser cambiado.

11. Necesidad de practicar su religión: respeto y tolerancia a la raza, color, religión, creencias y valores. Secreto profesional.
12. Necesidad de trabajar en algo que de la sensación de utilidad: aceptación del rol de cada uno.
13. Necesidad de jugar o participar en diversas formas de recreo: puede ser un estímulo y un medio de hacer ejercicio. La enfermera puede ayudar a los familiares y amigos del paciente a que atiendan las necesidades recreativas del mismo.
14. Necesidad de aprender a satisfacer la curiosidad: afán que conduce al desarrollo normal de la salud. La orientación, el adiestramiento o la educación forman parte de los cuidados básicos de la mayoría de las personas. (10)

La entrevista basada en dominios NANDA o dominios NOC

En el año 2000, en la XIV Conferencia de la NANDA aparece la, Taxonomía II, que cambio la cambia la estructura de Patrones de Respuesta Humana basado en el Modelo del Hombre Unitario por una basada en Dominios¹⁴. Estos dominios son una evolución de los patrones funcionales de salud expuestos por Gordon. Aunque NANDA-I especifica que los dominios no están pensados como estructura para la valoración de las respuestas humanas, su uso como herramienta de valoración facilita de forma intuitiva la formulación del diagnóstico. Si bien no es el fin que persiguen, pueden ser utilizados como un marco para la valoración y su uso se comienza a extender también como una estructura de valoración.

De forma similar los dominios de la NOC siguen una estructura bio-psico-social-espiritual, incluyendo dominios para los aspectos familiares y comunitarios. De la misma forma, se han utilizado para guiar la valoración. Además, la estructura de “cuestionarios” que desarrolla cada etiqueta puede ayudar a profundizar y medir

la evolución de aspectos específicos. Esta ventaja para valorar puede ser una desventaja para una valoración global, ya que la extensión de las etiquetas NOC dificulta su uso habitual en un enfoque global.

Existen experiencias de agrupación de criterios de resultados para valorar aspectos concretos de la persona. (8)

La entrevista basada en Patrones Funcionales de Salud

M. Gordon desarrolla un sistema para establecer una valoración de Enfermería basada en la capacidad de funcionar. Como mencionamos antes, este enfoque parte de la idea de que la estructura para la valoración es compatible con diferentes enfoques teóricos, lo que facilita la homogeneidad del trabajo enfermero. La recogida de información se organiza de forma que facilite la evaluación de salud y el diagnóstico enfermero. Las áreas de los patrones de salud proporcionan una guía de valoración estándar para una base de datos básicos con independencia de la edad, el nivel de cuidados o la patología.

Según su autora las áreas de los patrones tienen ventajas y cuestiones adicionales:

- No deben ser continuamente aprendidas, se extiende a lo largo de todas las especialidades enfermeras.
- Conducen al diagnóstico enfermero.
- Es una aproximación holística a la valoración funcional humana en cualquier marco y en cualquier grupo de edad, en todos los puntos del continuum salud-enfermedad. Incorpora los conceptos de interacción cliente-entorno, etapa de desarrollo, salud-enfermedad y cultura en la idea holística de patrones de vida dinámicos.
- Guían la recogida de información de la vida de la persona, familia o comunidad y su experiencia de los sucesos y problemas relacionados con la salud y su manejo.
- A medida que se va recogiendo información, la enfermera comienza a entender el área funcional que está siendo valorada. De forma gradual

aparece un patrón, a partir de las descripciones del paciente y de las observaciones de la enfermera. Una vez realizada la recogida de información, la enfermera y el cliente pueden determinar si tiene un funcionamiento positivo, alterado o con alto riesgo de alteración.

- Aún con una adecuada información que describa un patrón, comprenderlo puede ser difícil hasta que no hayan sido valorados todos los patrones funcionales, ya que los once patrones funcionales son una división artificial del funcionamiento humano integral. Los patrones están interrelacionados, estos son interactivos e independientes.

3.1.2. Cuestionario a base de los patrones funcionales

Siguiendo con lo revisado en el punto anterior, los conceptos pueden ser concretados para construir un guión básico de entrevista global. Este guión comprende un enfoque biopsicosocial en cada patrón y puede dar lugar a una entrevista semiestructurada. NO debe ser interpretado como un “cuestionario cerrado”, sino como una propuesta de preguntas abiertas básicas. La enfermera debe adaptarlo a la realidad de cada paciente concreto en función de su edad, sexo/género, y patologías conocidas.

Patrón funcional 1: percepción - manejo de la salud

- ✓ ¿Cómo describiría su estado de salud?
- ✓ ¿Está correctamente vacunado?
- ✓ ¿Fuma habitualmente?
- ✓ ¿Bebe habitualmente?
- ✓ ¿Consume algún tipo de drogas?
- ✓ ¿Conduce después de consumir alcohol o drogas?
- ✓ ¿Algún problema de salud diagnosticado?
- ✓ ¿Toma medicación habitualmente? (11)

Patrón funcional 2: nutricional - metabólico

- ✓ En la última analítica sanguínea que recuerde.
- ✓ Diría que su peso es ...

- ✓ ¿Ha subido o bajado de peso entre 2-4 kilos en los últimos tres meses?
- ✓ ¿Dónde come habitualmente?
- ✓ ¿Quién cocina su comida?
- ✓ ¿Quién planifica su menú?
- ✓ ¿Quién hace la compra?
- ✓ Come habitualmente ...
- ✓ Bebe a diario ...
- ✓ ¿Problemas para masticar o tragar?
- ✓ ¿Problemas dentales? (11)

Patrón funcional 3: eliminación

- ✓ En la última analítica de orina que recuerde.
- ✓ ¿Tiene problemas con la eliminación urinaria?
- ✓ ¿Tiene problemas con la eliminación intestinal?
- ✓ ¿Tiene problemas de sudoración? (11)

Patrón funcional 4: actividad – ejercicio

- ✓ ¿Es capaz de realizar las Actividades Básicas de la Vida Diaria de forma independiente?
- ✓ ¿Es capaz de realizar las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria de forma independiente?
- ✓ ¿Es capaz de realizar las Actividades Avanzadas de la Vida Diaria de forma independiente?
- ✓ Con respecto a su actividad física ... describa
- ✓ Con respecto al ejercicio físico ... describa
- ✓ ¿Cuánto tiempo diría que dedica a la semana a alguna actividad / ejercicio físico "planificado" en su rutina habitual (11)

Patrón funcional 5: Sueño – descanso

- ✓ ¿Se siente descansado al levantarse?
- ✓ ¿Tiene suficiente energía para todas las actividades del día?
- ✓ ¿Le cuesta conciliar el sueño?

- ✓ ¿Se despierta durante la noche?
- ✓ ¿Suele despertarse durante la noche y no puede o tarda en volver a dormir?
- ✓ ¿Cuántas horas diría que duerme habitualmente?
- ✓ ¿Duerme siesta habitualmente?
- ✓ ¿Necesita ayudas para dormir? (11)

Patrón funcional 6: Perceptivo – cognitivo

- ✓ ¿Tiene alguna dificultad con los sentidos?
- ✓ ¿Tiene alguna dificultad con entender, recordar?

Patrón funcional 7: autopercepción – auto concepto

- ✓ ¿Cómo se describiría?
- ✓ ¿Cómo cree que le describirían otros?
- ✓ ¿Cómo se siente habitualmente?
- ✓ ¿En general se siente bien consigo mismo? (11)

Patrón funcional 8: rol – relaciones

- ✓ ¿Cuál es la actividad principal que le define, por ejemplo; usted diría: "Yo soy ..."
- ✓ ¿Trabaja?
- ✓ ¿Estudia?
- ✓ ¿Vive con?
- ✓ ¿Cómo valora sus relaciones con ... (11)

Patrón funcional 9: sexualidad – reproducción

- ✓ ¿Tiene hijos?
- ✓ ¿Abortos?
- ✓ Si es mujer, ¿problemas con la menstruación?
- ✓ Si es hombre, ¿problemas con la próstata?
- ✓ ¿Sabe utilizar métodos anticonceptivos?
- ✓ ¿Utiliza métodos anticonceptivos?
- ✓ ¿Sabe utilizar métodos, para prevenir enfermedades de transmisión sexual?
- ✓ ¿Utiliza métodos para prevenir enfermedades de transmisión sexual?

- ✓ ¿Tiene algún problema en sus relaciones sexuales?
- ✓ ¿Alguna medicación o problema de salud interfiere en sus relaciones sexuales? (11)

Patrón funcional 10: afrontamiento - tolerancia al estrés

- ✓ ¿Ha tenido algún cambio relacionado con la salud en los últimos dos años?
- ✓ ¿Ha tenido algún problema importante que no sea de salud en los últimos dos años?
- ✓ ¿Tiene algún problema?
- ✓ ¿Cuándo tiene algún problema cotidiano a quién recurre?
- ✓ ¿Cuándo tiene algún problema muy importante a quién recurre?
- ✓ ¿Cuándo recurre a personas de su entorno / de su confianza suelen estar disponibles para ayudar?
- ✓ Diría que usted ante problemas importantes reacciona ...
- ✓ ¿Cuándo recurren a usted personas de su entorno / de su confianza suele ayudar? (11)

Patrón funcional 11: valores –creencias

- ✓ Cree que su salud es
- ✓ ¿A qué atribuye su estado de salud (bueno o malo)?
- ✓ ¿En los últimos dos años ha modificado alguno de sus hábitos para mejorar su salud?
- ✓ ¿Tiene alguna dificultad para cambiar sus hábitos por un problema de salud?
- ✓ ¿Tiene alguna dificultad para cambiar sus hábitos para mejorar su salud?
- ✓ ¿Algún problema de salud (suyo o de su entorno) ha cambiado su forma de ver la vida?
- ✓ En una escala de 0 a 10 su calidad de vida HOY. (11)

3.2. Historia clínica

Es un documento médico legal que consigna la exposición detallada y ordenada de todos los datos relativos a un paciente o usuario, incluye la información del individuo y sus familiares, de los antecedentes, estado actual y evolución, además de los procedimientos y de los tratamientos recibidos. (12)

3.2.1. Partes de la historia clínica

3.2.1.1. Anamnesis

Algunos consideran que la anamnesis por si sola puede dar el diagnóstico del 50 por ciento de las enfermedades de la clínica interna; otros consideran que sin la anamnesis ningún diagnóstico es posible.

La mayoría de veces el interrogatorio se puede hacer directamente al paciente, sin embargo, en los niños esto no es posible y debe hacerse a la madre; en las personas inconscientes, a los familiares o amigos más íntimos. Muchas veces acuden a la consulta a más del enfermo, uno o más acompañantes, y son ellos, los acompañantes, los que toman la iniciativa para exponer al médico los males del enfermo. Aunque esta costumbre alguna vez sirve de ayuda, la mayoría estorba al interrogatorio, y con tino hay que frenarlo.

La anamnesis es un segmento de la Historia Clínica que demanda tiempo; el estudiante puede demorarse una hora o más, requiere, por tanto, por parte del médico la mayor atención, orden y paciencia; y por parte del paciente el mejor estado de ánimo posible para responder con claridad y con verdad a las preguntas del médico, un requisito fundamental de la buena anamnesis es la correcta comunicación con el enfermo. Téngase en cuenta que ningún enfermo, por culto que sea, interpreta correctamente los términos médicos (salvo que esté ligado a la medicina de alguna manera), y que el médico no siempre conoce el verdadero significado de la terminología popular que usa el enfermo. Es por tanto indispensable que el médico formule sus preguntas en forma clara y empleando el léxico más sencillo posible, de manera tal, que el enfermo comprenda con precisión la pregunta. Por otra parte, el médico no debe contentarse con la

respuesta que le da el enfermo si ella no satisface plenamente el objetivo que persigue la pregunta. (12)

Datos de Filiación: Pretende, a más de identificar al paciente, recoger información que ya puede tener significativo valor para el diagnóstico, según le enseñará la Semiología y la Clínica.

Sin embargo, a manera de ejemplo, nosotros resaltaremos algunos detalles:

La edad permite orientar la atención hacia-" las enfermedades más propias de la niñez y juventud (Sarampión, Varicela, Paperas, Hepatitis, etc.); de la edad adulta (Litiasis biliar, Litiasis Renal, Artritis reumatoide, etc.); de la vejez (La Arterioesclerosis, los tumores malignos, etc.

El sexo masculino adolece más frecuentemente de Diabetes Mellitus, de la enfermedad úlcera péptica, de las enfermedades coronarias; el sexo femenino es más frecuentemente afectado de Hipertensión Arterial Esencial, Hipertiroidismo, Infecciones de las vías Urinarias.

La profesión es causa frecuente de enfermedad: el calambre del telegrafista; el cólico saturnino de los pintores y obreros que manipulan plomo; los dolores de la columna dorso lumbar de los choferes; las enfermedades como las vías respiratorias, de las personas que trabajan a la intemperie; los desgarres musculares o rotura de los meniscos, de los futbolistas; las afecciones coronarias en los médicos por la tensión emocional, etc.

El lugar de nacimiento, pero sobre todo el de residencia, nos orienta hacia algunas afecciones: los pacientes que viven en la costa y oriente están expuestos a las parasitosis intestinales, las que viven en zonas donde los alimentos no contienen suficiente yodo, sufren más frecuentemente de Bocio; los que viven sobre los 3.000 metros del nivel del mar están más propensos a las enfermedades Cardiopulmonares.

El estado civil puede definir la presentación de trastornos psicosomáticos como en las solteras y en la viudez masculina o femenina; las enfermedades venéreas en los solteros, etc. (12)

Motivo de Consulta: es el momento en que el paciente explica la razón que tuvo para acudir al médico. Es conveniente dejarle que se exprese libremente y sin interrumpirle mayormente. Mientras el enfermo habla, acompañando a sus palabras una mímica muy expresiva, el médico observa y escucha atentamente y toma nota de las quejas del paciente, usando para ello las propias palabras del enfermo o dándoles de una vez la traducción técnica. (12)

Enfermedad Actual: Es la parte de la Historia Clínica que efectivamente recoge las molestias del paciente desde el inicio de la enfermedad hasta este instante, pero con un criterio técnico y con la intervención directa del médico, aquí se debe tomar en cuenta la fecha de comienzo, localización del dolor, irradiación y la evolución del dolor, el tipo de dolor, si tomo alguna medicación, la mejora del dolor, etc. (12)

Revisión de Sistemas: Tiene como finalidad reconocer en el enfermo una patología adicional que no afloró ni en el Motivo de Consulta ni en la Enfermedad Actual. Varias son las causas por las cuales mucha sintomatología puede quedar oculta: ya sea porque el paciente no le da importancia o lo olvida o simplemente no desea decirlo espontáneamente. Pero si se toma en cuenta que el enfermo es uno solo y que mientras no haya sido aliviado de todos sus males, sigue enfermo, entonces se comprende por qué el médico tiene la obligación de tratar de extraer de su paciente toda la información posible. (12)

Historia Pasada: o también llamado antecedentes patológicos personales en donde se pueden incluir información sobre alergias, enfermedades, cirugías y vacunas, así como los resultados de exámenes físicos, pruebas y exámenes de detección.

Historia Familiar: patologías familiares existentes de importancia. (12)

3.2.1.2. Exámen físico

Una vez que hemos realizado la anamnesis debemos pasar a hacer el Examen Físico total del enfermo, para lo cual es recomendable hacerlo región por región (cabeza, cuello, tórax, abdomen y miembros). Pero, como las vísceras de muchos

sistemas se encuentran ubicados en diferentes regiones, es conveniente luego hacer el examen físico especial de todos los sistemas, deteniéndose más en el que se supone es el afectado.

En relación al examen físico, nos atendremos a los cuatro tiempos clásicos, es decir: Inspección, Palpación, Percusión y Auscultación.

Inspección (observar el cuerpo). Palpación (sentir el cuerpo con los dedos o las manos). Auscultación (escuchar los sonidos). Percusión (producir sonidos, generalmente dando golpes suaves en áreas específicas del cuerpo). (13)

3.2.1.3. Evolución

En la historia deberán estar registrados todos los datos referidos a los posibles cambios de los síntomas y de los signos en el transcurrir del día. La terapéutica instituida, los cambios en los signos vitales, los resultados de los exámenes efectuados, aparición de nuevos síntomas y/o signos. En fin, todos los posibles cambios y los hubiera en el día a día del paciente. (13)

3.2.1.4. Epicrisis

Una vez registrada el alta del paciente, en la historia clínica deberá colocarse un resumen referido exclusivamente a la patología actual y con referencia a los antecedentes que estén relacionados a la misma. Constará también el tratamiento efectuado y un resumen de los resultados de los exámenes que resulten relevantes. Como así también la posterior conducta a seguir. Este resumen, con el que se cierra la historia clínica es la EPICRISIS. (14)

3.2.1.5. Contenido de las notas de enfermería

✓ Datos de identificación

Nombre y apellido

Número de historia clínica

Número de cama o unidad

Fecha, día, mes, año

Servicio

✓ Estado general

Estado de conciencia

Posición

Actitud del paciente

Estado físico del paciente

✓ **Medidas terapéuticas**

Vendajes

Procedimientos realizados

✓ **Observaciones especiales**

Heridas

Deposiciones

Micciones

Vómito o náuseas

Dieta

Salidas del servicio

Conductas del paciente (13)

Las decisiones continuas acerca de la asistencia deben estar basadas en una información actual y exacta. Las actividades o hallazgos que se deben comunicar en el momento en que tienen lugar son los siguientes:

1. Constantes vitales
2. Administración de medicamentos y tratamientos
3. Preparación para ir a pruebas diagnósticas o cirugía
4. Cambios en el estado del paciente
5. Admisión, traslado, alta o fallecimiento del paciente
6. Tratamiento aplicado por haberse producido cambios bruscos en el estado del paciente.
7. Respuesta del paciente a la actuación

Es importante comunicar la información siguiendo un formato u orden lógico. Las notas desorganizadas no explican con claridad qué sucedió en primer lugar y pueden provocar confusión acerca de si se prestó una asistencia adecuada. (15)

1. Constantes vitales
2. Administración de medicamentos y tratamientos
3. Preparación para ir a pruebas diagnósticas o cirugía
4. Cambios en el estado del paciente
5. Admisión, traslado, alta o fallecimiento del paciente

3.3. Signos vitales

3.3.1. Temperatura corporal.

Es el equilibrio entre la producción de calor por el cuerpo y su pérdida. El centro termorregulador está situado en el hipotálamo. Cuando la temperatura sobrepasa (hipertermia) el nivel normal se activan mecanismos como vasodilatación, hiperventilación y sudoración que promueven la pérdida de calor. Si, por el contrario, la temperatura baja (hipotermia) del nivel normal se activa mecanismos como aumento del metabolismo y contracciones espasmódicas que producen los escalofríos.

La temperatura normal del cuerpo de una persona varía dependiendo de su sexo, su actividad reciente, el consumo de alimentos y líquidos, la hora del día y, en las mujeres también depende del ciclo menstrual. (15)

Los sitios para la valoración de la temperatura pueden ser:

Oral: sublingual utilizando el clásico termómetro de mercurio durante un tiempo aproximado de cuatro minutos. La temperatura oral se puede medir en todos los pacientes, excepto, en los que están inconscientes, sufren confusión mental, convulsiones, afecciones de nariz, boca o garganta y los niños menores de 6 años.

Rectal: lubricar el termómetro y proteger la intimidad del paciente. El resultado tiende a ser 0,5 a 0,7°C mayor que la temperatura oral. La temperatura rectal es recomendable para el paciente menor de 6 años, a menos, que se le haya practicado cirugía rectal o presente algún tipo de anormalidad en el recto.

Axilar: es recomendable en adultos y niños mayores de 6 años; se deja el termómetro durante cinco minutos. El resultado es 0,5°C menor que la temperatura oral.

En el oído: Un termómetro especial puede medir rápidamente la temperatura del tímpano, que refleja la temperatura central del cuerpo (la temperatura de los órganos internos).

En la frente: Mediante un termómetro de medición infrarroja, que se ubica a la altura de la ceja, a 5 cm de ella y por solo unos segundos es posible obtener una lectura de temperatura corporal, en forma segura, higiénica y noinvasiva. (15)

Valores normales de la temperatura

Edad: Grados centígrados (°C)

Recién nacido: 36,1 – 37,7

Lactante: 37,2

Niños de 2 a 8 años: 37,0

Adulto: 36,5 – 37,0

Adulto mayor: 35,5 – 36,5

Procedimiento para valorar la temperatura

Preparar el termómetro identificando el tipo adecuado, limpieza e integridad, y bajar la escala de mercurio antes de su colocación.

Colocar el termómetro en la axila (previo secado de la misma) en la posición correcta y esperar de 4 a 5 minutos, antes de retirarlo.

En la medición de la temperatura rectal, el bulbo del termómetro, previamente lubricado, se introduce cuidadosamente en el orificio anal. El paciente debe permanecer en decúbito lateral con las piernas ligeramente flexionadas, durante un tiempo aproximado a 3 minutos.

Leer la temperatura correspondiente, valorar y registrar. (15)

3.3.2. Frecuencia cardíaca

Es la onda pulsátil de la sangre, originada en la contracción del ventrículo izquierdo del corazón y que resulta en la expansión y contracción regular del calibre de las arterias. La onda pulsátil representa el rendimiento del latido cardíaco, que es la cantidad de sangre que entra en las arterias con cada contracción ventricular y la adaptación de las arterias, o sea, su capacidad de contraerse y dilatarse. Asimismo, proporciona información sobre el funcionamiento de la válvula aórtica.

El pulso periférico se palpa fácilmente en pies, manos, cara y cuello. Realmente puede palparse en cualquier zona donde una arteria superficial pueda ser fácilmente comprimida contra una superficie ósea. La velocidad del pulso (latidos por minuto) corresponde a la frecuencia cardíaca, la cual varía con la edad, sexo, actividad física, estado emocional, fiebre, medicamentos y lesiones como hemorragias. (15)

Existen 9 puntos para la palpación del pulso:

- **Pulso temporal:** la arteria temporal se palpa sobre el hueso temporal en la región externa de la frente, en un trayecto que va desde la ceja hasta el cuero cabelludo.
- **Pulso carotídeo:** se encuentra en la parte lateral del cuello entre la tráquea y el músculo esternocleidomastoideo.
- **Pulso braquial:** se palpa en la cara interna del músculo bíceps o en la zona media del espacio ante cubital.
- **Pulso radial:** se palpa realizando presión suave sobre la arteria radial en la zona media de la cara interna de la muñeca. Es el método clínico más usado.
- **Pulso femoral:** se palpa la arteria femoral localizada debajo del ligamento inguinal.
- **Pulso poplíteo:** se palpa realizando presión fuerte sobre la arteria poplíteo, por detrás de la rodilla, en la fosa poplíteo.

- **Pulso tibial posterior:** se palpa la arteria tibial localizada por detrás del maléolo interno.
- **Pulso pedio:** se palpa la arteria dorsal del pie sobre los huesos de la parte alta del dorso del pie.
- **Pulso cardíaco apical:** se valora mediante auscultación con la ayuda de un estetoscopio directo en la zona anatómica del corazón. (14)

Valores normales de frecuencia cardíaca

Edad: Pulsaciones por minuto

Recién nacido: 120 – 170

Lactante menor: 120 – 160

Lactante mayor: 110 – 130

Niños de 2 a 4 años: 100 – 120

Niños de 6 a 8 años: 100 – 115

Adulto: 60 – 80. (15)

Procedimiento para la valoración del pulso

El pulso se valora mediante la palpación utilizando la porción distal (yemas) de los dedos índice y medio, presionando suavemente, pero con firmeza sobre las arterias hasta que sienta el pulso.

Contabilice las pulsaciones en un minuto o durante 15 segundos y después multiplíquelo por cuatro para calcular los latidos por minuto, utilizando un reloj con segundero.

Describir la frecuencia, ritmo, intensidad y amplitud.

Finalmente valore y registre.

Es importante recordar que previo al procedimiento se le informa al paciente, el mismo que debe estar en una postura adecuada, relaja y cómoda; en caso de que

el paciente ha realizado actividad física se debe esperar de 10 – 15 minutos para valorar. (15)

3.3.3. Frecuencia respiratoria

La respiración es el proceso mediante el cual se toma oxígeno del ambiente y se expulsa el anhídrido carbónico del organismo. El ciclo respiratorio comprende una fase de inspiración y otra de espiración.

Inspiración: fase activa; se inicia con la contracción del diafragma y los músculos intercostales.

Espiración: fase pasiva; depende de la elasticidad pulmonar.

En condiciones patológicas intervienen los músculos accesorios de la inspiración (escalenos y esternocleidomastoideo) y de la espiración (abdominales).

Se suele medir cuando la persona está en reposo, y consiste simplemente en contar el número de respiraciones durante un minuto contando las veces que se eleva su pecho.

La frecuencia respiratoria puede variar dependiendo de la edad, actividad física, estrés, ambiente, enfermedades y otras condiciones médicas como la ingesta de medicamentos. (14)

Los tipos de Respiración pueden ser: Torácica en la mujer y tóraco- abdominal en el varón.

Valores normales de la frecuencia respiratoria

Edad: Respiraciones por minuto.

Recién nacido: 30 – 80

Lactante menor: 20 – 40

Lactante mayor: 20 – 30

Niños de 2 a 4 años: 20 – 30

Niños de 6 a 8 años: 20 – 25

Adulto: 14 – 20 (15)

Procedimiento para valorar la frecuencia respiratoria

Evaluar el número de respiraciones en un minuto, utilizar un reloj con segundero, determinar ritmo, profundidad y la utilización o no de los músculos accesorios.

La medición puede realizarse apoyando la mano sobre el tórax del sujeto (por palpación) u observando los movimientos de inspiración/ expiración.

Si los movimientos son poco perceptibles, se realiza la medición por auscultación utilizando un estetoscopio sobre el hemitórax derecho durando 60 segundos.

Finalmente valore y registre el dato. (15)

3.3.4. Presión arterial

Es la fuerza que ejerce la sangre sobre las paredes arteriales al momento de ser expulsada por el corazón. Debido al movimiento sanguíneo en forma de onda, se realizan dos medidas de tensión arterial: la presión sistólica o máxima, la cual corresponde a la contracción ventricular y la presión diastólica o mínima, la cual corresponde a la relajación ventricular.

El primer ruido que se escucha corresponde a la presión máxima o sistólica, luego se producirá un desvanecimiento del sonido o intervalo auscultatorio, ya partir de allí se escucharán latidos regulares que disminuirán en intensidad, siendo el último ruido que se deja de escuchar correspondiendo a la presión mínima o diastólica.

La Presión Arterial Media (PAM) se calcula con la siguiente fórmula: $\text{Presión sistólica} + 2 \text{ Presiones diastólicas} / 3$. (13)

Valores normales de la presión arterial

Edad: milímetros de mercurio (mm/Hg)

Niños: 90/50 mmHg – 90/70mmHg

Adulto: 90/60 mmHg – 120/80mmHg

Adulto mayor: hasta 140/90 mmHg. (15)

Procedimiento para la valoración de la presión arterial

La presión arterial conviene medirla en el brazo, estando el paciente sentado o acostado, cómodo y relajado. Debe haber descansado unos 5 minutos y no haber consumido café o haber fumado en los 30 minutos anteriores. El brazo debe estar desnudo, sin ropas que interfieran la colocación del brazalete.

Normalmente la presión en las piernas es un poco mayor que en los brazos.

Para medición en posición sentada:

La extremidad superior deberá apoyarse sobre una superficie firme, y a la altura del corazón.

Para medición en posición acostada:

La extremidad superior deberá quedar en extensión sobre la cama. Si procede, coloque almohada o similar bajo el codo, para mantener esta posición.

Coloque el manómetro a nivel de los ojos del examinador y de la aurícula derecha del examinado y que permita leer la graduación de la columna de mercurio. Si usa manómetro manual portátil, colóquelo sobre una superficie lisa y dura.

Ubique la arteria braquial (o humeral) por palpación en el lado interno del brazo y pliegue del codo (fosa ante-cubital). (15)

Coloque el brazalete ajustado, firme y seleccionado de acuerdo a la circunferencia del brazo del examinado. Su borde inferior debe quedar 2,5 cm (dos traveses de dedo) sobre el pliegue del codo, con los tubos de conexión paralelos al trayecto de la arteria braquial.

Determine el nivel máximo de insuflación. Para ello: ubique la arteria radial por palpación. Sin dejar de presionar la arteria, infle lentamente el brazalete hasta el nivel de presión en que deja de palparse el pulso radial (presión sistólica palpatoria).

Coloque el diafragma del estetoscopio sobre la arteria braquial y bajo el borde inferior del brazalete, con una presión suave, asegurando que contacte la piel en todo momento.

Insufle el brazalete en forma rápida y continua hasta el nivel máximo de insuflación.

Abra la válvula de la pera de insuflación de manera que permita liberar el aire de la cámara a una velocidad aproximada de 2 a 4 mm Hg por segundo.

Observe la columna de mercurio, identificando:

- a) el nivel donde aparece el primer ruido audible (presión sistólica)
- b) la desaparición de los ruidos (presión diastólica).

Cuando se toma la presión con el método auscultatorio puede ocurrir que después de haber escuchado el primer ruido pulsátil (presión sistólica), se presenta una fase de silencio y luego los ruidos reaparecen para finalmente disminuir y desaparecer definitivamente (Presión diastólica). Ese período de silencio se llama el agujero auscultatorio de Korotkoff.

Si es necesario una segunda medición en el mismo brazo, espere 1 a 2 minutos.

Finalmente, valore y registre el dato. (9)

3.3.5. Saturación de oxígeno

Prueba que mide la cantidad de oxígeno que llevan los glóbulos rojos. Un método usa un aparato que dirige un rayo de luz que pasa a través de un dedo. El aparato mide la cantidad de oxígeno en la sangre según la manera en que los glóbulos rojos que llevan el oxígeno absorben y reflejan la luz. En otro método, se toma sangre de una arteria y la cantidad de oxígeno se mide directamente. Una concentración de oxígeno inferior a lo normal puede ser un signo de enfermedad del pulmón o de otras enfermedades. (9)

Factores que influyen en las lecturas de saturación de oxígeno

Entre los factores que influyen en las lecturas de saturación de oxígeno se encuentran los niveles de hemoglobina, la circulación, la actividad y la exposición a monóxido de carbono.

- **Hemoglobina.** Si la hemoglobina está saturada por completo con oxígeno, SpO₂ aparecerá normal, aunque la concentración de hemoglobina sea baja. Es decir, el paciente puede estar gravemente anémico y con un aporte de oxígeno a los tejidos inadecuados, pero el valor que registra el - pulsioxímetro puede ser normal.
- **Circulación.** El oxímetro no dará una lectura exacta si la circulación en el área situada bajo el sensor es anormal.
- **Actividad.** El temblor y el movimiento excesivo del lugar donde está situado el sensor pueden impedir una lectura exacta.
- **Intoxicación por monóxido de carbono.** Los pulsioxímetros no pueden discriminar entre la hemoglobina saturada con oxígeno o con monóxido de carbono. En este caso hay que recurrir a otras medidas de la oxigenación.
- **Esmalte en uñas.** No dará una lectura exacta si el paciente se encuentra con esmalte de uñas bajo el sensor. (12)

Valores de referencia

La saturación de oxígeno normal está comprendida entre el 95% y 100%, el cual se llama normoxia; por el contrario, si está bajo a 95% su interpretación es Hipoxia (desaturación). Por debajo del 70% pone en riesgo la vida.

Procedimiento:

1. Lávese las manos
2. Reúna el equipo y llévelo a la unidad del usuario
3. Explique al usuario sobre el procedimiento a realizar
4. Verifique el sitio donde pondrá el oxímetro de pulso
5. Coloque el sensor en el lugar escogido según edad del usuario

6. Encienda el equipo y observe que la curva o indicador luminoso y sonoro sea regular y la saturación se relacione con la clínica del usuario
7. Lea la saturación de oxígeno, una vez estabilizados los parámetros
8. Retire sensor y apague el oxímetro de pulso
9. Lávese las manos. (16)

3.3.6. Medidas antropométricas

Peso

Definición: Es la medición en kilogramos y gramos de la masa corporal.

Objetivo: Determinar el estado nutricional del usuario(a). (9)

Talla

Definición: Es la medición de la estatura en centímetros o metros de la persona.

Objetivo: Determinar la talla del usuario(a), con el fin de valorar las necesidades o requerimientos en relación con su condición clínica. (16)

ACTIVIDADES RECOMENDADAS

Desarrolle un cuadro de la clasificación de signos vitales con sus rangos normales y patológicos.

UNIDAD 4

PROCEDIMIENTOS BÁSICOS DE ENFERMERÍA



4. PROCEDIMIENTOS BÁSICOS DE ENFERMERIA

INTRODUCCIÓN

En esta unidad, exploraremos los procedimientos esenciales que todo profesional de enfermería debe dominar para brindar una atención segura y de calidad a los pacientes, comenzaremos definiendo qué son los procedimientos básicos de enfermería y su importancia en la práctica diaria. Estos procedimientos abarcan una amplia gama de actividades y habilidades fundamentales, como la higiene y el cuidado personal, la movilización y transferencia de pacientes, la administración de medicamentos y la toma de muestras para análisis.

A lo largo de esta unidad, aprenderemos paso a paso cómo llevar a cabo cada uno de estos procedimientos básicos, exploraremos las técnicas adecuadas, los principios de seguridad y las consideraciones éticas que debemos tener en cuenta al realizar estas actividades. Además, discutiremos la importancia de la comunicación efectiva y la empatía hacia los pacientes durante la ejecución de los procedimientos.

Además, abordaremos la importancia de la documentación adecuada de los procedimientos realizados, discutiremos cómo registrar de manera precisa y completa los datos relevantes, como los resultados de la administración de medicamentos, los cambios en el estado del paciente y cualquier complicación o reacción adversa.

A lo largo de esta unidad, también exploraremos la importancia de la seguridad del paciente y la prevención de infecciones en la ejecución de los procedimientos básicos de enfermería. Analizaremos las medidas de control de infecciones, la higiene de manos adecuada y la manipulación segura de equipos y materiales.

En esta unidad sobre procedimientos básicos de enfermería nos proporcionará los conocimientos y habilidades fundamentales para brindar una atención segura y de calidad a los pacientes. A través de la práctica y la comprensión de los principios y técnicas adecuadas, nos convertiremos en profesionales de enfermería competentes y confiables.

OBJETIVO

Ejecutar de manera adecuada y segura determinando los procedimientos básicos de enfermería con respeto a las condiciones individuales.

4.1. Procedimientos administrativos

Notas de Enfermería: Modelo SOAPE

Es un documento legal que forma parte del expediente de salud que registra los cuidados de enfermería, evolución, tratamiento, situaciones especiales y educación ofrecidos al usuario y/o familia.

Subjetivo:

- Interrogar al usuario(a) o familiar presente o al personal de turno anterior sobre la percepción del estado de salud.
- Utilizar preguntas sencillas relacionadas con la enfermedad y anotar las respuestas con las palabras del usuario(a). (16)

Objetivo:

- Describir en qué forma se recibe al usuario(a) y si está acompañado.
- Anotar estado de conciencia y orientación de la persona.
- Describir la apariencia general en orden cefalocaudal (cabeza, tórax, abdomen, pelvis, miembros superiores, miembros inferiores), realizar la valoración de la piel y registrar alteraciones en las zonas de presión y color.
- Valorar situaciones psicológicas, sociales y espirituales
- Referirse a los dispositivos (sondas, drenes, oxígeno, heridas, soluciones, prótesis y objetos personales u otros) y trámite su custodia.
- Registrar signos vitales y sus características. (16)

Apreciación:

- Anotar el diagnóstico de enfermería reportado por el profesional de enfermería y comunicar al personal técnico.

Plan:

- Establecer el plan de cuidados de enfermería e incluir acciones para atender las necesidades físico funcional, social, espiritual y psicológico.
- Establecer los cuidados para atender las necesidades básicas de alimentación, higiene, eliminación, movilización y los específicos del problema de salud, relacionándolo con cada diagnóstico de enfermería. (16)

Evaluación:

- Registrar los cuidados que se realizaron al usuario y los resultados obtenidos de los mismos.
- Anotar el evento que ocurrió durante el turno (educación impartida, nuevas indicaciones de la visita clínica y otros)
- Reportar el porcentaje de aceptación y tolerancia a la dieta (por ejemplo, más de la mitad o menos de la mitad de la ración).
- Reportar número y las características de las eliminaciones intestinales y vesicales.
- Registrar el resultado de los cuidados y anotar estudios, tratamientos, trámites, y otros reportes que quedan pendientes y su motivo. Al concluir la nota, describir la condición en que queda la persona.
- Subscribir con nombre completo, puesto que desempeña, número de licencia. (16)

Uso del Kardex

Es un registro de información del usuario, realizado por enfermería, que evidencia la Aplicación del Proceso de Atención de Enfermería y las indicaciones de otros profesionales de salud autorizados. Constituye un conjunto de indicaciones que formará parte de la historia clínica y evolución del usuario.

La información que suele ofrecer el kardex del usuario(a) es la siguiente:

- Nombre y apellido del usuario(a)
- N° de identificación
- Edad
- Diagnóstico médico principal
- Indicaciones médicas para el usuario (dieta, frecuencia en que se deben medir las constantes vitales, medicaciones, pruebas diagnósticas)
- Diagnósticos de enfermería y plan de cuidados basado en la valoración de enfermería
- Tratamiento farmacológico y estudios diagnósticos. Debe ser actualizado por el profesional de enfermería. (16)

Admisión del usuario

Es el ingreso del usuario(a) que, debido a una alteración de salud, requiere la hospitalización en una unidad de atención específica.

Se pueden presentar 3 tipos de ingreso:

- **Urgente:** proviene del servicio de urgencias.
- **Programado:** proviene del servicio de admisión.
- **Traslado intrahospitalario:** procedente de otra unidad de hospitalización. (15)

Egreso del usuario

Etapa final del proceso de atención de enfermería, que incluye los trámites y procedimientos administrativos y legales.

Tipos de egreso:

- A. Egreso por mejoría o curación
- B. Egreso de menores de edad
- C. Egreso exigido
- D. Egreso de una unidad por traslado a otra

- E. Egreso por traslado a otro hospital
- F. Egreso por fuga
- G. Egreso por fallecimiento. (14)

4.2. Limpieza y desinfección de las superficies y los espacios

- Limpieza recurrente (una limpieza por turno y cuando sea necesario por presencia de derrames de fluidos corporales).
- Limpieza terminal de la habitación por alta o fallecimiento del paciente.

Limpieza concurrente o de rutina: Se realiza diariamente en todos los turnos y cuando sea necesario (según solicitud de encargado del área). **UNA VEZ POR TURNO.** Incluye la limpieza de todas las superficies donde se realiza la atención (mobiliarios, equipos, pisos, puertas y sanitarios). En las salas hospitalarias se debe limpiar la cama del paciente, mesita de noche, atril, equipos de asistencia de los pacientes, envases de desechos y cualquier otro mobiliario que se encuentre cercano al paciente, hacer énfasis en las superficies de alto contacto con el paciente como son barandas de las camas, interruptores, timbres, entre otros.

Limpieza terminal o profunda: Se realiza de manera programada cada 7 días por tratarse de áreas con alto y muy alto riesgo; también se realiza cuando se da alta al paciente, ante traslados o defunciones o cuando el paciente tiene una larga hospitalización. Incluye todas las superficies del área: paredes, pisos, ventanas, puerta, techos, equipos médicos, mesas, armarios, lámparas, camas, colchones, sillas y superficies de alto contacto. (16)

Procedimiento metodológico antes de la desinfección terminal de la unidad del paciente

- Preparar el material necesario, para evitar imprevistos y desarrollar la técnica sin pérdida de tiempo.
- Lavarse las manos con abundante agua y jabón.
- Colocarse el equipo de protección personal, (bata, gorro, mascarilla y guantes), para prevenir contaminación con microorganismos patógenos.

- Llevar el material a la unidad del paciente egresado y colocarlo en una mesita auxiliar, para facilitar el desarrollo del procedimiento. (11)

La técnica recomendada incluye el empleo de los siguientes principios:

- Empezar limpiando de arriba hacia abajo, iniciando por el techo, luego paredes, puertas y por ultimo suelos.
- De adentro hacia afuera iniciando por el lado opuesto a la entrada.
- Iniciar desde lo más limpio y terminar en lo más contaminado, evitando así la proliferación de microorganismos patógenos. (11)

Procedimiento metodológico durante la desinfección terminal de la unidad del paciente

- Abrir puertas y ventanas, si es posible, con la finalidad de ventilar la habitación y evitar malos olores.
- Recoger vajilla y otros materiales de uso del paciente, llevar a utilería en donde se lava seca y ordena.
- Retirar y clasificar los desechos de acuerdo a normas de bioseguridad, para prevenir la contaminación del ambiente.
- Con la técnica correcta, muy meticulosamente recoger la ropa de cama y depositarla en el recipiente rotulado para ropa sucia, con el objetivo de dejar libres las superficies para limpiar.
- Preparar una lavacara con agua jabonosa (se diluye 5ml de hipoclorito más 5cc de detergente, en cinco litros de agua), para obtener la dilución efectiva para desinfectar.
- Preparar otra lavacara o recipiente con agua limpia, para aclarar las superficies sin pérdida de tiempo.
- Humedecer un limpión en agua jabonosa y proceder a limpiar, aclarar y secar, cambiando el agua las veces que sean necesarias; hacerlo en el siguiente orden:

Velador; empezando en la superficie horizontal, lados, compartimientos y parte inferior, este orden de limpieza disminuye la posibilidad de extender la contaminación.

Mesa auxiliar; bordes, tablero sus dos caras, soportes parte inferior.

Silla; asiento, espaldar, patas.

Mover la cama, separándola de la pared, para facilitar limpiar todas las áreas de la cama y colchón.

Limpiar el colchón por la cara superior y los lados, luego ubicarlo en la parte inferior de la cama, para dejar libre su extremo superior y limpiar con facilidad.

Limpiar la cama desde la cabecera hasta la mitad todas sus áreas, resortes y bordes con agua jabonosa y desinfectante, luego aclarar y secarla.

Voltear el colchón sobre la cama, de manera que quede la cara limpia del mismo en contacto con la parte superior ya limpia de la cama, dejando libre el extremo inferior y proceder limpiar.

Proceder a limpiar el área pendiente del colchón, limpiar la mitad inferior de la cama, con la misma técnica empleada en la parte superior, aclarar y secar muy bien insistiendo en las ranuras para evitar la humedad. - terminar limpiando las patas de la cama que son la parte más contaminada.

Para la limpieza y desinfección de, el velador, mesa auxiliar, silla, cama y colchón se puede utilizar la “espuma detergente desinfectante de superficies SURFA’SAFE”, en este caso se aplica la espuma en todas las superficies con un limpión seco y no se aclara.

- Preparar un bote con el detergente desinfectante para suelos y superficies (diluir 20ml de SURFANIOS frescor limón en 8 litros de agua). En esta preparación humedecer el trapeador y limpiar el piso.

- Dejar la habitación que se ventile hasta el día siguiente si es posible, para preparar la habitación para un nuevo ingreso, de esta forma la habitación estará libre de olores que afecten al paciente. (16)

Procedimiento metodológico después de la desinfección terminal de la unidad del paciente

- Eliminar todas las soluciones sobrantes, porque estas ya preparadas pierden su efectividad
- Recoger los materiales utilizados y clasificar de acuerdo a normas de bioseguridad y dejar todo en orden, para contribuir con un ambiente agradable.
- Retirase prendas de protección y clasificar según normas de bioseguridad, para prevenir la proliferación de gérmenes patógenos.
- Lavarse las manos con abundante agua y jabón para eliminar y disminuir los microorganismos.
- Reportar el procedimiento realizado, como evidencia del cumplimiento de las actividades planificadas. (17)

4.3. Procedimientos de higiene y confort

4.3.1. Tendido de cama

Es el procedimiento que se realiza para la cama clínica en diferentes situaciones. Las cuatro formas básicas para presentar la cama en la unidad del paciente son:

Cama cerrada: Cuando ésta se encuentra desocupada hasta antes del ingreso del paciente.

Cama abierta: Cuando se prepara al paciente que ésta en condiciones de deambular. Se distingue de la cama cerrada por los cambios en la ropa que cubre al paciente.

Cama post-operatoria o de recuperación: Cuando se prepara para recibir a un paciente que ha sido intervenido quirúrgicamente.

Cama ocupada: Cuando se prepara la cama mientras el paciente se encuentra en ella.

La forma de cubrir la cama, independientemente de los tipos mencionados varía, según las normas de la institución hospitalaria, tipo de paciente y disponibilidad de recursos materiales, sin que esto repercuta en los objetivos deseados para lograr comodidad y seguridad al paciente durante su utilización. (17)

Objetivos:

- Ofrecer seguridad desde el punto de vista bacteriológico.
- Proporcionar bienestar físico.
- Facilitar la movilización del paciente.
- Fomentar hábitos higiénicos en el paciente
- Equipo: colcha o cubrecama, cobertor si es necesario, dos sábanas grandes, sábana clínica, una o dos fundas para cojín y tacho para ropa sucia.

Cama cerrada

Técnica de tendido

1. Integrar el equipo y colocarlo en orden inverso al que se va a usar sobre la silla de la unidad del paciente, previa colocación de almohada.
2. Colocar la sábana a partir de la parte media superior del colchón y deslizarla hacia el nivel del extremo inferior de esté.
3. Fijar la sábana en la esquina externa superior del colchón mediante una cartera.
4. Colocar el hule clínico sobre tercio medio del colchón y sobre éste la sábana clínica, procurando fijarla por debajo de los bordes superior e inferior del hule.
5. Introducir los extremos sobrantes de las tres piezas colocadas por debajo del colchón.

6. Pasar al lado contrario de la cama y llevar a cabo los pasos anteriores utilizadas para fijar la ropa.
7. Colocar la sábana superior sobre el colchón a partir de borde medio superior y sobre ésta y a 15 o 25 cm hacia abajo, el cobertor.
8. Doblar sobre el borde superior el cobertor el extremo correspondiente de la sábana; este doblez se le llama "cortesía".
9. Colocar colcha en parte media superior del colchón y deslizarla hacia abajo y hacer carteras en esquinas externas inferiores del colchón.
10. Introducir extremos sobrantes de la ropa por debajo del colchón en ambos lados.
11. Vestir almohadas y colocarlas en la cabecera procurando que queden cubiertas con la parte superior de la colcha. (17)

Cama abierta

A partir de la cama cerrada, realizar los siguientes pasos:

1. Retirar mesa puente o de noche.
2. Aflojar la ropa superior de la cama (colcha, cobertor y sábana "móvil").
3. Colocar las almohadas en la parte inferior de la cama.
4. Llevar el borde superior de la colcha por debajo del cobertor y hacer la "cortesía" con el extremo superior de la sábana.
5. Deslizar estas piezas hacia el tercio inferior del colchón en forma de acordeón.
6. Colocar la almohada y mesa puente o de noche en sitios correspondientes. (17)

Cama ocupada

1. Integrar el equipo y colocarlo en orden inverso al que se va a usar, sobre la silla de la unidad clínica, previa colocación de almohada.

2. Retirar mesa puente o de noche y colocar la silla hacia el pie de la cama.
3. Aflojar toda la ropa de cama por el lado contrario al que se encuentra el buró o la mesa de noche.
4. Retirar pieza por pieza doblando o enrollándolas según el caso y colocarlos ya sea en el tánico o sobre el respaldo de la silla si se van a cambiar por piezas limpias.
5. Realizar aseo de cama conforme a los pasos señalados en el aseo diario de la unidad del paciente.
6. Colocar la sábana a partir de la parte media superior del colchón y deslizarla hacia el nivel del extremo inferior de éste.
7. Fijar la sábana en la esquina externa superior del colchón mediante una cartera. (18)
8. Colocar el hule clínico sobre tercio medio del colchón y sobre éste la sábana clínica, procurando fijarla por debajo de los bordes superior e inferior del hule.
9. Introducir los extremos sobrantes de las tres piezas colocadas por debajo del colchón.
10. Pasar al lado contrario de la cama y llevar a cabo los pasos anteriores utilizadas para fijar la ropa.
11. Colocar la sábana superior sobre el colchón a partir de borde medio superior y sobre ésta y a 15 o 25 cm hacia abajo, el cobertor.
12. Doblar sobre el borde superior el cobertor el extremo correspondiente de la sábana; este doblez se le llama "cortesía".
13. Colocar colcha en parte media superior del colchón y deslizarla hacia abajo y hacer carteras en esquinas externas inferiores del colchón.
14. Vestir la almohada y colocársela al paciente. (17)

Cama pre-operatoria o de recuperación

1. Retirar mesa puente o de noche.
2. Aflojar la ropa superior de la cama (colcha, cobertor sábana "móvil").
3. Colocar las almohadas en la parte inferior de la cama.
4. Llevar el borde superior de la colcha por debajo del cobertor y hacer la "cortesía" con el extremo superior de la sábana.
5. Deslizar estas piezas hacia el tercio inferior del colchón en forma de acordeón.
6. Colocar la almohada y mesa puente o de noche en sitios correspondientes
7. Colocar la sábana a partir de la parte media superior del colchón y deslizarla hacia el nivel del extremo inferior de esté.
8. Fijar la sábana en la esquina externa superior del colchón mediante una cartera.
9. Colocar el hule clínico sobre tercio medio del colchón y sobre éste la sábana clínica, procurando fijarla por debajo de los bordes superior e inferior del hule.
10. Introducir los extremos sobrantes de las tres piezas colocadas por debajo del colchón.
11. Pasar al lado contrario de la cama y llevar a cabo los pasos anteriores utilizadas para fijar la ropa.
12. Colocar la sábana superior sobre el colchón a partir de borde medio superior y sobre ésta y a 15 o 25 cm hacia abajo, el cobertor.
13. Doblar sobre el borde superior el cobertor el extremo correspondiente de la sábana; este doblez se le llama "cortesía".
14. Colocar colcha en parte media superior del colchón y deslizarla hacia abajo y hacer carteras en esquinas externas inferiores del colchón.

15. Doblar el extremo inferior sobrante de la ropa sobre la superficie de la cama.
16. Doblar en forma de acordeón, rollo o triángulo la ropa que cubrirá al paciente, hacia el lado opuesto de la entrada a la unidad del paciente.
17. Colocar la almohada en forma vertical sobre cara anterior de la cabecera de la cama y aplicar calor por medios físicos sobre la superficie de ésta.
18. Colocar mesa puente o de noche, silla y buró de tal forma que no impida el traslado del paciente del carro-camilla a la cama clínica. (18)

4.3.2. Higiene de manos

Lavado de manos clínico:

El lavado de manos es la medida más importante para reducir el riesgo de transmisión de microorganismos. Está demostrado que las manos del personal sanitario son la vía de transmisión de la mayoría de las infecciones cruzadas y de algunos brotes epidémicos. Este proceso durara como mínimo 1 minuto. (18)

Objetivo: Eliminar suciedad y microorganismos transeúntes de la piel.

Procedimiento:

1. Apertura la llave del caño hasta obtener agua a chorro moderado que permita el arrastre mecánico.
2. Humedezca sus manos.
3. Aplicar en la palma de la mano Clorhexidina al 2%.
4. Realice el frotado hasta obtener espuma en toda la superficie de las manos
5. Realice el frotado de las palmas de mano entre sí.
6. Realice el frotado de la palma derecha contra el dorso de la mano izquierda entrelazando los dedos y viceversa
7. Realice el frotado de las palmas de mano entre sí, con los dedos entrelazados.
8. Realice el frotado del dorso de los dedos de una mano con la palma de la mano opuesta, agarrándose los dedos.

9. Realice el frotado del pulgar izquierdo con movimiento de rotación atrapándolo con la palma de mano derecha y viceversa
10. Realice el frotado de la punta de los dedos de la mano derecha contra la palma de la mano izquierda, haciendo un movimiento de rotación y viceversa
11. Enjuáguese las manos, de la parte distal a la proximal con agua a chorro moderado y no sacudirlas
12. Cierre la espita del caño con la misma toalla que utilizó. (18)

Lavado de manos quirúrgico:

Es la remoción química de microorganismos que destruyen o matan la flora transitoria y remueve las residentes presentes en la piel. Este proceso durará como mínimo 5 minutos.

Objetivo: Eliminar los microorganismos transeúntes y reducir la flora residente

Procedimiento:

1. Apertura la llave del caño de codo o pedal hasta obtener agua a chorro.
2. Humedezca sus manos y antebrazos.
3. Deposite una cantidad suficiente de clorhexidina al 4% en la superficie de sus manos.
4. Frote sus manos y antebrazos hasta obtener espuma en toda la superficie.
5. Frote las palmas de sus manos entre sí.
6. Frote la palma de su mano derecha contra el dorso de su mano izquierda entrelazando los dedos y viceversa.
7. Frote las palmas de sus manos entre sí con los dedos entrelazados.
8. Frote su pulgar izquierdo con un movimiento de rotación atrapándolo con la palma de la mano derecha y viceversa.
9. Frote la punta de los dedos de su mano derecha contra la palma de su mano izquierda, haciendo un movimiento de rotación y viceversa.
10. Con movimientos rotatorios descienda su mano izquierda por el antebrazo derecho hasta debajo del codo y viceversa.

11. Enjuague sus manos manteniéndolas levantadas sobre los codos.
12. Cierre la espita de codo o pedal de acuerdo al tipo de lavamanos.
13. Mantenga las manos en alto dirigiéndose hacia SOP y proceda a la apertura de la puerta de espalda para no contaminar sus manos y antebrazos. (18)

Materiales

- Papel Toalla
- Lavamanos
- Centro quirúrgico: Clorhexidina al 4%.
- Servicios asistenciales: Hospitalización, Sala de quimioterapia, Clorhexidina al 2%.
- Áreas críticas: Unidad de cuidados intensivos, Sala de Inmunodeprimidos, Tópico y Urgencias): Clorhexidina al 2%.
- Para procedimientos invasivos: Clorhexidina al 4%.
- Áreas no críticas: Farmacia, baños para público en general y de áreas administrativas, etc., Jabón con triclosan al 2%. (18)

LOS 5 MOMENTOS DEL LAVADO DE MANOS:

Considerar los 5 momentos del lavado de manos:

1. Antes del contacto con el paciente. Para proteger al paciente de los gérmenes dañinos que usted tiene en las manos. Ejemplo: al estrecharle la mano, al ayudarlo a moverse, al realizar un examen clínico.
2. Antes de realizar una tarea limpia/aséptica. Para proteger al paciente de los gérmenes dañinos que puedan ingresar a su cuerpo, incluido sus propios gérmenes. Ejemplo: cuidado oral, dental, aspiración de secreciones, curaciones, inserción de catéteres, preparación de alimentos, administración de medicamentos.
3. Después de una exposición a fluidos corporales y después de quitarse los guantes: Para protegerse y proteger el entorno de atención de salud de gérmenes dañinos del paciente. Ejemplo: cuidado oral, dental, aspiración

de secreciones, extracción y manipulación de sangre, orina, heces y desechos de los pacientes.

4. Después del contacto con el paciente: Realizar la higiene de las manos después de tocar al paciente o su entorno inmediato, cuando nos alejamos del paciente. Para protegerse y proteger el entorno de atención de salud de gérmenes dañinos del paciente. Ejemplo: al estrecharle la mano, al ayudarlo a moverse, al realizar un examen clínico.
5. Después del contacto con el entorno del paciente: Para protegerse y proteger el entorno de atención de salud de gérmenes dañinos del paciente. Ejemplo: cambiar la ropa de cama, ajustar la velocidad de perfusión. (19)

4.4. Necesidades del paciente

Las Intervenciones de Enfermería son acciones para implementar un correcto plan de atención al paciente, controlando su estado clínico. Según la Teoría de Motivación de Maslow hay cinco necesidades básicas: fisiológicas, seguridad y protección, amor y pertenecía, autoestima y de autorrealización. El objetivo de este estudio fue evaluar las intervenciones de Enfermería basadas en la teoría de las necesidades de Maslow.

Al aplicar la teoría de Maslow a las necesidades básicas del paciente al momento de realizar las intervenciones de Enfermería, se lo realiza según lo que el profesional puede hacer por el paciente así: en las necesidades fisiológicas básicas se consideran en el paciente la nutrición (agua y alimentos), la eliminación (ir al baño), las vías respiratorias (succión), la respiración (oxígeno), la circulación (pulso, monitor cardíaco, presión arterial) (ABC), sueño, sexo, refugio y ejercicio. (18)

En las necesidades de seguridad y protección, las intervenciones de Enfermería se enfocan por ejemplo en la prevención de lesiones (barandillas, luces de llamada, higiene de manos, aislamiento, precauciones contra el suicidio, precauciones contra caídas (asientos, cascos, cinturones de seguridad), el fomento de un clima de confianza y seguridad (relación terapéutica), la educación del paciente (riesgo modificable factores de accidente cerebrovascular, enfermedades del corazón).

En el escalón de amor y pertenencia, se busca fomentar relaciones de apoyo, métodos para evitar el aislamiento social, emplear técnicas de escucha activa o la comunicación terapéutica. En la autoestima, se enfoca en la aceptación, esfuerzo, sentido de control, y la aceptación de la apariencia física o hábitos corporales. Finalmente, en la autorrealización, va con el entorno de empoderamiento, crecimiento espiritual, capacidad de reconocer el punto de vista de los demás, alcanzando el máximo potencial del paciente.

La Teoría de Maslow propone que la priorización de los objetivos sanitarios desde el punto de vista médico y del paciente permite visualizar y comprender sus necesidades. Supone que las necesidades del paciente son equivalentes a las expectativas del paciente, por lo tanto, el logro de cada nivel de la jerarquía de necesidades de Maslow por parte de un paciente se reflejará en el nivel de satisfacción. Con la autorrealización, se considera que el paciente está satisfecho con el servicio de atención médica. Las intervenciones de Enfermería basadas en la teoría de las necesidades de Maslow se satisfacen cuando se logran todas las necesidades psicofísicas de un paciente en toda su jerarquía. (20)

4.4.1. Baño del paciente y aseo de cavidades

Procedimiento para el baño del paciente que puede moverse:

- Valorar el grado de dependencia del paciente.
- Trasladar siempre con oxígeno de transporte.
- Facilitarle la ayuda o supervisión durante el baño.
- Recomendarle medidas de seguridad para Prevenir caídas accidentales.
- Recordarle la existencia del timbre en caso de requerir ayuda.
- Facilitar al paciente el material necesario y comprobar que la ducha esté en las debidas condiciones de higiene y seguridad.
- Una vez finalizada la ducha, poner especial atención en el suelo mojado para evitar caídas del paciente y del personal.
- Señalizar la habitación en la que se ha realizado la ducha. (18)

Procedimiento para el baño del paciente en cama no intubado

- Lavarse las manos y colocarse los guantes.
- Desnudar al paciente: procurar dejar expuesta sólo la parte del cuerpo que se vaya a lavar y taparla inmediatamente después, para preservar la intimidad del paciente.
- Realizar el lavado siguiendo un orden desde las zonas más limpias a las menos limpias:
 1. Cara (solo con agua), orejas y cuello.
 2. Extremidades superiores, tórax y axilas, región submamaria y espacios interdigitales.
 3. Abdomen y extremidades inferiores, insistiendo en las áreas umbilical, inguinal, hueco poplíteo.
 4. Genitales y periné: lavar desde el pubis hacia el periné sin retroceder
 5. Continuar con una gasa nueva por la parte posterior del cuello, espalda, glúteos, muslos y región anal. Desechar la segunda gasa.
- Con el paciente en decúbito lateral, enrollar la sábana longitudinalmente hacia el centro de la cama e ir la sustituyendo progresivamente por la limpia.
- Aplicar una pequeña cantidad de crema hidratante con un ligero masaje hasta su total absorción.
- Terminar de cambiar la cama con ropa limpia, poner al paciente el pijama o bata limpia y peinarle. (18)

Procedimiento para el baño del paciente intubado

- Proporcionar un espacio de intimidad, colocar biombos necesarios para que no se vea al interior de la habitación o cubículo.
- Lavarse las manos y colocarse los guantes.
- Ubicar al paciente en posición adecuada.
- Pedir colaboración de otro enfermero, mínimo 2 auxiliares de enfermería para el baño del paciente intubado.
- Retirar la ropa de cama, dejar solo la sábana de arriba.

- Desnudar al paciente y cubrir con sábana, nunca lo deje desnudo. > Preparar la cama para evitar que se moje lo menos posible.
- Humedecer la gasa con agua tibia.
- Lavar el cabello.
- Comenzar por el cuello y orejas.
- Continuar con el lavado de cara, colocando la toalla de baño sobre el tórax.
- Situar torundas de algodón en los oídos para que no ingrese agua.
- Lavar los ojos solo con agua y secar, (desde el interior hacia fuera).
- Lavar el resto de la cara con jabón.
- Si es hombre, aprovechar este momento para afeitarlo; Previo consentimiento el familiar.
- Lavar los brazos y manos.
- No olvidar pasar la gasa entre los dedos. (18)

Técnica En La Mujer

- Colocar decúbito a la paciente.
- Cubrir el cuerpo, dejando mínima exposición corporal.
- Colocarse los guantes.
- Separar las piernas del paciente con las rodillas bien flexionadas.
- Lavar y secar la parte superior interna de los muslos con jabón blanco.
- Para la zona perineo genital, limpiar los labios mayores, separar y limpiar los pliegues entre los labios mayores y menores.
- Utilizar distintas torundas de algodón o gasas para cada pasada, y limpiar desde el pubis hacia el recto.
- Enjuagar bien la zona
- Secar bien la zona para prevenir formación de microorganismos por humedad, y prestar especial atención en los lugares de los pliegues. (19)

Técnica En El Hombre

- Colocar decúbito al paciente.
- Colocarse los guantes.

- Lavar y secar la parte interna de los muslos.
- Observar zona genital buscando inflamación, excoriación, tumefacción.
- Lavar y secar el pene.
- Retraer el pliegue del prepucio lavar y secar el glande. Volver a su lugar el pliegue.
- Lavar y secar el escroto, puede ser lavado conjuntamente con las nalgas con drenaje de agua tibia hacia el recto o girar al paciente de lado.
- Prestar especial atención en la zona de pliegues de los glúteos y parte posterior del escroto.
- Secar bien la zona. (19)

Higiene Oral Del Paciente Consciente

- Si es posible, colocar al paciente sentado o semiincorporado (posición de Fowler). Si no puede incorporarse, lateralizar la cabeza.
- Colocarse los guantes
- Si el paciente es portador de prótesis dental, retirar y limpiar.
- Colocar una toalla alrededor del cuello.
- Colocar una cubeta cerca del paciente.
- Cepillar los dientes con crema dental (de arriba hacia abajo y viceversa con movimientos cortos), la lengua y las encías, durante unos dos minutos, si el paciente lo tolera.
- Enjuagar con agua tibia
- Secar e hidratar los labios.
- Facilitar la prótesis dental, cuando sea necesario.
- Colocar al paciente en posición cómoda y adecuada, permitiéndole el fácil acceso al timbre y a sus elementos personales. (18)

Higiene Oral Del Paciente Intubado

El lavado bucal y enjuague con clorhexidina al 0.12% como primer paso para evitar la colonización de microorganismos de la orofaringe. Dando especial importancia a la limpieza de toda la boca: dientes, lengua y paladar:

- Colocarse los guantes
- Colocar la cabeza del paciente de lado quitando previamente la almohada.
- Colocar una toalla y encima una riñonera en contacto con la barbilla y mejilla del paciente.
- Preparar una torunda con gasa no estéril y pinza de punta roma.
- Utilizar un depresor para mantener abierta la cavidad bucal, si es necesario.
- Lavar con jeringa con agua, la cavidad bucal, aspirando al mismo tiempo, para evitar la bronca aspiración.
- Mojar la torunda en agua o solución antiséptica (clorhexidina al 0,1%, bicarbonato, etc.), escurrir bien la gasa, retirar las secreciones de todos los tejidos bucales. Cambiar de torunda cada vez.
- Secar e hidratar los labios.
- Colocar al paciente en posición cómoda y adecuada.
- Recoger, ordenar y limpiar (21)

Higiene de manos

Estos son los pasos para el aseo de manos y uñas para prevenir infecciones, ulceraciones y deformidades:

- Para limpiar las manos y las uñas, sumérgelas en una palangana con agua tibia unos dos minutos.
- Lava diariamente sus manos con jabón neutro, seca minuciosamente sobre todo en los espacios interdigitales y aplica crema hidratante.
- Corta las uñas en redondo, pero evita cortarlas demasiado. Seguidamente, moja una esponja, limpia y enjuaga las manos.
- Seca las uñas cortadas con las toallas, sin frotar.
- Valora el tamaño de las uñas una vez por semana. (21)

Higiene de pies

A continuación, hablamos de los cuidados de las extremidades inferiores, como son los pies y las uñas. Antes de nada, pon especial cuidado en los pies de la

persona dependiente: En las plantas, uñas, dedos y espacios interdigitales vigilando la aparición de descamaciones, callosidades, durezas o uñas encarnadas.

Estos sería los pasos:

- Sumerge los pies en una palangana con agua tibia unos dos minutos.
- Enjabona y enjuágalos.
- Corta las uñas de los pies en línea recta para evitar que se encarnen. Evita cortarlas demasiado.
- Seca con las toallas, sin frotar.
- Elévale los pies para mantener buena circulación sanguínea.
- En el caso de las personas diabéticas, presta especial atención al estado de los pies para controlar su salud. (22)

4.4.2. Necesidad de alimentación

Es el proceso biológico a través del cual el organismo asimila los nutrientes y la energía necesarios para la vida.

Existen situaciones en las que la nutrición, tal y como se conoce, comiendo alimentos habituales por la boca, no es suficiente para mantener un estado de salud adecuado, ya sea por alguna enfermedad que aumente mucho las necesidades (por ejemplo, una enfermedad pulmonar en la que el niño gaste mucha energía al tener que respirar muy rápido) o situaciones en las que no pueda realizarse (por ejemplo cirugía reciente de intestino, tras la que sea necesario no ingerir nada durante un periodo largo de tiempo).

En estos casos se recurre a técnicas de soporte artificial (nutrición enteral, nutrición parenteral o ambas) para administrar dichos nutrientes de otra forma. (21)

Puede ser:

Nutrición enteral oral. Se toman por boca productos obtenidos de los alimentos y diseñados específicamente para que tengan muchas calorías, o algún nutriente determinado según la enfermedad del niño. Estos productos se denominan

“fórmulas o módulos nutricionales”, aunque tradicionalmente se usa de manera errónea el término “batido”. Las fórmulas se comercializan de forma líquida o en polvo y se suelen saborizar para que sepan a vainilla, chocolate, fresa, etc. (Por eso, quizá, la denominación de “batido”).

Nutrición enteral por sonda. Se administran dichas fórmulas a través de un tubo fino, largo y flexible. Este tubo se puede introducir a través de la nariz o la boca hasta el estómago o el intestino (sondas nasogástricas, desde la nariz al estómago; naso intestinales, desde la nariz al intestino; orogástricas, desde la boca al estómago, etc.), o a través de agujeros que se hacen en quirófano en el estómago o en el intestino (gastrostomía, agujero en el estómago).

Siempre que se necesiten más nutrientes o energía de los que el niño pueda comer con una alimentación normal o cuando no pueda comer por boca. (21)

Se necesita que el aparato digestivo funcione total o parcialmente.

Nutrición parenteral

Es la administración de los nutrientes a través de una vena.

Cuando no se pueda usar el aparato digestivo por una enfermedad o en situaciones en las que se necesite reposo digestivo.

A veces, el aparato digestivo funciona parcialmente y de forma insuficiente, y se necesita completar la nutrición de forma parenteral. (23)

4.4.3. Necesidad de movilización

Es el conjunto de actividades que realiza el personal de enfermería para movilizar al usuario(a), con limitación de movimiento.

Objetivos:

- Conservar el tono muscular, la respiración y la circulación.
- Mantener una correcta alineación del cuerpo.
- Prevenir úlceras por presión.

Procedimiento:

- Revise el plan de atención de enfermería en el expediente de salud del usuario(a) y en el Kardex.
- Educar sobre el procedimiento.
- Solicitar al usuario(a) el consentimiento informado sobre el procedimiento a realizar.
- Mantener la higiene de manos, según procedimiento.
- Colocarse el equipo de protección (Bioseguridad, según el caso).
- Preparar y trasladar el equipo completo a la unidad del usuario(a).
- Ofrecer privacidad, seguridad y comodidad, al usuario(a), para realizar el procedimiento.
- Retirar la almohada y deslizar la ropa superior de la cama a los pies del usuario(a). Colocar el ahulado y una sábana movable si la cama no cuenta con ello.
- Revisar si está miccionado o defecado y hacer higiene del área genital con jabón y agua, si es necesario.
- Movilizar al usuario(a) aplicando la mecánica corporal y colocar al usuario en la posición, según el plan de cambios de posición y /o necesidad del usuario.
- Colocar los dispositivos de protección en las áreas de cuerpo según la posición que corresponda.
- Asegurar la comodidad y confort del usuario.
- Dejar la unidad y cuarto de tratamiento en orden.
- Retirar el equipo de protección según procedimiento.
- Efectuar el lavado de manos clínico.
- Elaborar la nota de enfermería siguiendo los criterios de calidad preestablecidos. (21)

Posición decúbito supino o dorsal

Es la posición en la que al usuario(a) se encuentra acostado sobre su espalda, con los brazos y las piernas en extensión, las rodillas algo flexionadas y los pies en

ángulo recto con respecto al cuerpo. Los miembros superiores e inferiores juntos al cuerpo.

Posición decúbito prono o ventral:

El usuario(a) se encuentra acostado sobre su abdomen, con la cabeza girada hacia uno de los lados, las extremidades superiores pueden estar extendidas junto al cuerpo o flexionadas por el codo, a ambos lados de la cabeza, para conseguir la expansión torácica. Los miembros inferiores se hallan extendidos. (21)

Posición decúbito lateral izquierda o derecha: Posición en la que al usuario(a) se encuentra acostado sobre un costado, derecho o izquierdo. El miembro superior al lado sobre el que se halla recostado el usuario(a), delante del cuerpo, flexionado a la altura del codo y paralelo a la cabeza; el otro flexionado y apoyado sobre el cuerpo. La espalda recta con la cadera flexionada, la cabeza en posición anatómica, la pierna sobre la que se halla recostado el usuario(a) con la rodilla ligeramente doblada y la otra flexionada a la altura de la cadera y de la rodilla. Los pies se sitúan en ángulo recto. (19)

Posición de Fowler y Semi Fowler:

Es la posición en la que, estando la persona en decúbito supino, se levanta la cabecera de la cama a más de 50 cm y así la espalda apoyada sobre la cama formará un ángulo de 90°. (21)

Traslado del usuario(a) de cama a silla de ruedas

Son las actividades que realiza enfermería para movilizar al usuario(a) encamado para trasladar de la cama a la silla de ruedas.

Procedimiento:

- Solicitar al usuario(a) el consentimiento para el traslado de la cama a la silla, si su condición se lo permite.
- Reunir y trasladar el material necesario a la unidad del usuario(a).
- Valorar si se necesita la ayuda de más funcionarios para realizar el procedimiento en forma asistida.

- Hacer higiene con jabón y agua si la persona se defecó o mocionó y así hacer la limpieza respectiva, antes de su movilización.
- Cerrar las conexiones de sondas, soluciones intravenosas, ajuste de yeso, férulas, sujetadores.
- Ubicar la silla de ruedas en forma paralela a la cama, del lado que facilite la movilización, en un espacio suficiente que permita comodidad para la maniobra requerida, si el usuario(a) tiene dependencia parcial.
- Proteger la silla con la sábana movable.
- Colocar la grada si es necesario, al pie de la cama, para que el usuario(a) pueda apoyar sus pies en el momento que se tenga que levantar; en caso contrario, reducir la altura de la cama.
- Colocar al usuario en posición semifowler al menos durante 10 minutos y valorar por mareos o (nauseas).
- Colorar la pierna dominante del cuidador entre las piernas del usuario, el cuidador flexiona sus piernas y sostiene al usuario de sus axilas, para elevarlo, girar hacia las sillas sin soltar al usuario.
- Acercar al usuario a la silla y el cuidador flexiona las piernas y desciende para sentar al usuario suavemente.
- Sacar los brazos de las axilas del usuario, sujetarlo a la silla, cubrirlo con sabana para su confort.
- Colocar los pies en los estribos de la silla.
- Permitir que el usuario(a) repose sentado por el tiempo necesario para que se adapte a la nueva posición.
- Aplicar medidas de seguridad para evitar la caída del usuario (sujetar al usuario a la silla). Observar cualquier síntoma que pueda indicar intolerancia a la posición o fatiga excesiva. En caso de cansancio en la silla, poner al usuario(a) de pie y realizar un ligero masaje en región sacra y volver a sentar.
- Cubrir la espalda y las piernas con sábana movable; colocar medias y zapatos, en caso necesario.

- Elaborar la nota de enfermería siguiendo los criterios de calidad preestablecidos. (1)

4.5. Administración de medicamentos

Antes de administrar un medicamento, se deben tener en cuenta las siguientes reglas generales:

1. ADMINISTRAR EL MEDICAMENTO CORRECTO

- Identificar el medicamento y comprobar la fecha de caducidad del mismo.
- Comprobar el nombre de la especialidad al preparar el medicamento.
- Comprobar el nombre de la especialidad al administrar el medicamento.
- Si existe alguna duda, no administrar y consultar
- Se desechará cualquier especialidad farmacéutica que no esté correctamente identificada.

2. ADMINISTRAR EL MEDICAMENTO AL PACIENTE INDICADO

- Comprobar la identificación del paciente.

3. ADMINISTRAR LA DOSIS CORRECTA

- Siempre que una dosis prescrita parezca inadecuada, comprobarla de nuevo.

4. ADMINISTRAR EL MEDICAMENTO POR LA VIA CORRECTA

- Asegurar que la vía de administración es la correcta.
- Si la vía de administración no aparece en la prescripción, consultar.

5. ADMINISTRAR EL MEDICAMENTO A LA HORA CORRECTA

- Comprobar el aspecto del medicamento antes de administrarlo, posibles precipitaciones, cambios de color, etc...
- Se debe prestar especial atención a la administración de antibióticos, antineoplásicos y aquellos medicamentos que exijan un intervalo de dosificación estricto.

6. REGISTRAR TODOS LOS MEDICAMENTOS ADMINISTRADOS

- Registrar y firmar lo antes posible la administración del medicamento.

- Si por alguna razón no se administra un medicamento, registrar en la Hoja de Evolución de Enfermería especificando el motivo y en la hoja de incidencias de dosis unitaria si procede.
7. **INFORMAR E INSTRUIR AL PACIENTE SOBRE LOS MEDICAMENTOS QUE ESTA RECIBIENDO**
 8. **COMPROBAR QUE EL PACIENTE NO TOMA NINGUN MEDICAMENTO AJENO AL PRESCRITO**
 9. **INVESTIGAR SI EL PACIENTE PADECE ALERGIAS Y DESCARTAR INTERACCIONES FARMACOLOGICAS**
 10. **ANTES DE PREPARAR Y ADMINISTRAR UN MEDICAMENTO REALIZAR LAVADO DE MANOS. (21)**

4.5.1. Medicamentos para administración oral

Comprimidos:

- Preservar de la humedad, luz y aire.
- No partir si no están ranurados, por la dificultad de precisión de dosis.
- No triturar ni diluir las formas de liberación controlada ni las que tengan recubrimiento entérico.
- Disolver completamente las formas efervescentes.
- Si se administran comprimidos por vía sublingual, vigilar que no se traguen.

Grageas y cápsulas

- No triturar ni quitar la cápsula protectora porque se puede modificar el lugar de absorción y provocar efectos indeseados.
- Administrar con abundante cantidad de agua y con el estómago vacío para asegurar un tránsito rápido hacia el intestino.
- No administrar con leche o alcalinos ya que estos desintegran prematuramente la cobertura protectora
- Si se administran cápsulas por vía sublingual se deben perforar

Polvos

- Administrar inmediatamente después de la disolución.

Jarabes

- Cuando se administra con otros medicamentos, el jarabe se toma siempre en último lugar.
- En pacientes diabéticos, comprobar el contenido de azúcar y el contenido de alcohol en niños.

Suspensiones

- Agitar bien antes de administrar.
- Las suspensiones antiácidas, no deben diluirse para permitir que recubran convenientemente la mucosa gástrica. (21)

4.5.2. Medicamentos para administración por sonda nasogástrica**Comprimidos y cápsulas**

- Generalmente no se deben triturar las formas de liberación controlada, comprimidos recubiertos, formas de administración sublingual, ni las cápsulas de gelatina blanda
- Consulte a Farmacia. Si pueden triturarse o abrirse, mezclar el medicamento con zumo, agua u otro líquido compatible.

Jarabes

- Si el medicamento es muy viscoso diluirlo con agua antes de cargarlo en jeringa.
- No administrar bolus en el intestino ya que puede provocar diarrea osmótica. (6)

4.5.3. Medicamentos para administración por vía rectal

Supositorios

- Si el supositorio está demasiado blando, se puede aumentar su consistencia manteniéndolo en agua fría durante unos instantes.
- Si es de efecto laxante, se administrará 30 minutos antes de las comidas ya que el aumento del peristaltismo por la ingesta de alimentos facilita su acción. Defecar cuando aparezca la sensación.
- Si no es de efecto laxante se administrará entre las comidas y procurar retenerlo.
- Administrar por la base plana el supositorio.

Pomadas

- Para las pomadas de uso interno se debe introducir el aplicador profundamente.

Enemas

- Si son de retención, se pondrán siempre en las horas entre las comidas, y a una temperatura de 40 grados para no estimular el peristaltismo.
- Enema de retención: procurar contener el líquido durante 30 minutos, administrarlo con la sonda más fina posible para producir la menor presión sobre el recto y provocar menor sensación de defecar.
- Enema de eliminación: procurar contener el líquido durante 15 minutos y no más de 30.
- Para retener el enema colocar al enfermo del lado izquierdo. Para expulsarlo, colocarlo del lado derecho. (21)

4.5.4. Medicamentos para administración por vía parenteral

Intradérmica

- Cuando se realicen pruebas de hipersensibilidad los pacientes pueden sufrir un shock anafiláctico severo. Esto requerirá la inmediata administración de adrenalina y otras técnicas de reanimación.

Subcutánea

- Es importante la rotación de las zonas de punción para evitar:
 - Abscesos estériles, atrofia de la grasa subcutánea.
- Administración de Heparina Cálctica - Preferiblemente seleccionar un punto de punción en el abdomen del paciente, justo por encima del nivel de la espina ilíaca anterior.
- Pellizcar un pliegue de tejido de 1,5 cm. y clavar la aguja en él formando un ángulo de 90 grados, no soltar el pellizco hasta que no se saque la aguja.
- No comprobar si existe reflujo de sangre ni aplicar masaje sobre la zona después de la inyección, ya que se pueden romper los pequeños vasos sanguíneos y originar un hematoma.
- En jeringas precargadas, no eliminar la burbuja de aire.

Intramuscular

- La zona de elección para punción y el tamaño de la aguja dependerá del desarrollo muscular del paciente:
 - Deltoides
 - Dorso-glúteo (más frecuente), (no en niños pequeños por peligro de dañar el nervio ciático). Vasto externo
- Aspirar siempre para comprobar que la aguja no ha pinchado en vaso. (21)

Intravenosa directa

- Se caracteriza por la administración directa de los medicamentos a la vena, o a través de un punto de inyección del catéter o equipo de infusión. Dependiendo del tiempo de duración de la administración, se denomina

«bolus» si dura menos de un minuto e IV lenta si dura de dos a cinco minutos.

- Evitar las venas de las áreas irritadas, infectadas o lesionadas.
- En tratamiento prolongado, empezar en las venas de la mano y paulatinamente ir pasando a puntos más proximales del brazo.
- Asegurarse durante la inyección del fármaco que hay reflujo. (21)

Intravenosa por perfusión

- Para soluciones ácidas, alcalinas o hipertónicas, utilizar vena de gran calibre para favorecer la dilución y evitar la irritación.
- Se inspeccionará diariamente la zona contigua al punto de punción por si aparecen signos de inflamación, infiltración o hematomas en cuyos casos se sustituirá la vía.
- Vigilar el ritmo de perfusión.
- En caso de obstrucción no irrigar la vía para evitar embolias o infecciones.
- Vigilar que la solución no contenga partículas en suspensión antes y durante la administración.
- Evitar mezclas múltiples y si las hay, comprobar que no existen interacciones.
- Las mezclas se realizarán siempre con una técnica estrictamente aséptica.
 - **Perfusión intermitente:** Se utiliza ésta técnica en caso de que los medicamentos se inyecten a través de un equipo infusor directamente o disueltos en sueros de pequeño volumen. La duración de la administración oscila entre quince minutos y varias horas.
 - **Perfusión continua:** Administración parecida a la anterior con la diferencia del tiempo de infusión que es continuo (24 h. o más) y que suelen utilizarse sueros de gran volumen como diluyentes o también bombas de infusión continua. También se han incluido en este apartado aquellos fármacos que se administran durante el tiempo necesario hasta la resolución de los síntomas. (24)

ACTIVIDADES RECOMENDADAS

1. ¿Cuál de las siguientes NO es una regla general para la administración de medicamentos?

- a) Administrar el medicamento correcto.
- b) Administrar el medicamento al paciente indicado.
- c) Administrar el medicamento por la vía más rápida posible.
- d) Administrar el medicamento a la hora correcta.

2. ¿Qué se debe hacer antes de administrar un medicamento?

- a) Comprobar la fecha de caducidad del medicamento.
- b) Leer la etiqueta del medicamento cuidadosamente.
- c) Lavarse las manos.
- d) Todas las anteriores.

3. ¿Qué se debe hacer si se administra un medicamento incorrecto a un paciente?

- a) Notificar al médico inmediatamente.
- b) Documentar el error en la hoja de administración de medicamentos.
- c) Ambas cosas.
- d) Ninguna de las anteriores.

4. ¿Qué se debe hacer si un paciente tiene una alergia a un medicamento?

- a) No administrar el medicamento.
- b) Informar al médico inmediatamente.
- c) Ambas cosas.
- d) Ninguna de las anteriores.

5. ¿Qué se debe hacer si un paciente no puede tragar un medicamento oral?

- a) Triturar el medicamento y mezclarlo con agua.
- b) Disolver el medicamento en un líquido.
- c) Consultar con el médico o farmacéutico para obtener una alternativa.

BIBLIOGRAFÍA BÁSICA

13. Leddy S MPJ. Bases conceptuales de la enfermería profesional; 2007.

BIBLIOGRAFÍA DE CONSULTA

1. <https://agrega.juntadeandalucia.es>. [Online].; 2016 [cited 2023 Marzo 10. Available from: https://agrega.juntadeandalucia.es/repositorio/27012016/42/es-an_2016012714_9125937/cuerpo_humano/enferm.htm#:~:text=La%20enfermer%C3%ADa%20moderna%20comenz%C3%B3%20a%20mediados%20del%20siglo%20XIX.&text=Por%20aquel%20tiempo%20otras%20%C3%B3rdenes,la%20en.
2. Ruiz S. <https://es.scribd.com>. [Online].; 2018 [cited 2023 Marzo 10. Available from: <https://es.scribd.com/document/381314616/Resena-Historica-de-La-Enfermeria-en-El-Ecuador>.
3. G. FC. artemisa.unicauca.edu.co. [Online].; 2005 [cited 2023 Marzo 10. Available from: <http://artemisa.unicauca.edu.co/~pivalencia/archivos/TeoriasYModelosDeEnfermeriaYSuAplicacion.pdf>.
4. ec.oceanomedicina.com. [Online].; 2022 [cited 2023 Marzo 10. Available from: <https://ec.oceanomedicina.com/nota/enfermeria/ecuador-todavia-no-alcanza-el-numero-de-profesionales-de-enfermeria-recomendado-por-la-oms/>.
5. Luengo-Martínez CE. <http://www.scielo.org.co>. [Online].; 2016 [cited 2023 Marzo 10. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972016000200011.
6. Pérez KJM. <https://culturacuidados.ua.es>. [Online].; 2017 [cited 2023 Marzo 10. Available from: <https://culturacuidados.ua.es/article/view/2016-n46-efectos-de-la-tecnologia-en-los-cuidados-de-enfermeria#:~:text=La%20tecnolog%C3%ADa%20en%20enfermer%C3%ADa%20y,la%20educaci%C3%B3n%20en%20distintos%20%C3%A1mbitos>.

7. <https://scielo.isciii.es>. [Online].; 2020 [cited 2023 Marzo 10. Available from: <https://scielo.isciii.es/pdf/jonnpr/v5n1/2529-850X-jonnpr-5-01-81.pdf>.
8. Arredondo A. www.scielosp.org. [Online]. [cited 2023 Marzo 10. Available from: <https://www.scielosp.org/pdf/csp/v8n3/v8n3a05.pdf>.
9. Lorena VBS. <https://dspace.ucuenca.edu.ec>. [Online].; 2015 [cited 2023 Marzo 10. Available from: <https://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/23234/1/Tesis%20Pregrado.pdf>.
10. <https://www.uv.mx>. [Online].; 2010 [cited 2023 Marzo 10. Available from: <https://www.uv.mx/personal/gralopez/files/2016/02/MANUAL-VALORACION-NOV-2010.pdf>.
11. www.salusplay.com. [Online]. [cited 2023 10 Marzo. Available from: <https://www.salusplay.com/apuntes/consulta-de-enfermeria/tema-1valoracion-enfermera#:~:text=La%20valoraci%C3%B3n%20es%20la%20primera,su%20respuesta%20a%20la%20misma>.
12. <https://aplicaciones.msp.gob.ec>. [Online]. [cited 2023 Marzo 10. Available from: <https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/documentosDirecciones/dnn/archivos/MANUAL%20DE%20MANEJO%20DE%20ARCHIVO%20DE%20LA%20HISTORIA.pdf>.
14. Recalde DCG. *Semiología Clínica*. Primera ed. Quito.
15. dialnet.unirioja.es. [Online].; 2015 [cited 2023 Marzo 10. Available from: <file:///C:/Users/HP/Downloads/Dialnet-RegistrosDeEnfermeria-7490903.pdf>.
16. www.iplacex.cl. [Online].; 2020 [cited 2023 Marzo 10. Available from: <https://www.iplacex.cl/hubfs/pdf/mineduc/atencion-de-enfermeria/tecnicas-basicas-de-enfermeria/control-de-signos-vitales.pdf>.
17. <https://dspace.unl.edu.ec>. [Online].; 2011 [cited 2023 Marzo 10. Available from: <https://dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/4170/1/S%C3%81NCHEZ%20GONZ%C3%81LEZ%20NANCY%20ALEXANDRA%20.pdf>.

18. Napan Rivera C. www.monografias.com. [Online]. [cited 2023 Marzo 10. Available from:
<https://www.monografias.com/trabajos82/tendido-cama/tendido-cama>.
19. Plasencia JAD. <http://www.irennorte.gob.pe>. [Online].; 2012 [cited 2023 Marzo 12. Available from:
<http://www.irennorte.gob.pe/pdf/epidemiologia/GUIA-LAVADO-MANO-CLINICO-Y-QUIRURGICO-FINAL-ABV.pdf>.
20. Amán JEP. <https://revistamedica.com>. [Online].; 2020 [cited 2023 Marzo 10. Available from:
<https://revistamedica.com/intervenciones-enfermeria-basadas-necesidades-maslow/#:~:text=Las%20Intervenciones%20de%20Enfermer%C3%ADa%20son,pertenec%C3%ADa%2C%20autoestima%20y%20de%20autorrealizaci%C3%B3n>.
21. www.segurossura.com.co. [Online].; 2020 [cited 2023 Marzo 10. Available from:
<https://www.segurossura.com.co/boletincovid191/Accesos-directos-salud/Documentos/Protocolos-enfermeria-urgencias%E2%80%93UCRI/PROTOCOLO%20PARA%20EL%20BA%C3%91O%20DEL%20PACIENTE%20EN%20URGENCIAS%20Y%20UCRI%20SURA.pdf>.
22. www.elrincondelcuidador.es. [Online].; 2021 [cited 2023 Marzo 10. Available from: <https://www.elrincondelcuidador.es/higiene-cuidado-piel/higiene-de-manos-y-pies-en-pacientes-encamados>.
23. <https://enfamilia.aeped.es>. [Online].; 2019 [cited 2023 Marzo 10. Available from: <https://enfamilia.aeped.es/temas-salud/nutricion-enteral-parenteral-que-son-para-que-sirven>.
24. Villarejo LL. <https://elenfermerodelpendiente.files.wordpress.com>. [Online]. [cited 2023 Marzo 10. Available from:
<https://elenfermerodelpendiente.files.wordpress.com/2018/01/medicamentos-administracion-enfermeria.pdf>.



MISAEI ACOSTA

CARRERA DE ENFERMERÍA

Dirección: Loja 31 – 15 y Buenos Aires

Teléfono fijo: 032 961 680

Teléfono móvil: +593 98 818 3081

RIOBAMBA – ECUADOR