UNSA

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN AGUSTÍN DE AREQUIPA

FACULTAD DE ENFERMERÍA

GUIA DE PRÁCTICAS

INTRODUCCIÓN AL CUIDADO ENFERMERO

DOCENTES:

- Mg. Fresia Manrique Tovar (Coordinadora)
- Mg. Bina Ramírez de Ojeda
- Mg. Fabiola Chanduvi Ticona
- Enf. Esp. Fryda Chávez Tejada
- Dra. Beatriz Sucasaca Mamani
- Mg. Fernando Sánchez Soto

AREQUIPA-PERU

2023

Manrique Tovar F.; B Ramírez de Ojeda F.;Chanduvi Ticona F.; Chávez Tejada F.; Sánchez Soto F.; Sucasaca Mamani B.; · GUÍA DE PRÁCTICAS INTRODUCIÓN CUIDADO AL ENFERMERO".

Diseñadora: Mg. Fresia Manrique Tovar

4ta Ed. Ediciones Facultad de Enfermería- UNSA Arequipa- Perú. 2023.

Vº Bº DRA. R. YSMELIA PERALTA GOMEZ
Directora de Departamento Académico

Derechos reservados conforme a Ley. Publicada con fines docentes para estudiantes de la asignatura de: "INTRODUCCIÓN AL CUIDADO ENFERMERO" de la Facultad de Enfermería de la UNSA – Arequipa

INTRODUCCIÓN 5
GUÍA DE PRÁCTICAS INTRODUCCIÓN AL CUIDADO ENFERMERO 6
I. COMPETENCIA GENERAL 6
II. COMPETENCIAS ESPECÍFICAS 6
III. ESTRATEGIAS METODOLÓGICAS 6
DESARROLLO DE PRÁCTICAS ACADÉMICAS 19
TEMA 1 20
INGRESO O ADMISIÓN DEL PACIENTE 20
TEMA 2 25
ALTA O EGRESO DEL PACIENTE 25
TEMA 3 29
ACTO DE CUIDADO: PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA 29
TEMA 4 36
AMBIENTE HOSPITALARIO 36
TEMA 5 41
NECESIDAD DE REGULACIÓN: TEMPERATURA CORPORAL, OXÍGENO Y PRESIÓN 41
TEMA 6 69
NECESIDADES DE ALIMENTACIÓN Y ELIMINACIÓN 69
TEMA 7 78
NECESIDAD DE MOVIMIENTO Y EJERCICIO 78
POSICIÓN DE PACIENTES ENCAMADOS 78
MOVILIZACIÓN DE PACIENTES HOSPITALIZADOS 78
TEMA 8 94
HIGIENE 94
TEMA 9 100
NECESIDAD DE COMODIDAD, REPOSO Y SUEÑO: TIPS DE CAMA PARA EL CUIDADO DEL PACIENTE 100
TEMA 10 107
SEGURIDAD Y RECREACIÓN DEL PACIENTE 107
TEMA 11 113
CUIDADO POST MORTEN 113
TEMA 12 118
DESINFECCIÓN CONCURRENTE Y TERMINAL 118

TEMA 13 ..... *124*
HISTORIA CLÍNICA *124*
TEMA 14 ..... *129*
REGISTROS DE ENFERMERÍA *129*
TEMA 15 ..... *134*
APLICACIÓN DE LAS TEORIAS Y MODELOS DE ENFERMERÍA *134*
ANEXOS *152*
RÚBRICA DE EVALUACIÓN DE COMPETENCIAS *153*

INTRODUCCIÓN

La asignatura de INTRODUCCION AL CUIDADO ENFERMERO forma parte del plan curricular de la carrera profesional de los estudiantes de la Facultad de Enfermería; teniendo como propósito desarrollar en el futuro profesional de enfermería conocimientos esenciales para construir las bases de su identidad profesional, a partir de la comprensión del perfil de la enfermera(o), reconociendo el rol profesional que cumple en el proceso salud enfermedad. Busca que el estudiante alcance competencias cognitivas, procedimentales y actitudinales para iniciarse en la aplicación del Proceso Enfermero como método científico en el cuidado de la persona sana y/o enferma, realizando procedimientos para cubrir necesidades fisiológicas básicas con pensamiento reflexivo y crítico.

En la práctica diaria, la enfermera(o) se encuentra a menudo inmersa dentro de unos conflictos o dilemas éticos, respecto a actuaciones a seguir con el paciente y su familia, sus colegas y la institución para la que trabaja. Esta realidad demanda, el formar a los futuros profesionales de Enfermería para que puedan ponderar con suficiente objetividad las situaciones éticamente conflictivas y tomar las decisiones convenientes fruto de una reflexión.

En razón a lo señalado, la presente Guía de Prácticas ha considerado diferentes conocimientos teóricos y prácticos, para ser aplicados y realizados durante el desarrollo del curso; con el único fin de que los estudiantes de enfermería tengan un documento de consulta para el desarrollo de la práctica y logre con éxito las competencias planteadas.

GUÍA DE PRÁCTICAS INTRODUCCIÓN AL CUIDADO ENFERMERO

I. COMPETENCIA GENERAL

a. Aplica el cuidado enfermero a la persona sana o enferma a través del proceso de atención de enfermería, reconociendo las bases de la identidad profesional y cumpliendo los estándares de calidad en la ejecución de procedimientos básicos dentro del contexto intercultural y basado en normas y protocolos sanitarios actualizados.

II. COMPETENCIAS ESPECÍFICAS

- Identifica los principios epistemológicos de la ciencia de enfermería, explicando la naturaleza de la profesión de enfermería, con pensamiento crítico.
- Aplica el cuidado de enfermería a la persona hospitalizada, en sus diferentes dimensiones, transfiriéndolo según la necesidad de las personas, mediante el Proceso de Atención de Enfermería, utilizando el pensamiento crítico, actitud empática y el juicio clínico.
- Demuestra destreza en la realización de procedimientos que contribuyen a satisfacer las necesidades básicas en el cuidado de la persona enferma, con responsabilidad y juicio crítico.

III. ESTRATEGIAS METODOLÓGICAS

Métodos	Método expositivo – interrogativo. Método de elaboración conjunta en la elaboración del proyecto de investigación formativa y responsabilidad social. Método del trabajo independiente de análisis crítico – reflexivo. Método basado en problemas.
Medios	Medios de apoyo: pizarra, plumones, cañón multimedia, etc. Medios de sustitución o refuerzo de la acción del docente: Libros, compendio, videos educativos, guía de práctica, etc. Medios de información continua y a distancia: pág. web, videoconferencia, correo electrónico, etc. Uso de plataformas Body Interact y VSIM
Formas de Organización	Clases teóricas según Métodos (Trabajo de Grupo, debate de video, etc.) Desarrollo de Prácticas en Laboratorios de la Facultad de Enfermería y Establecimientos de Salud según disposiciones institucionales.
Programación de actividades	**Investigación Formativa:** *Ensayo. Tema: Tipos de Contaminación.* **Responsabilidad Social Formativa:** Cuidados Integral en el curso de vida del adulto en la promoción y prevención de enfermedades.

Seguimiento de aprendizaje	Prueba de entrada Prueba de salida Tutoría Evaluación continua permanente de teoría y práctica. Evaluación periódica: Toma de tres exámenes de conocimientos programados. Autoevaluación, heteroevaluación y coevaluación

- PLAN DE PRÁCTICAS

Los docentes que desarrollan la práctica son:

- Mg. Fresia Lizet Manrique Tovar (Coordinadora)
- Mg. Bina Ramírez de Ojeda
- Mg. Fabiola Chanduvi Ticona
- Mg. Fernando Sánchez Soto
- Dra. Beatriz Sucasaca Mamani
- Mg. Marleny Carcausto Zea
- Mg. Katia Begazo Beltrán
- Dr. Miguel Ángel Zevallos Peñalva
- Mg. Juana Lourdes Herrera Peralta

El desarrollo de la práctica se realiza basado en la respectiva guía de asignatura para cumplimiento de competencias. Cada estudiante realizará el total de las actividades planteadas para la práctica, según rotaciones indicadas por docente coordinadora. Se realizará en dos bloques (A y B), en coordinación con la asignatura de Cuidado Enfermero en Salud Mental I, los lunes y martes de 7:00 a 12:20 horas.

	GRUPO A	**GRUPO B**
Inicio	17 de abril	12 de junio
Finalización	06 de junio	08 de agosto

Las primeras semanas s se realizará la práctica en laboratorios Facultad de Enfermería, como sigue:

- **DISTRIBUCIÓN DEL GRUPO A**

Se trabaja con sus respectivos grupos de práctica.

LUGAR/HORA	LUNES 17 ABRIL	TEMA	DOCENTES
HEMEROTECA 7:00 A 12:20 HRAS	A1/B1/C1/D1/E1/F1/G1/H1	Acto de cuidado	Mg. Bina Ramírez de Ojeda Mg. Fabiola Chanduvi Ticona Enf. Esp. Fryda Chávez Tejada Dra. Beatriz Sucasaca Mamani Mg. Fernando Sánchez Soto Mg. Marleny CarcaustoZea
	A1/B1/C1/D1/E1/F1/G1/H1		
	A1/B1/C1/D1/E1/F1/G1/H1		
	A1/B1/C1/D1/E1/F1/G1/H1		
	A1/B1/C1/D1/E1/F1/G1/H1		
	A1/B1/C1/D1/E1/F1/G1/H1		

			Mg. Katia Begazo Beltrán Dr. Miguel ÁngelZevallos Peñalva

LUGAR/HORA	MARTES 18 ABRIL	TEMA	DOCENTE
AULA 102 7:00 A 12:20 HRAS	A1/B1/C1/D1	Aplicación de modelos y teorías de enfermería Florencia Nightingale y Virginia Henderson.	Mg. Bina Ramírez de Ojeda Mg. Fabiola Chanduvi Ticona Mg. Fresia Manrique Tovar Dra. Beatriz Sucasaca Mamani
	A1/B1/C1/D1		
	A1/B1/C1/D1		
	A1/B1/C1/D1		
	A1/B1/C1/D1		
	A1/B1/C1/D1		

LUGAR/HORA	MARTES 18 ABRIL	TEMA	DOCENTE
AULA 103 7:00 A 12:20 HRAS	E1/F1/G1/H1	Aplicación de modelos y teorías de enfermería. Florencia Nightingale y Virginia Henderson.	Mg. Fernando Sánchez Soto Mg. Marleny Carcausto Zea Mg. Katia Begazo Beltrán Dr. Miguel Ángel Zevallos Peñalva Enf. Esp. Fryda Chávez Tejada
	E1/F1/G1/H1		
	E1/F1/G1/H1		
	E1/F1/G1/H1		
	E1/F1/G1/H1		
	E1/F1/G1/H1		

LUGAR/HORA	LUNES 24 ABRIL	MARTES 25 ABRIL	TEMA	DOCENTE
LABORATORIO 1 7:00 A 12:20 HRAS	A1/B1	A1/B1	Signos vitales: PA/ Pulso Signos vitales T°/Respiración Signos vitales Saturometría	Mg. Bina Ramírez de Ojeda Mg. Fabiola Chanduvi Ticona
	A1/B1	A1/B1		
	A1/B1	A1/B1		
	A1/B1	A1/B1		
	A1/B1	A1/B1		
	A1/B1	A1/B1		
LABORATORIO 2 7:00 A 12:20	C1/D1	C1/D1	Signos vitales: PA/ Pulso Signos vitales T°/Respiración	Mg. Fresia Manrique Tovar Dra. Beatriz
	C1/D1	C1/D1		
	C1/D1	C1/D1		

HRAS	C1/D1	C1/D1	Signos vitales Saturometría	Sucasaca Mamani
	C1/D1	C1/D1		
	C1/D1	C1/D1		
LABORATORIO 3 **7:00 A 12:20** **HRAS**	E1/F1	E1/F1	Signos vitales: PA/ Pulso Signos vitales T°/Respiración	Mg. Fernando Sánchez Soto Mg. Marleny Carcausto Zea
	E1/F1	E1/F1		
	E1/F1	E1/F1		
	E1/F1	E1/F1		
	E1/F1	E1/F1		
	E1/F1	E1/F1	Signos vitales Saturometría	
LABORATORIO 4 **7:00 A 12:20** **HRAS**	G1/H1	G1/H1	Signos vitales: PA/ Pulso Signos vitales T°/Respiración Signos vitales Saturometría	Mg. Katia Begazo Beltrán Enf. Esp. Fryda Chávez Tejada Dr. Miguel Ángel Zevallos Peñalva
	G1/H1	G1/H1		
	G1/H1	G1/H1		
	G1/H1	G1/H1		
	G1/H1	G1/H1		
	G1/H1	G1/H1		

HORAS	MARTES 02 MAYO	LUNES 08 MAYO	TEMA	DOCENTE
LABORATORIO 1 **7:00 A 12:20** **HRAS**	A1/B1	A1/B1	Necesidad de alimentación y eliminación Necesidad de comodidad, reposo y sueño (Posiciones de pacientes encamados y tipos de cama) Necesidad de movimiento y ejercicio (Movilización y traslado del paciente) Necesidades de Higiene (baño e higiene matinal). Necesidad de seguridad y recreación	Mg. Bina Ramírez de Ojeda Mg. Fabiola Chanduvi Ticona
	A1/B1	A1/B1		
	A1/B1	A1/B1		
	A1/B1	A1/B1		
	A1/B1	A1/B1		
	A1/B1	A1/B1		
LABORATORIO 2 **7:00 A 12:20** **HRAS**	C1/D1	C1/D1	Necesidad de alimentación y eliminación Necesidad de comodidad, reposo y sueño (Posiciones de pacientes encamados	Mg. Fresia Manrique
	C1/D1	C1/D1		
	C1/D1	C1/D1		

	C1/D1	C1/D1	y tipos de cama) Necesidad de movimiento y ejercicio (Movilización y traslado del paciente) Necesidades de Higiene (baño e higiene matinal). Necesidad de seguridad y recreación	Tovar Dra. Beatriz Sucasaca Mamani
	C1/D1	C1/D1		
	C1/D1	C1/D1		
LABORATORIO 3 **7:00 A 12:20** **HRAS**	E1/F1	E1/F1	Necesidad de alimentación y eliminación Necesidad de comodidad, reposo y sueño (Posiciones de pacientes encamados y tipos de cama)	Mg. Fernando Sánchez Soto Mg. Marleny Carcausto Zea
	E1/F1	E1/F1		
	E1/F1	E1/F1		
	E1/F1	E1/F1		
	E1/F1	E1/F1		
	E1/F1	E1/F1		
			Necesidad de movimiento y ejercicio (Movilización y traslado del paciente) Necesidades de Higiene (baño e higiene matinal). Necesidad de seguridad y recreación.	
LABORATORIO 4 **7:00 A 12:20** **HRAS**	G1/H1	G1/H1	Necesidad de alimentación y eliminación Necesidad de comodidad, reposo y sueño (Posiciones de pacientes encamados y tipos de cama) Necesidad de movimiento y ejercicio (Movilización y traslado del paciente) Necesidades de Higiene (baño e higiene matinal). Necesidad de seguridad y recreación.	Enf. Esp. Fryda Chávez Tejada Mg. Katia Begazo Beltrán Dr. Miguel Ángel Zevallos Peñalva
	G1/H1	G1/H1		
	G1/H1	G1/H1		
	G1/H1	G1/H1		
	G1/H1	G1/H1		
	G1/H1	G1/H1		

DISTRIBUCIÓN DE ESTUDIANTES POR DOCENTES PARA LA PRÁCTICA DE LA ASIGNATURA INTRODUCCIÓN AL CUIDADO ENFERMERO
GRUPO A

SUBGRUPO	NRO.	CUI	APELLIDOS Y NOMBRES	DOCENTE	CAMPO CLINICO
A1	1	20220107	AGRAMONTE/CONDORI, DEYSI KATTY	Mg. Bina Ramírez de Ojeda	HOSPITAL DOCENTE UNSA
	2	20220089	ALCAZAR/SACACHIPANA, LIZET MILAGROS		
	3	20220087	AYME/ESQUIVEL, JASSIEL HARUMY		
	4	20221779	BARRIGA/MIRANDA, DARCIE NAYELI		
B1	5	20221778	BENAVENTE/MOLINA, LEIDY MISHELL	Mg. Fabiola Chanduvi Ticona	HOSPITAL GOYENECHE EMERGENCIA UVI
	6	20162505	CABANA/CENTI, FABIOLA ELIZABETH		
	7	20221780	CANTO/QUISPE, LESLIE MADELINE		
	8	20212647	CCACHURA/CHAYACAÃ'A, RUSSEL ORLANDO		
C1	9	20222677	CHUCTAYA/CCAMA, ALIS MAYTE	Mg. Fresia Manrique Tovar	HOSPITAL GOYENECHE EMERGENCIA OBS
	10	20220108	CONDORCAHUANA/LLALLACACHI, NELY MILAGROS		
	11	20224095	CRUZ/VILCA, NIKOLE MILUSKA		
	12	20220090	FLORES/VERA, ADRIANA MILAGROS		
D1	13	20221776	GASPAR/AHUATE, YESSICA	Dra. Beatriz Sucasaca Mamani	HNCASE SERVICIO MEDICINA
	14	20220097	GOMEZ/INCA, LUIS GABRIEL		
	15	20222670	GONZALES/RAMOS, FIORELA RITA		
	16	20220086	HUAMAN/CRUZ, MERCEDES DEL CARMEN		
	17	20171668	JAEN/ROMERO, MISHELLE		
E1	18	20182143	JARA/CACERES, EMERSON	Mg. Fernando Sánchez Soto	HOSPITAL HONORIO DELGADO SERVICIO CIRUGÍA
	19	20222679	LAMAS/FIGUEROA, MASIEL		
	20	20221775	LOPE/APAZA, FIORELA ROCIO		
	21	20222673	LUQUE/SEVINCHA, BRENDA MELISSA		
F1	23	20221796	MURILLO/SUPO, ALISSON LORENA	Mg. Marleny Carcausto Zea	IREN HOSPITALIZACIÓN
	24	20221795	PILA/CRUZ, MAX ARTUR		
	25	20221785	PUCHO/FLOREZ, MIGUEL ANGEL		
	26	20220110	QUEQUEZANA/CONDORI, DAYANA ALEXANDRA		
	27	20220095	QUISPE/YTO, DHALIA ARACELY		
G1	28	20222676	RAMOS/ARROYO, KEYSI TATIANA	Mg. Katia Begazo Beltrán	HNCASE SERVICIO NEUROLOGÍA
	29	20224097	RODRIGUEZ/POMA, LUCERO ESPERANZA		
	30	20201784	ROQUE/VILLENA, KARELIA ALEJANDRA		
	31	20221792	SANCHEZ/CHILO, KAREN DEL ROSARIO		
H1	32	20220102	TICONA/SUAREZ, LIZETH ANDREA		

	33	20221774	TORRES/FLORES, EMILY ROSA	Dr. Miguel Ángel Zevallos Peñalva	HOSPITAL YANAHUARA EMERGENCIA OBS
	34	20220098	VELASQUEZ/PARQUE, VANNERY ISABEL		
	35	20190120	ZEA/FLORES, SHERILIN NIRVANA		
I1	36	20150179	ZEVALLOS/LIMACHE, NATHALY ANYHI	Mg. Lourdes Herrera Peralta	HOSPITAL HONORIO DELGADO SERVICIO OBSTETRICIA
	37	20212645	QUEA/TICONA, ELIANE ESTEFANY		
	38	20191818	RIOS/HINOJOSA, SOL BRISHELL		
	39	20172995	MAMANI/SOTO, MARIA ISABEL		

- **DISTRIBUCIÓN DEL GRUPO B**

Se trabaja con sus respectivos grupos de práctica.

LUGAR/HORA	LUNES 12 JUNIO	TEMA	DOCENTES
HEMEROTECA7:00 a 12:20 HRAS	A2/B2/C2/D2/E2/F2/G2/H2	Acto de cuidado	Mg. Bina Ramírez de Ojeda Mg. Fabiola Chanduvi Ticona Mg. Fresia Manrique Tovar Enf. Esp. Fryda Chávez Tejada Dra. Beatriz Sucasaca Mamani Mg. Fernando Sánchez Soto Mg. Marleny Carcausto Zea Mg. Katia Begazo Beltrán Dr. Miguel Ángel Zevallos Peñalva
	A2/B2/C2/D2/E2/F2/G2/H2		
	A2/B2/C2/D2/E2/F2/G2/H2		
	A2/B2/C2/D2/E2/F2/G2/H2		
	A2/B2/C2/D2/E2/F2/G2/H2		
	A2/B2/C2/D2/E2/F2/G2/H2		

LUGAR /HORA	MARTES 13 JUNIO	TEMA	DOCENTE
AULA 102 7:00 a 12:20 HRAS	A2/B2/C2/D2	Aplicación de modelos y teorías de enfermería. Florencia Nightingale y Virginia Henderson.	Mg. Bina Ramírez de Ojeda Mg. Fabiola Chanduvi Ticona Mg. Fresia Manrique Tovar Dra. Beatriz Sucasaca Mamani
	A2/B2/C2/D2		
	A2/B2/C2/D2		
	A2/B2/C2/D2		
	A2/B2/C2/D2		
	A2/B2/C2/D2		
AULA 103 7:00 a 12:20 HRAS	E2/F2/G2/H2	Aplicación de modelos y teorías de enfermería. Florencia Nightingale y Virginia Henderson.	Mg. Fernando Sánchez Soto Mg. Marleny Carcausto Zea Mg. Katia Begazo Beltrán
	E2/F2/G2/H2		
	E2/F2/G2/H2		
	E2/F2/G2/H2		
	E2/F2/G2/H2		

	E2/F2/G2/H2		Dr. Miguel Ángel Zevallos Peñalva Enf. Esp. Fryda Chávez Tejada

LUGAR/HORA	LUNES 19 JUNIO	MARTES 20 JUNIO	TEMA	DOCENTE
LABORATORIO 1 **7:00 a 12:20** **HRAS**	A1/B1	A1/B1	Signos vitales: PA/ Pulso Signos vitales T°/Respiración Signos vitales Saturometría	Mg. Bina Ramírez de Ojeda Mg. Fabiola Chanduvi Ticona
	A1/B1	A1/B1		
	A1/B1	A1/B1		
	A1/B1	A1/B1		
	A1/B1	A1/B1		
	A1/B1	A1/B1		
LABORATORIO 2 **7:00 a 12:20** **HRAS**	C1/D1	C1/D1	Signos vitales: PA/ Pulso Signos vitales T°/Respiración Signos vitales Saturometría	Mg. Fresia Manrique Tovar Dra. Beatriz Sucasaca Mamani
	C1/D1	C1/D1		
	C1/D1	C1/D1		
	C1/D1	C1/D1		
	C1/D1	C1/D1		
	C1/D1	C1/D1		
LABORATORIO 3 **7:00 a 12:20** **HRAS**	E1/F1	E1/F1	Signos vitales: PA/ Pulso Signos vitales T°/Respiración Signos vitales Saturometría	Mg. Fernando Sánchez Soto Mg. Marleny Carcausto Zea
	E1/F1	E1/F1		
	E1/F1	E1/F1		
	E1/F1	E1/F1		
	E1/F1	E1/F1		
	E1/F1	E1/F1		
LABORATORIO 4 **7:00 a 12:20** **HRAS**	G1/H1	G1/H1	Signos vitales: PA/ Pulso Signos vitales T°/Respiración Signos vitales Saturometría	Mg. Katia Begazo Beltrán Enf. Esp. Fryda Chávez Tejada
	G1/H1	G1/H1		
	G1/H1	G1/H1		
	G1/H1	G1/H1		
	G1/H1	G1/H1		
	G1/H1	G1/H1		

				Dr. Miguel Ángel Zevallos Peñalva

HORAS	LUNES 26 JUNIO	MARTES 27 JUNIO	TEMA	DOCENTE
LABORATORIO 1 7:00 a 12:20 HRAS	A1/B1	A1/B1	Necesidad de alimentación y eliminación Necesidad de comodidad, reposo y sueño (Posiciones de pacientes encamados y tipos de cama) Necesidad de movimiento y ejercicio (Movilización y traslado del paciente) Necesidades de Higiene (baño e higiene matinal). Necesidad de seguridad y recreación	Mg. Bina Ramírez de Ojeda Mg. Fabiola Chanduvi Ticona
	A1/B1	A1/B1		
	A1/B1	A1/B1		
	A1/B1	A1/B1		
	A1/B1	A1/B1		
	A1/B1	A1/B1		
LABORATORIO 2 7:00 a 12:20 HRAS	C1/D1	C1/D1	Necesidad de alimentación y eliminación Necesidad de comodidad, reposo y sueño (Posiciones de pacientes encamados y tipos de cama) Necesidad de movimiento y ejercicio (Movilización y traslado del paciente) Necesidades de Higiene (baño e higiene matinal). Necesidad de seguridad y recreación	Mg. Fresia Manrique Tovar Dra. Beatriz Sucasaca Mamani
	C1/D1	C1/D1		
	C1/D1	C1/D1		
	C1/D1	C1/D1		
	C1/D1	C1/D1		
	C1/D1	C1/D1		
LABORATORIO 3	E1/F1	E1/F1	Necesidad de alimentación y eliminación	Mg. Fernando Sánchez Soto
	E1/F1	E1/F1		
	E1/F1	E1/F1		
	E1/F1	E1/F1		

7:00 a 12:20 HRAS	E1/F1	E1/F1	Necesidad de comodidad, reposo y sueño (Posiciones de pacientes encamados y tipos de cama) Necesidad de movimiento y ejercicio (Movilización y traslado del paciente) Necesidades de Higiene (baño e higiene matinal). Necesidad de seguridad y recreación	Mg. Marleny Carcausto Zea
	E1/F1	E1/F1		
LABORATORIO 4 7:00 a 12:20 HRAS	G1/H1	G1/H1	Necesidad de alimentación y eliminación Necesidad de comodidad, reposo y sueño (Posiciones de pacientes encamados y tipos de cama) Necesidad de movimiento y ejercicio (Movilización y traslado del paciente) Necesidades de Higiene (baño e higiene matinal). Necesidad de seguridad y recreación.	Enf. Esp. Fryda Chávez Tejada Mg. Katia Begazo Beltrán Dr. Miguel Ángel Zevallos Peñalva
	G1/H1	G1/H1		
	G1/H1	G1/H1		
	G1/H1	G1/H1		
	G1/H1	G1/H1		
	G1/H1	G1/H1		

DISTRIBUCIÓN DE ESTUDIANTES POR DOCENTES PARA LA PRÁCTICA DE LA ASIGNATURA INTRODUCCIÓN AL CUIDADO ENFERMERO
GRUPO B

SUBGRUPO	NRO.	CUI	APELLIDOS Y NOMBRES	DOCENTE	CAMPO CLINICO
A2	1	20201792	AMESQUITA/PAREDES, CARMEN LUISA	Mg. Bina Ramírez de Ojeda	HOSPITAL DOCENTE UNSA
	2	20224094	ANARA/TICONA, YENIFER ANALY		
	3	20221790	ARCAYA/NIÃ'O DE GUZMAN, ERIKA JULIETTE		
	4	20220112	ARCE/VILLANUEVA, ARIANA NICOLE		
	5	20212628	BARRA/ZAPANA, REY DEL PIERO		
B2	6	20220104	BARRIGA/ZEVALLOS, KARLA CAMILA ANGELICA	Mg. Fabiola Chanduvi Ticona	HOSPITAL GOYENECHE EMERGENCIA UVI
	7	20221794	BEDREGAL/TEJADA, DIANA MARIA		
	8	20222671	BENAVENTE/ROJAS, CINTHIA VANESA		
	9	20221782	BUSTINZA/MARCA, GRECIA EVELYN		
	10	20220106	CABIEDES/CONCHA, MAURICIO GABRIEL		
C2	11	20221789	CABRERA/HUAMANI, MARIA FERNANDA	Mg. Fresia Manrique Tovar	HOSPITAL GOYENECHE EMERGENCIA OBS
	12	20220101	CACERES/MAMANI, KAROL ANDREA		
	13	20220111	CALDERON/FLORES, JHORZINEE ANGIE		
	14	20221799	CASAS/VITA, DALIA PAMELA NAYDELY		
	15	20220092	CHACHAQUE/PANIBRA, JAZMIN JHOMAYRA		
D2	16	20221793	CHOQQUEMAMANI/YUCRA, PAOLA MIRELLA	Dra. Beatriz Sucasaca Mamani	HNCASE SERVICIO MEDICINA
	17	20224096	CHOQUENAIRA/CHILO, SADITH GARDENIA		
	18	20221784	COAGUILA/QUISPE, ADELY YESSENIA		
	19	20214181	COLQUE/HUAYCHO, MARIANELA		
	20	20221773	CORNEJO/PACCORI, MAYRA VALERIA		
E2	21	20222682	CRUZ/CORI, ROSARIO DEL PILAR	Mg. Fernando Sánchez Soto	HOSPITAL HONORIO DELGADO SERVICIO CIRUGÍA
	22	20222669	CUTIPA/CHANCA, MARY FERNANDA		
	23	20220105	DIAZ/MAMANI, NAYELY SHERLYN		

	24	20222668	GAMARRA/AGUILAR, SHANDELL DANERY		
	25	20221787	GAMARRA/PALO, OLENKA NICOL		
F2	26	20220094	HUAYNA/RENDON, MAYLI BRIGHIT	Mg. Marleny Carcausto Zea	IREN HOSPITALIZACIÓN
	27	20222684	HUAYTA/ARONI, LUCELLY ROCIO		
	28	20222667	HUMPIRI/RAMOS, ROXANA CAROLINA		
	29	20221791	LAURA/ZENTENO, MARIA JOSE		
	30	20220096	MANCHEGO/NEYRA, NOHELIA MARILYN		
G2	31	20170565	MAYTA/PINTO, MARIA FERNANDA	Mg. Katia Begazo Beltrán	HNCASE SERVICIO NEUROLOGÍA
	32	20220091	MISPIRETA/SALAS, REBECA		
	33	20221783	MOLINA/GUEVARA, PALOMA FRANCESCA		
	34	20222674	OBANDO/CAMINO, MAYERLY ALEXANDRA		
	35	20220088	OXSA/SOTELO, JOSSELYN GREASSE		
H2	36	20220099	PACCO/QUISPE, ESTEFANI	Dr. Miguel Ángel Zevallos Peñalva	HOSPITAL YANAHUARA EMERGENCIA OBS
	37	20220093	PACHECO/SUAREZ, ALÃ•NIS ESPERANZA		
	38	20221797	PEREZ/QQUENTA, JOSUE EMANUEL		
	39	20221788	QUISPE/MELENDEZ, TULY ARIANA ZAMIRA		
	40	20221798	RAMOS/FLORES, DIANA RUBI		
I2	41	20220113	RAYME/NINA, RUTH SHARMELY	Mg. Lourdes Herrera Peralta	HOSPITAL HONORIO DELGADO SERVICIO OBSTETRICIA
	42	20221781	ROMANI/CASAS, MARIA JESUS		
	43	20220085	ROMERO/QUISPE, MARIA ISABEL		
	44	20220100	VALCARCEL/PANCHI, MATIAS SEBASTIAN		
	45	20220114	VILCA/MERCADO, ZENAYDA CECILIA		

I. CRONOGRAMA

Nº SEMANA	DÍA / AVANCE PORCENTUAL				Desarrollo de la Práctica
	DIA	%	DIA	%	
BLOQUE A					

1	Lunes 17 abril	6.70	Martes 18 abril	13.40	- Ingreso o admisión del paciente - Alta o egreso del paciente - Acto de cuidado: Proceso de Atención de Enfermería - Ambiente hospitalario - Necesidad de regulación de temperatura corporal y de oxígeno - Necesidad de alimentación y eliminación - Necesidad de movimiento y ejercicio - Necesidad de higiene - Necesidad de comodidad, reposo y sueño - Necesidad de seguridad y recreación
2	Lunes 24 abril	20.10	Martes 25 abril	26.80	
3	Lunes 01 mayo	Feriado	Martes 02 mayo	33.50	
4	Lunes 08 mayo	40.20	Martes 09 mayo	46.90	
5	Lunes 15 mayo	53.60	Martes 16 mayo	60.30	
6	Lunes 22 mayo	67.00	Martes 23 mayo	73.70	
7	Lunes 29 mayo	80.40	Martes 30 mayo	87.10	
8	Lunes 05 junio	93.80	Martes 06 junio	100.00	
BLOQUE B					
10	Lunes 12 junio	6.25	Martes 13 junio	12.50	
11	Lunes 19 junio	18.75	Martes 20 junio	25.00	
12	Lunes 26 junio	31.25	Martes 27 junio	37.50	
13	Lunes 03 julio	43.75	Martes 04 julio	50.00	
14	Lunes 17 julio	56.25	Martes 18 julio	62.50	- Cuidado post morten - Desinfección concurrente y terminal - Historia clínica - Registros de enfermería - Aplicación de las teorías y modelos de enfermería - Investigación Formativa - Proyección Social Formativa
15	Lunes 24 julio	68.75	Martes 25 julio	75.00	
16	Lunes 31 julio	81.25	Martes 1 agosto	87.50	
17	Lunes 07 agosto	93.75	Martes 8 agosto	100.00	
ROTACIONES: En cada Bloque se formarán 9 grupos de 5, que rotarán para realizar las horas de laboratorio.					

DESARROLLO DE PRÁCTICAS ACADÉMICAS

TEMA 1

INGRESO O ADMISIÓN DEL PACIENTE

Dra. Beatriz Sucasaca Mamani

I. COMPETENCIAS

a. Identifica el procedimiento del ingreso o admisión del paciente a la unidad dehospitalización, con responsabilidad, empatía y respeto.
b. Reconoce las normas legales y administrativas de ingreso o admisión del pacientea la unidad de hospitalización.

II. MARCO TEORICO

1. DEFINICIÓN

Es el conjunto de actividades que realiza el personal de enfermería para recibir a un paciente en un servicio de salud para ser hospitalizado.

2. OBJETIVO

- Brindar al paciente una atención de calidad respetando sus hábitos y costumbres,así como las normas internas de la Institución de salud.
- Establecer un ambiente de cordialidad durante el proceso de admisión.
- Recibir al paciente y orientarlo en el ambiente hospitalario.
- Proporcionar atención: medica, obstétrica, odontológica o de enfermería; en un ambiente donde se dispone de los medios necesarios para brindarle atención.

3. MODALIDAD DE INGRESO: Existen tres modalidades de ingreso para atenciónhospitalaria.

a. **Emergencia**: Son los pacientes que llegan al hospital por un problema de salud de emergencia que pone en riesgo su vida. Estos pacientes llegan a veces en estado de inconsciencia, sin poder participar en todo el proceso de admisión.

De la Hospitalización por Emergencia

- El jefe del área de admisión, es responsable de la actualización diaria de las camas disponibles, desagregada según género y servicio. El reporte de camas disponibles es entregado al jefe de guardia al inicio de cada turno y/o cuando éste lo solicite.
- Cada jefatura de Departamento dispone de camas que oferta, e informa al

Jefe de Emergencia a las 8:00am. El Jefe de Emergencia comunica a la Jefatura del Servicio hasta las 12:00, la relación de pacientes que requieren ser hospitalizados en el Departamento correspondiente y que son admitidos. De las camas dadas de alta, al menos 60% deben ser entregadas para hospitalizar pacientes de Emergencia.El Jefe de Guardia suscribe la orden de hospitalización, consigna nombre del paciente, Documento Nacional de Identidad (DNI), diagnóstico de ingreso, servicio y número de cama asignada.

- El personal asistencial de Emergencia conduce al paciente al servicio de destino, llevando consigo: Orden de Hospitalización, Hoja de Filiación, Consentimiento Informado e Historia Clínica.

b. **Consultorio externo**: son los pacientes que ingresan al hospital con una orden médica que indica la hospitalización en determinado servicio según su enfermedad. En este caso el paciente ingresa a hospitalización con orden de hospitalización programada.

- El Jefe del Servicio controla el cumplimiento de los criterios de hospitalización, que permitan la racionalidad en la asignación de las camas, tales como: paciente con riesgo de complicaciones, paciente oncológico para procedimiento especializado, paciente apto en la lista única de espera quirúrgica, paciente con referencia que amerite hospitalización y paciente paraestudio especializado.
- El médico tratante expide la orden de hospitalización. El paciente ingresa a hospitalización de acuerdo a la disponibilidad de la cama, previa coordinación con el servicio de destino.
- El paciente proveniente de consultorio externo cuenta con historia clínica completa, incluyendo resultados de las evaluaciones previas, orden de hospitalización, formato de consentimiento informado suscrito por el paciente o representante legal, nota de ingreso (precisando el motivo de la indicación de hospitalización).
- El paciente que ingresa al servicio quirúrgico cuenta con exámenes y evaluación pre-operatoria completos, incluyendo el depósito de sangre de requerirlo, estar calificado como paciente apto y registrado en la Lista única de Espera Quirúrgica. Toda Cirugía o procedimiento especial, se realiza en un plazo no mayor a las 24 horas desde su ingreso.

c. **Transferencia**: Existen dos tipos de trasferencia una interna y la otra externa.

- **Transferencia Interna**: Cuando pasa de un servicio a otro; para un mejor control otratamiento, o también porque necesita estar en un área de aislamientosegún su condición médica.
- **Transferencia Externa**: Cuando un paciente requiere una atención especializada que no se cuenta en el hospital; por tal motivo se le deriva a otrainstitución con personal y su formato de referencia. Esto puede ser de un centrode atención de menor a mayor complejidad o capacidad de resolución.

De los Requisitos para la Hospitalización

- Acreditación de Derecho vigente en caso de ser asegurado o pagaré firmado

en caso de ser asegurado, pero no estar acreditado o firma de pagaré y certificar depósito de garantía en caso de paciente tercero.

- Identificación de pacientes a través de lector biométrico, en caso de centros que cuenten con dicho equipo.
- Que la situación de salud del paciente no permita continuar su estudio o efectuar su tratamiento en forma ambulatoria.
- Que existan camas disponibles.
- Orden de Hospitalización, debidamente llenada y firmada por el Médico Jefe deGuardia de Emergencia o el Médico tratante de la Consulta Externa.
- La hospitalización por Emergencia es sólo para pacientes atendidos en esa área.
- Pacientes con permanencia mayor de 24 horas en Salas de Observación de Emergencia.

De los Registros Hospitalarios

- Además de lo consignado en la historia clínica, cada servicio de hospitalizacióncuenta con: Libro de Registro de Ingresos de pacientes y otro de Egresos y Sistema de registro informatizado, Libro de Registro de Nacimiento en el área de Centro Obstétrico y/o Libro de Registros de eventos adversos.
- El responsable del área de admisión hospitalaria consolida el Parte Diario de Pacientes Hospitalizados a partir del Censo Diario elaborado por el personal deenfermería u obstetriz. El responsable del área de admisión hospitalaria mantiene actualizada la relación de los pacientes hospitalizados, consignando: servicio, cama, nombre, sexo, edad, diagnóstico, vía de ingreso, fecha de ingreso. Este parte es remitido al área de Archivo de Historia Clínica. Tambiénse publica en un área de acceso a familiares.

4. EQUIPO O MATERIAL

- Hoja de Admisión.
- Equipo de protección personal.
- Libro de Ingreso y Egreso.
- Tallímetro, balanza.
- Unidad de la paciente preparada.
- Equipo para control de signos vitales.
- Tallímetro, balanza.
- Historia clínica con todos los formularios correspondientes.
- Rotulo de Identificación de la unidad, brazalete de identificación.

5. PROCEDIMIENTO

Nro. Paso	Descripción de Acciones	Responsable
1	Lavado de manos, colocación de equipos de protección personal.	Enfermera

2	Recepción del paciente y familiar, orientación al Paciente sobre normas y reglas de convivencia.	Enfermera
3	Realizar el Triaje y ubicar al paciente en una unidad específica.	Enfermera
4	Seguimiento del paciente dentro de las 24 horas, para alternación y/o transferencia.	Médico
5	Se ubica al paciente en una unidad, se le designa una cama y se le viste con bata.	Enfermera/ Técnico de Enfermería
6	Paciente en su unidad es evaluado por la enfermera y procede al control de signos vitales y constantes biológicas de base.	Enfermera
7	Si está consciente se brinda educación sanitaría al paciente, a la familia y/o familiar acompañante.	Enfermera
8	Registro completo de datos en el Libro de Ingresos, Censo Diario. Colocar el nombre con número de HCL en el cuadro de pacientes.	Enfermera
9	Colocar cartel de Identificación del paciente, con nombre, HCL, DNI, alergias, grado de riesgo y edad.	Enfermera
10	Se apertura HCL. O si tiene una historia antigua, se tramita su requerimiento.	Enfermera
11	Registra las indicaciones médicas del paciente y cuidados de enfermería en la hoja de terapéutica y Kardex.	Enfermera
12	Apertura formatos nuevos de hospitalización (escalas de valoración de riesgos actual). Coordina cobro de prescripción de medicamentos.	Enfermera
13	Coordina exámenes de ayuda diagnóstica (Laboratorio, imagenología, interconsultas).	Enfermera
14	Lavado clínico de manos.	Enfermera
15	Realiza registro de acciones de enfermería ejecutadas.	Enfermera

6. PRECAUCIONES

- Reciba del personal de salud que acompaña al paciente para su hospitalización lahistoria clínica y los medicamentos (si procede de Emergencia).
- Verifique si se encuentran registrados en la historia clínica los datos generales del paciente, las indicaciones médicas y la Orden de Hospitalización y Acreditación.
- Revise la unidad del paciente y prepárela con todo el equipamiento necesario (O2, bombas de infusión, cama con barandas, etc.).
- Oriente a pacientes y familiares sobre las normas de la institución y corrobore el aprendizaje.
- Los objetos de valor y dinero serán entregados al familiar y en su ausencia seránresguardados con una relación detallada por el personal que recepciona el valor.

7. RECOMENDACIONES

- Explicarle al paciente la importancia de no traer objetos de valor para

su hospitalización, como consta en el reglamento de la institución o en su defecto entregarlos a un familiar cercano.

- Siempre tratar al paciente por su nombre (evite tutearlo).
- Informar siempre al paciente sobre algún cambio en cuanto a suestancia hospitalaria.

III. ACTIVIDADES

a. A que llamamos ingreso del paciente

_____
_____

b. Cuáles son las modalidades de ingreso

_____
_____
_____
_____

c. Cuál es el Procedimiento para el ingreso del Paciente realice unflujograma de admisión.

_____
_____

IV. EVALUACIÓN

Se considerará formato de evaluación de práctica y rúbrica elaborada.

V. MONITOREO DE DESEMPEÑO

PASO/ TAREA	CUMPLE	
	SI	NO
Identifica correctamente el ingreso o admisión del paciente.		
Reconoce las diferentes formas de ingreso o admisión del paciente		
Identifica diagnósticos de enfermería apropiados y refiere su causalidad.		
Prioriza correctamente los procedimientos de ingreso o		

admisión delpaciente.		
Muestra motivación, creatividad y dinamismo.		

VI. BIBLIOGRAFIA

- Dugas Beverly. Tratado de Enfermería Practica. 4ta edición,México: MC.GRAW. HILL;2008
- Merlo O. Cáceres N. Manual de Admisión Hospitalaria, Paraguay 2017

TEMA 2

ALTA O EGRESO DEL PACIENTE

Dra. Beatriz Sucasaca Mamani

I. COMPETENCIA

a. Identifica el procedimiento del alta o egreso del Paciente con responsabilidad.

II. MARCO TEÓRICO

1. DEFINICIÓN

Es el momento en que el paciente no reúne a criterio del médico las condiciones necesarias para continuar hospitalizado por lo que puede y debe abandonar el centro, debe estar firmada por el médico tratante. Son los procedimientos técnico administrativo que se efectúan cuando el paciente abandona el hospital.

2. OBJETIVO

- Restituir al paciente a su hogar una vez finalizado el tratamiento y recuperado.
- Brindar atención de enfermería al paciente cuando egresa del servicio o de la institución por cualquier tipo de causa, explicándole a éste y su familia las condiciones de salud y los cuidados a realizar en su nuevo destino. Así como la realización de los pasos necesarios para su traslado o remisión a otro servicio o institución.

3. MODALIDADES DE ALTA

a. **Alta Médica**: Condición establecida por el médico tratante para que una persona atendida hospitalariamente pueda incorporarse nuevamente a sus ocupaciones habituales o quede en situación de invalidez por las secuelas incapacitantes residuales.
b. **Alta Voluntaria**: Condición en la que un paciente, en contra de la opinión del médico tratante, solicita egresar de un servicio de hospitalización, eximiendo de cualquier responsabilidad al establecimiento de salud.
c. **Alta por Transferencia**: Es la que se lleva a cabo cuando por limitaciones de recursos materiales y técnicos especializados, el paciente tiene que ser transferidoa otra unidad para su atención.
d. **Alta por Fuga o Abandono**: Situación en la cual un paciente que estaba siendo atendido sale del establecimiento de salud sin autorización del médico tratante, en contra del punto de vista del personal de salud y sin firmar ningún documento. En caso de comunicar verbalmente su salida se denomina "abandono". En caso

de hacerlo subrepticiamente se denomina "fuga"

e. **Alta por Defunción**: Es cuando el paciente fallece, se prepara el cuerpo, se realiza certificado de defunción y se traslada el cuerpo a patología de la institución.

4. PROCEDIMIENTO

Nro. Paso	Descripción de Acciones	Responsable
1	Indica el Alta y/o trasferencia del Paciente	Médico
2	Tramita las recetas de la alta médica del paciente.	Enfermera
3	Lavado clínico de manos.	Enfermera
4	Recoge medicación del alta de farmacia.	Técnico de Enfermería
5	Brinda educación sanitaria al paciente y su familia.	Enfermera/ Técnico de Enfermería
6	Se entrega medicación y se orienta al paciente sobre indicaciones médicas a seguir.	Enfermera
7	De ser el caso se coordina con la nutricionista para indicaciones de dieta.	Enfermera
8	Si el caso lo amerita se coordina con Servicio Social para el apoyo correspondiente.	Enfermera
9	Verifica que el paciente lleve su hoja de contrarreferencia.	Enfermera
10	Recoge la ropa y enseres entregados al paciente a su ingreso. Ayuda al paciente a cambiarse de ropa y entrega sus pertenencias.	Técnico de Enfermería
11	Archiva Kardex en la HCL.	Enfermera
12	Realiza anotaciones de Enfermería respectivas.	Enfermera
13	Registra registro completo de datos en Libro de Ingresos y Egresos, Censo Diario. Retira el nombre de la tablilla de pacientes del servicio.	Enfermera
14	Envía HCL del paciente con epicrisis debidamente sellada y firmada a Admisión y Archivo. De ser el caso envía placas de imagenología para ser archivadas.	Enfermera
15	Lavado de manos.	Enfermera

5. ASPECTOS A CONSIDERAR DURANTE EL ALTA DEL PACIENTE

- Desde el momento del ingreso del paciente la enfermera debe valorar las necesidades del paciente para el alta, tanto en su capacidad física y conocimientos del paciente y de las personas de su entorno a fin de extender el autocuidado y la participación de la familia en el cuidado del paciente.
- El sistema de servicios asume una gran responsabilidad no solo durante la estancia del paciente en un hospital sino de los cuidados que requiera el paciente en su domicilio.
- Algunas instituciones de salud asumen la función de coordinar con los diferentes niveles de atención los cuidados extensivos no solo de enfermería sino de otros como fisioterapia, nutrición etc. que requieren los pacientes cuando vuelvan a sus domicilios.

- Si bien la institución no asume la función de coordinar la continuación de los cuidados en la familia y comunidad, la enfermera debe valorar necesidades del paciente en el momento de la indicación de alta a fin de orientar en la alternativa.
- Valorar la aceptación de los problemas de salud y de las restricciones a fin de sugerir la intervención de psicología, servicio social, nutrición y otros.
- Un aspecto importante a considerar es que cada vez que se tenga contacto con el pacientey su entorno, se deberá contar con el respectivo equipo de protección personal, según sea el caso.
- Al finalizar el mes se entregará la estadística de la Satisfacción del Usuario al Departamento de Calidad y Enfermería.

a) Un día antes del alta.

- Valorar y sugerir las condiciones físicas que requiera en el domicilio.
- Informar sobre los recursos que dispone el paciente para continuar su atenciónen domicilio.
- Informar al paciente sobre signos y síntomas de complicaciones, uso de medicamentos, dieta, ejercicios, restricciones etc.
- Despejar dudas y canalizar la solución de problemas.
- Entregar un folleto o instructivos sobre los cuidados.

b) El día del alta

- Revisar las ordenes de alta emitidas por el medico relacionado con las prescripciones, cambios de tratamiento o necesidad de dispositivos especiales.
- Averiguar si la familia ha preparado el transporte hasta el domicilio.
- Ofrezca su apoyo para vestir al paciente, respetando la intimidad cuando seanecesario.
- Devolver conforme a lo recibido los objetos o pertenencias registradas
- Revise con el paciente y su familia la instrucción sobre la administración de medicamentos.
- Coordine o Instruya a los familiares sobre el procedimiento para regularizar los documentos en economía, o con los responsables de la prestación del servicio.

III. ACTIVIDADES

a. Elaborar un flujograma del procedimiento del alta.

_____

_____

b. Analizar el Siguiente caso:

Paciente mujer de 82 años de edad de bajos recursos socio económicos, estuvo hospitalizada por presentar cuadro de diarrea que se complicó con una deshidratación grave, después de 7 días es dada de alta, su hija y esposo están preocupados por su salud, temen una recaída, y tampoco saben lo que debe comer, ni donde la llevarían si continua mal; la enfermera (o) tiene asignada la función de brindar una consejería al paciente y familiares. Evalúe el caso y señale las orientaciones que daría a la paciente y/o familiares.

_____

_____

c. **Identificar las áreas o instituciones que sean necesarias coordinarpara ayudar a la familia de acuerdo al caso anterior.**

_____

_____

IV. EVALUACIÓN

Se considerará formato de evaluación de práctica y rúbrica elaborada.

V. MONITOREO DE DESEMPEÑO

PASO/ TAREA	CUMPLE	
	SI	NO
Conoce los pasos administrativo asistenciales del alta.		
Capacidad para valorar las necesidades del paciente y familia encondiciones de alta.		
Capacidad para planificar y aplicar las intervenciones necesariaspara el caso.		
Proyecta su quehacer en coordinación con otros recursos		

VI. BIBLIOGRAFÍA

- Du Gas B. W. (2000) Tratado de Enfermería Practica.4° Edición
- Perry P. (2015) Enfermería Clínica: Técnicas y Procedimientos.
- Biblioteca Virtual sobre Salud (2018) https://medlineplus.gov/spanish/

TEMA 3

ACTO DE CUIDADO: PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

Mg. Fernando Sánchez Soto

I. COMPETENCIA

a. Identifica los principios epistemológicos del acto del cuidado, explicando la naturaleza del acto del cuidado, con pensamiento crítico y responsabilidad.
b. Reafirmar los conocimientos y aptitudes necesarias para realizar el acto de cuidado, con sentido crítico.

II. MARCO TEÓRICO

1. DEFINICIONES

Cuidado: latín cogitare que significa pensar, juzgar.

Acto de cuidar: representa el que y el como del cuidado, es decir, es el cuidado tal como se brinda a la persona.

Acto de cuidado: son todas las acciones que desarrolla la enfermera con la persona sana o enferma requiere conocimientos, análisis crítico, reflexión, juicio clínico, creencias y valores, intuición.

La aplicación o el cómo es llevar a la práctica toda esa información para poder interactuar, recordando que cada ser humano es complejo y único. La esencia de la disciplina de enfermería es el cuidado enfermero. El ser cuidado es el sujeto, el cual vive una experiencia de vida, la cual debe entender y superar, ya sea una enfermedad o algún acontecimiento que le ha producido malestar, o aquellos cambios en su vida los que determinan una modificación en su cotidiano actuar. La cuidadora, la enfermera, debe reconocer aquello que se ha producido en la persona sana o enferma para planificar el cuidado a brindar.

Las experiencias de salud se presentan en las personas, está directamente interrelacionado con su entorno, se produce la interacción continua la que posibilita se brinde el cuidado enfermera oportuno, siendo este su centro de interés.

Es fundamental entender que la persona es el centro de interés porque el objeto de estudio es el cuidado el cual en constante interacción genera bienestar en el SER CUIDADO.

El acto del cuidado se da en cada interacción con el ser cuidado, cuya participación es fundamental, interviene todo su entorno, existe afecto, comprensión, buscando satisfacer sus necesidades de salud, buscando en todo momento preservan el bien de la persona. La enfermera es defensora de la vida en cada momento de cuidado.

El acto de cuidado supone un trabajo sumamente complicado, "ya que incluye la posesión de conocimientos técnicos, una gran cantidad de conocimientos formales, capacidad de comunicación, complicidad emocional y otras muchas cualidades". Por esta causa, se le considera como un complejo proceso de pensamiento que lleva del conocimiento a la técnica, de la percepción a la acción, de la decisión al tacto y de la observación al diagnóstico. En particular, el acto de enfermería representa un juicio clínico sobre la respuesta de un individuo a sus problemas de salud, reales o potenciales. La enfermera será responsable de la monitorización de las respuestas del paciente, de la adopción de decisiones que culminaran en un plan de cuidados, y de la ejecución de los recursos de acción resueltos como los más pertinentes, incluyendo la colaboración interdisciplinar y la derivación del paciente a otras unidades si fuera necesario.

La tarea del cuidado exige un esfuerzo hermenéutico por parte de la profesional, un ejercicio de interpretación, análisis y valoración de la realidad a partir de los problemas de salud, factores etiológicos y síntomas y signos del paciente.

2. PRINCIPIOS ÉTICOS APLICADOS AL ACTO DE ENFERMERÍA

Los actos enfermeros suelen involucrar una gran complejidad. El entramado de elementos que deben ser ponderados en el acto de enfermería exige del profesional una preparación técnica del más alto nivel, porque lo más importante es la vida y la salud de una persona, con dignidad intrínseca y valor en sí misma.

Existen algunos principios o reglas prácticas que debieran regir la actividad profesional:

a. El acto de enfermería es un acto de prudencia

La prudencia equivale a cautela o precaución. La prudencia está referida a la persona que evita un riesgo, sin embargo, en el campo de la filosofía práctica, ser prudente no es otra cosa que tener la capacidad para actuar correctamente en el caso correcto, es decir, para saber qué es lo que se debe hacer aquí y ahora.

En este sentido, la prudencia está obligada a determinar de qué manera y con qué medios debe el hombre alcanzar con sus actos el medio racional. Esto se traduce en el hecho de que, por la prudencia, el hombre consigue determinar, en las circunstancias particulares en que se realiza la acción, los medios más adecuados para la consecución del fin que se ha propuesto. En el caso de la enfermería, estos límites al juicio prudencial se manifiestan, sobre todo, en el respeto por la dignidad de la persona.

La dignidad del hombre se funda en su ser personal, en su capacidad para entender, querer y auto determinarse libre y conscientemente.

Teniendo esto en consideración, el esfuerzo del o la enfermera consiste en encontrar la relación adecuada entre principios universales y circunstancias particulares. Por eso escribe santo tomas que "el prudente precisa conocer tanto los primeros principios de la razón, cuanto las realidades concretas sobre las que versa la acción", es decir, debe tener un conocimiento lo más acabado posible tanto de lo universal como de lo singular que envuelve a la patología que se encuentra valorando.

Por último, afirmar que los hombres pueden ser prudentes, entender la prudencia como razonabilidad y no como mera cautela, es algo de vital importancia. Significa, en el fondo, reconocer que la acción humana puede ser guiada racionalmente.

b. El acto de enfermería se encuentra limitado por el principio de humanidad

En el centro de la ética kantiana se encuentra el imperativo categórico. Este es una

regla de la acción de valor universal e incondicionado, que rige para todos los sujetos racionales. Una de sus formulaciones es la que se conoce como principio de humanidad, y según la cual no deben ser tratados como medios que conducen a un fin sino como fines en sí mismos.

Por ende, las personas no son meros fines subjetivos cuya existencia tiene valor instrumental para nosotros, sino fines objetivos, es decir, su existencia en sí misma es un fin, "y un fin de tal condición que en su lugar no se puede colocar otro fin al que ellas deberían servir meramente como medios, porque sin esto no se hallaría en ningún lugar algo de valor absoluto".

Si esto es llevado a la práctica clínica, se tiene que la norma moral más importante de la ética de la enfermería dice que la persona -cada persona- ha de ser afirmada por sí misma y por su dignidad. "la persona ocupa una posición central en el interior de la profesión médica, porque la medicina es por su naturaleza una relación entre personas.

Por tanto, señala Estefo y Paravic, "cuidar es la antítesis del uso simplista de otra persona para satisfacer sus necesidades. El cuidado debe ser entendido como ayuda a otra persona que permite el desarrollo, de la misma manera que la amistad aparece a través de la confianza mutua que produce una transformación profunda y cualitativa de las relaciones."

c. Acto de enfermería no puede ser contrario al bien básico de la vida

La protección de la vida humana es el fundamento de la inviolabilidad de los derechos naturales y de los absolutos morales. Todos los sistemas jurídicos (honestos) excluyen la occisión o el daño de personas inocentes como medio para cualquier fin, ya sea público o privado.

Según aquello de romanos 3,8". Ocurre, entonces, que la vida humana debe respetarse desde su comienzo, con la fecundación, hasta su muerte natural. Esta es una exigencia básica del reconocimiento de la dignidad de la persona.

3. NATURALEZA DEL CUIDADO

3.1. CUIDADO DE ESTIMULACIÓN

Activar una acción, operación o fusión. La enfermera(o) activa la capacidad físicamental y social de la persona a su cuidado para lograr:

- Comprensión y aceptación de los daños de su salud.
- Cambio de estilos de vida (cambiar o desechar hábitos).
- Controlar signos, síntomas y reportarlas oportunamente.
- **Participación en actividades comunitarias.**

3.2. CUIDADO DE CONFIRMACIÓN

Brindar y reafirmar su seguridad a través de:

- Información e interacción para dar a conocer sus derechos y todo lo relacionado a su cuidado.
- Cuidados de calidad.

3.3. CUIDADO DE CONSECUCIÓN Y CONTINUIDAD DE LA VIDA

"La enfermera brinda cuidados con competencia técnica"

- Usando la información científica para la toma de decisiones con actitudes

de solidaridad y respeto a los derechos de las personas a quien brinda cuidado.

- Todo el personal de enfermería está interesado en él, lo conoce y sabe cuálesson sus necesidades.

3.4. CUIDADO PARA RESGUARDAR LA AUTOIMAGEN DEL PACIENTE

Autoimagen: concepto de sí mismo, de su apariencia".

- Crear un ambiente de confianza y respeto.
- Ayudarlo a aceptarse y a mantener una imagen positiva.
- Conocer sus valores, creencias, costumbres, trabajo, actividades, etc.
- Identificar actos que reflejen un riesgo frente al auto aceptación.
- El cuidado que recibe es para que recupere la salud y lo protegen para evitarel daño.
- Debe estar informado de su diagnóstico, tratamiento y pronóstico.
- Debe recibir información y enseñanza sobre su autocuidado.

3.5. CUIDADO DE SOSIEGO Y RELAJACIÓN

- Motivar la tranquilidad, disminuir las tensiones.
- Identificar manifestaciones de angustia, miedo y conocer las causas.
- Trabajar con el equipo multidisciplinario para aliviar el estado del paciente.
- Interactuar con el paciente para superar sus temores, evitar que se compliquesu estado.
- Buscar medios que permitan relajación y descanso (familia, lectura, música,etc.)

3.6. CUIDADO DE COMPENSACIÓN

"Resarcir un daño físico, psicológico o social"

- Identificar y valorar el nivel de dependencia y estimularlo (de acuerdo a lasituación).
- Evitar daños innecesarios
- Actuar con alto compromiso ético
- Ayudar a reintegrarse lo más temprano posible a su grupo familiar y social.
- Motivarlo a usar sus potencialidades para lograr su recuperación
- Ayudarlo a aceptar su discapacidad y afrontar nuevos retos.

4. EL PROCESO DEL CUIDAR

El cuidado humano es una relación terapéutica que promueve el bienestar de la persona. Es un proceso interactivo donde la cuidadora planifica una serie de acciones que han tenido lugar en la fase pre reflexivo, desarrollando un papel activo y está preparada para tener un comportamiento humano para cuidar. El ser cuidado es una persona que vive una experiencia única de vida, de salud, él es responsable de su cuidado y participa junto a los suyos de su cuidado contribuyendo a mejorar su calidad de vida.

El proceso de cuidar es el desarrollo conjunto con el ser cuidado de una serie de acciones, actitudes y comportamientos los que están basados en el conocimiento científico que posee la enfermera, en la experiencia profesional que ha logrado frente a las diferentes manifestaciones de vida que se le han presentado, tiene un pensamiento crítico a cada acto que realiza para y con la persona que ha puesto su confianza en su cuidadora.

4.1. PRIMERA FASE: PRE REFLEXIVA

- Percibe la situación que se presenta y observa a la persona como un todo,

precisandola experiencia de salud que vive.

- La enfermera tiene pensamiento crítico, ya que reflexiona la situación que se está presentando.
- Ella toma conocimiento de la situación, lee la información que le dan y observa a lapersona para tener claridad en la imagen que proyecta.

- Plantea hipótesis de la situación y hace una serie de cuestionamientos.
  - ✓ ¿Qué situación es esta?
  - ✓ ¿Cómo se caracteriza?
  - ✓ ¿Quién es esta persona?
  - ✓ ¿Por qué está aquí?
  - ✓ ¿Está asustado?
  - ✓ ¿Está solo con su familia?, Etc.

4.2. SEGUNDA FASE: REFLEXIVA

- Identifica la necesidad de cuidado.
- Verifica los medios disponibles, personales, materiales, estructurales, sociales.

3.3. TERCERA FASE: POST REFLEXIVA

- Transformación según la experiencia vivida.
- Si el cuidado se otorgó con los elementos necesarios: es consideradoexperiencia positiva
- Si el cuidado no se otorgó con los elementos necesarios: experiencia negativa

5. DIMENSIONES DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA

Llamado también esferas o tipos de cuidado según diversas literaturas, sin embargo, la esencia de este aspecto es que el ser humano es totalitario, se le debe considerar en todos los aspectos.

Se consideran:

5.1. BIOLÓGICA

Este relacionado con las deficiencias que posee con respectos la salud, la mayor parte de personal de salud se dirige a restaurar el daño que tienen. La enfermera colabora en la restauración de su salud.

5.2. SOCIAL

Se refiere a su entorno de la persona enferma, se considera el medio social donde se desarrolla, la familia y amigos, el medio laboral. En el cuidado es fundamental la participación de los integrantes de la familia.

5.3. PSICOLÓGICA

Las manifestaciones que se presentan en la persona frente a la enfermedad son variadas, especialmente se genera tristeza, preocupación, estrés, y otros que muchas veces dificultan el proceso de recuperación de la persona.

5.4. CULTURAL

Es fundamental considerarlo para poder intervenir con las ideas, estilos de vida, tradiciones y otros para integrar a su proceso de cuidar.

5.5. AMBIENTAL

El entorno es fundamental, se debe vincular el cuidado con el ambiente donde se

desarrollará persona en su cotidiano, con la finalidad de dar las medidas necesarias para su recuperación y la sostenibilidad de su cuidado.

5.6. ESPIRITUAL

Se ha dado mucha importancia al fortalecimiento de la mente, del espíritu de la persona, que sea capaz de ser feliz dentro de sus dificultades buscando la superación de su situación, encontrándose consigo mismo, buscando la paz interior.

6. ÉTICA DEL CUIDADO

La ética del cuidado formula la siguiente pregunta: ¿Cuál debería ser la naturaleza de la relación con la persona enferma y cuáles son los responsables dentro de esa relación?

- Cuidar a la persona enferma por medio de la prestación del tratamiento pertinente yespecializado.
- Preocuparse por o acerca de la persona enferma de manera que el personal de saludmanifieste un profundo interés por el enfermo.

7. CARACTERÍSTICAS DEL CUIDADO

Ser verdaderamente atenta, que es similar a la noción de estar auténticamente presente. Preocuparse por:

- Proporcionar medios para administrar cuidados.
- Tomar en consideración el respeto a la cantidad de tiempo necesario.
- Conseguir conocer a la persona enferma.

III. ACTIVIDADES

a. Realice un mapa conceptual del acto del cuidado.

_____

_____

b. Defina:Cuidado:

_____

_____

_____

Acto del Cuidado:

_____

_____

Acto de cuidar:

_____

_____

Proceso de cuidar:

_____

_____

Dimensiones de cuidado:

c. Análisis reflexivo de las escenas donde se refleja el acto del cuidado en la película“El ángel de la muerte”

_____

IV. EVALUACIÓN

Se considerará formato de evaluación de práctica y rúbrica elaborada.

V. MONITOREO DE DESEMPEÑO

PASO/ TAREA	CUMPLE	
	SI	NO
Define correctamente el acto de cuidado.		
Reconoce las dimensiones del cuidado		
Identifica el proceso de cuidar		
Propone intervenciones de enfermería para realizar un adecuado acto del cuidado.		

VI. BIBLIOGRAFÍA

- Raile M.; Marriner A. Modelos y teorías de enfermería (9º ed.) United States of América.Elsevier, 2018.
- Santiago J. El acto del cuidar. Genealogía epistemológica de ser enfermero (1º ed.).Argentina. El Huapití, 2012.
- Vera R. La enseñanza del cuidado humano. Expresión Humanizadora (1º ed.).Brasil. Nueva Palabra 2008

TEMA 4

AMBIENTE HOSPITALARIO

Mg. Fernando Sánchez Soto

I. COMPETENCIA

- Identifica el ambiente terapéutico y características con responsabilidad y juicio crítico.

II. MARCO TEÓRICO DESARROLLO

El ambiente hospitalario, es el conjunto de condiciones humanas, técnicas, físicas, químicas, biológicas, económicas y sociales que tienen influencia sobre la salud del individuo.

El ambiente hospitalario puede ser favorable (higiénico) o desfavorable (antihigiénico); propicio o nocivo; grato u hostil; contaminado o no.

Desde el punto de vista psicológico, se habla de bueno o mal ambiente, según las características puramente humanas de las personas que prestan los servicios técnico-científico, de enfermería o administrativo, que convierten en agradable o desagradable la estancia en el hospital para el paciente y sus familiares.

2.1. AMBIENTE TERAPÉUTICO

Es definido como un conjunto de elementos físicos y humanos que comprenden la interacción del personal de una institución de salud, para satisfacer las necesidades y resolver los problemas de salud, ayudar al paciente a integrarse al medio ambiente hospitalario, ayuda a mejorar el estado de salud del paciente.

Un ambiente seguro y acogedor favorece un contacto terapéutico que facilita el compromiso de las personas atendidas en su tratamiento y mejora la satisfacción y los resultados en salud. Los objetivos por los que es importante mantener un ambiente terapéutico se pueden resumir en los siguientes:

- Preservar la individualidad del paciente,
- Tener confianza en las personas atendidas,
- Fomentar las buenas conductas,
- Potenciar la responsabilidad e iniciativa de los pacientes y
- Proporcionar una actividad adecuada durante el día.

Dentro de las dimensiones del ambiente terapéutico, el trabajo en equipo representa un aspecto fundamental para la mejora de la calidad de la atención a los pacientes y familiares. Por ello que los profesionales deben trabajar por la mejora del mismo.

1. ESPACIO FÍSICO

Es una parte básica del ambiente terapéutico y tiene un efecto importante sobre las personas que conviven en él: pacientes, profesionales y visitantes de los servicios de hospitalización Para que el espacio físico sea terapéutico es fundamental encontrar un equilibrio entre aspectos como la seguridad, la privacidad y la dignidad, teniendo en cuenta la perspectiva de género y las diferencias culturales.

2. DINÁMICA DE FUNCIONAMIENTO

La dinámica de funcionamiento de las unidades y servicios se puede considerar la parte «central» del ambiente terapéutico y se divide en:

- **La fase de acogida:** A través de una buena acogida se pretende lograr la adaptación de la persona usuaria a la unidad o dispositivo, asegurando su bienestar integral. Esta acogida cobra especial importancia en las unidades de hospitalización por el impacto que suele generar en pacientes y familiares. Muchos pacientes refieren que el propio proceso del ingreso puede ser una experiencia estresante y degradante. En las primeras horas del ingreso se necesita orientación, pautas, información y apoyo, siempre considerando la vulnerabilidad y capacidad de la persona atendida en ese momento y valorando el formato adecuado de la transmisión de la información, es por esto la conveniencia de mostrarle las dependencias de la unidad, presentar al compañero o compañera de habitación, resolver las posibles inquietudes y dudas; siempre ofreciendo disponibilidad y apoyo por parte del personal.
- **La organización:** Aborda la manera de estructurar la atención al paciente, especialmente a través de los protocolos existentes, las normas de funcionamiento internas y la posibilidad de diferenciación de espacios físicos según los objetivos clínicos.
- **La oferta y planificación de las actividades:** las unidades que ofertan programas de hábitos de vida saludable tienen una organización de trabajo más centrada en el enfoque de la recuperación, identificando la existencia de estas actividades como un indicador de calidad.
- **La implicación activa de pacientes en el tratamiento:** la implicación de la persona atendida en el proceso de toma de decisiones respecto a su salud, conlleva potenciar su autonomía y responsabilidad, mejorando la aceptación y adherencia al tratamiento y favoreciendo su proceso de recuperación.
- **La implicación activa de familiares en el tratamiento:** la familia tiene una importante labor, tanto en el proceso de tratamiento y recuperación de la persona, como en el ámbito de la concienciación y sensibilización de la ciudadanía sobre el cuidado de la salud.
- **La continuidad y coordinación asistencial:** tienen como objetivo la continuidad terapéutica de los y las pacientes y la adecuación de la demanda entre servicios. Este tipo de continuidad asistencial se puede realizar por teléfono, por informes de alta y continuidad de cuidados, reuniones de relevo de guardias entre personal facultativo, etc.

3. AMBIENTE RELACIONAL

Una de las dimensiones que forma parte del ambiente terapéutico es el «ambiente relacional» que hace referencia a la relación entre pacientes y profesionales. El ambiente relacional incluye tres sub dimensiones: vinculación, apoyo y espontaneidad. Con

vinculación se refiere al grado en que la persona participa activamente en el grupo y con apoyo al nivel de ayuda mutua que las personas miembros se ofrecen entre sí, así como la proporcionada por los y las profesionales hacia las personas atendidas. La espontaneidad hace referencia al grado de libertad y expresión de sentimientos y deseos que se permite que las personas atendidas manifiesten a los y las profesionales.

4. TRABAJO EN EQUIPO Y CLIMA LABORAL

Un equipo no es un conjunto de personas que simplemente trabajan juntas, sino que está de alguna manera organizado para cooperar y complementarse en sus funciones. El trabajo en equipo implica compartir un objetivo común y una integración de conocimientos e ideas aportadas por cada una de las personas miembros, las cuales poseen una especialización particular y son responsables de sus decisiones y acciones. El trabajo en equipo tiene muchos beneficios, tanto relacionado con los y las pacientes y sus familiares como con los y las propios/as profesionales y favorece una mejor calidad de la toma de decisiones. Los tratamientos y los diagnósticos pueden ser altamente complejos y la utilización de toda la información que posee el equipo en su conjunto, hace que disminuya el riesgo de tomar decisiones sin tener en cuenta todos los datos vitales. Además, el trabajo en equipo clarifica los roles y responsabilidades y garantiza un mayor compromiso con respecto al plan de tratamiento, ya que, al participar en la toma de decisiones, los y las profesionales las integran mejor.

El clima laboral varía en un continuo que va de favorable a neutro y a desfavorable. Así, una valoración positiva indica un sentido de pertenencia a la organización. Por el contrario, un clima negativo supone una falta de identificación que culminará con la marcha de los miembros que así lo perciban o generará una serie de objetivos personales diferentes a los deseados. El concepto de clima laboral ha sido debatido por numerosos autores que lo han definido como: La cualidad o propiedad del ambiente organizacional que es percibida o experimentada por las personas miembros de la organización e influye en su comportamiento.

5. UNIDAD DEL PACIENTE

La Unidad del paciente es el conjunto formado por el espacio de la habitación, el mobiliario y el material que utiliza el paciente durante su estancia en el centro hospitalario. Por lo tanto, el número de unidades del paciente será igual al número de camas que tenga el hospital.

La patología y la edad del paciente son factores determinantes que hay que tener en la organización y disposición de la unidad del paciente. Las medidas de la habitación dependen del número de camas. Las dimensiones aproximadas son las siguientes:

- Habitaciones individuales (1 cama): 10m2
- Habitaciones dobles (2 camas): 14m2
- Habitaciones triples (3 camas): 18-20m2

La habitación debe disponer de espacio suficiente, de 1 a 1,20 metros, entre las camas, y entre la cama y la pared.

A. TIPOS DE UNIDAD DEL PACIENTE

Cada unidad hospitalaria se diseña teniendo en cuenta el tipo de paciente que va a acoger.

Tipos de unidades:

- Emergencia
- Cuidados Intensivos

- Cuidados intermedios
- Recuperación
- Quemados
- Aislamiento
- Hospitalización
- Pediatría
- Neonatología

Condiciones ambientales Las habitaciones tienen que ser: Espaciosas, tranquilas,soleadas, limpias, ventiladas, ordenadas.

Temperatura:

- Unidad del usuario 20-22 º C
- Pasillos 20-21 º C
- Consultas externas 21-23 º C
- Quirófanos 25-28 º C
- Se regula mediante termostatos

Humedad: 40 y el 60% (En algunos estados patológicos como afecciones respiratorias,la unidad debe estar a un grado relativamente bajo entre 10 y 20 %)

Ventilación y pureza de aire: La ventilación se realiza, abriendo las ventanas y la puerta durante cortos espacios de tiempo (10 a 15 min), para renovar el aire de la habitación. Siempre que sea posible se hace cambio de ropa de cama y limpieza de la habitación.

Iluminación: Repercute de manera directa en el bienestar y la evolución de la enfermedad del usuario.

- ✓ Luz Natural: Es la producida por los rayos solares; por sus propiedades curativas, desinfectantes, térmicas.
- ✓ Luz Artificial: (Iluminación eléctrica) Está diseñada de forma que pueda serutilizada según las necesidades.

Higiene y Limpieza: Esto repercute seriamente en la evolución del paciente. La acumulación de eliminaciones del usuario (orina, vómitos, exudados, heces, etc.) en un espacio semiderruido o cerrado dan lugar a que se produzcan olores desagradables que repercute en el propio paciente.

B. MOBILIARIO Y MATERIAL DE LA UNIDAD DEL PACIENTE

El mobiliario que debe formar parte de una habitación hospitalaria varía si se trata de unidades especiales (UCI, coronarias, diálisis, etc.) o de unidades de hospitalización general (medicina interna, cirugía general). El mobiliario que forma parte de la unidad es el siguiente:

Cama: Sirve para acoger al paciente, por lo que debe estar en perfectas condiciones de conservación y mantenimiento, para que este se sienta más cómodo. Debe estar provista con toda la ropa que sea necesaria. Los accesorios de la cama son:

- ➢ Colchón: Cubierto con una funda de material elástico,transpirable, impermeable al agua, hipo alérgico.
- ➢ Ropa de cama.
- ➢ Cubre colchón
- ➢ Sábanas
- ➢ Manta
- ➢ Colcha o cubre cama
- ➢ Almohada con funda.
- ➢ Barandillas laterales.
- ➢ Manivela para regular la altura y articular la cama.

Además del mobiliario descrito, se debe proporcionar al paciente una serie de materiales o productos para la realización de las actividades diarias de higiene personal, alimentación y eliminación de excrementos, así como para facilitar la ejecución de los cuidados que necesite.

Material de uso habitual:

- Un vaso y una jarra
- Una palangana.
- Un cómodo y un orinal
- Camisón o bata
- Guantes
- Paquete de pañuelos desechables o gasas
- Termómetro
- Baja lenguas para inspección bucofaríngea
- Ropa de cama.

C. CARACTERÍSTICAS

- En general, están hechas de tubos huecos, que se pueden lavar cómodamente para facilitar su limpieza y desinfección.
- Suelen estar equipadas con ruedas móviles en cada pata y con un sistema de freno para bloquearlas; esto facilita el desplazamiento, tanto en el interior de la unidad en que esté ingresado el paciente como en su traslado de un servicio a otro.
- El somier puede estar dividido en 1, 2 o 3 segmentos móviles, que pueden cambiar de posición al ser accionados con una manivela. Las dimensiones de la cama suelen ser:
  - ✓ 90-105 cm de anchura.
  - ✓ 190-200 cm de longitud.
  - ✓ 70 cm de altura (sin colchón).

Existen tipos de cama: Cama ortopédica, cama rígida, incubadoras.

III. ACTIVIDADES

a. Defina que es Ambiente Terapéutico

_____

_____

b. Cuáles son las características del Ambiente Terapéutico

_____

_____

IV. EVALUACIÓN

Se considerará formato de evaluación de práctica y rúbrica elaborada.

V. MONITOREO DE DESEMPEÑO

PASO/ TAREA	CUMPLE	
	SI	NO
Identifica correctamente el concepto de ambiente Terapéutico.		
Reconoce de las características del ambiente Terapéutico		
Muestra motivación, creatividad y dinamismo.		

VI. BIBLIOGRAFIA

- Dugas Beverly. Tratado de Enfermería Practica. 4ta edición, México: MC.
- GRAW. HILL; 2008
  https://es.scribd.com/doc/69760708/AMBIENTE-HOSPITALARIO

TEMA 5

NECESIDAD DE REGULACIÓN: TEMPERATURA CORPORAL,OXÍGENO Y PRESIÓN

Mg. Fresia Manrique Tovar

I. COMPETENCIA

a. Reconocer los parámetros para el control de signos vitales, con responsabilidad.
b. Reconocer y preparar los materiales involucrados en dicho procedimiento y el nombre técnico de cada una de sus partes, utilizando pensamiento crítico.
c. Valorar las variaciones de cada parámetro y sus respectivos nombres técnicos, con responsabilidad.
d. Realizar el procedimiento de control de los parámetros que involucran el control de signos vitales, de manera objetiva y responsable.
e. Registrar gráficamente los valores pesquisados en la ficha de enfermería, usando juicio crítico.

II. MARCO TEÓRICO

Las constantes o signos vitales son aquellos indicadores que nos dan información sobre el estado fisiológico o de salud de un paciente.

Es el enfermero/a quien realiza este procedimiento y es su función el saber interpretar, detectar y evaluar los problemas que puedan surgir cuando una constante sobrepasa los límites normales y actuar en consecuencia de manera eficaz.
Cada indicador o signo vital posee unos parámetros numéricos que nos ayudan a interpretar la medición realizada. Esta medición varía en cada paciente y en función de las distintas horas del día, varían en un mismo individuo, por lo que una pauta en la toma de constantes según las necesidades fisiológicas de un paciente, contribuye a una evolución clínica favorable.

1. DEFINICIÓN

Son mediciones de las funciones más básicas del cuerpo (cerebro, corazón, pulmones). Aquellos signos que al estar presentes indican vida y al no estarlos pueden indicar muerte. A su vez nos indican el estado de salud y pronostico del paciente.

- Temperatura Corporal (T°)
- Frecuencia Cardiaca o Pulso(P)
- Frecuencia Respiratoria (FR)
- Presión Arterial (PA)
- Saturación de oxígeno (%)

2. TEMPERATURA CORPORAL

2.1. Definición

La temperatura corporal es el resultado del equilibrio entre el calor queproduce y pierde el organismo.

El centro termorregulador está situado en el hipotálamo. Cuando La temperatura sobrepasa el nivel normal se activan mecanismos como vasodilatación, hiperventilación y sudoración que promueven la pérdida de calor. Si la temperatura cae por debajo del nivel normal se activan mecanismos como aumento del metabolismo y contracciones espasmódicas que producen los escalofríos. Existen 2 clases:

- Temperatura central: Es la que tiene los tejidos profundos del cuerpo, tales como los de las cavidades torácica y abdominal.
- Temperatura superficial: Es de la piel, el tejido subcutáneo y la grasa que al contrario que la central, se eleva y desciende en respuesta al entorno.

2.2. Tipos de Temperatura

2.2.1. Temperatura Basal

Es aquella que es tomada por la mañana, en la boca o en el recto, después de al menos8 horas de sueño y antes de realizar cualquier actividad, incluido levantarse de la cama, caminar, hablar, comer o beber.

a. Regulación de la Temperatura del Cuerpo Humano

La temperatura del cuerpo está regulada por mecanismos de retroalimentación neural, que operan principalmente a través del hipotálamo. El hipotálamo contiene no sólo los mecanismos de control, sino también los sensores de temperatura importantes.

b. Mecanismos de Pérdida de Calor

- Sudoración: cuando el cuerpo se calienta de manera excesiva se envía información al área pre óptica, ubicada en el cerebro, adelante del hipotálamo y a su vez esta desencadena la producción de sudor.
- Vaso Dilatación: cuando la temperatura corporal aumenta, los vasos periféricos se dilatan y la sangre fluye en mayor cantidad cerca de la piel favoreciendo la transferencia de calor al medio ambiente.

c. Mecanismos de Conservación de Calor

- Vasoconstricción: cuando disminuye la temperatura se activa el hipotálamo posterior y a través del sistema nervioso simpático se produce la diminución del diámetro de los vasos sanguíneos cutáneos. Este efecto disminuye la condición de calor desde el núcleo interno de la piel esto hace que la temperatura cutánea se acerque a la ambiental y disminuye la gradiente que favorece a la perdida de calor.
- Intercambio de calor por contracorriente: las arterias de los brazos y piernas corren paralelas

d. Factores que Influyen en la Variación de la Temperatura

- Edad
  - Los niños son más susceptibles a las variaciones climáticas.
  - En los ancianos la hipotermia se da por la pérdida de la grasa subcutánea, dieta inadecuada, disminución de los procesos termorreguladores
- Ejercicio
  - Por el aumento en la producción de calor.
- Hormonas
  - En las mujeres la progesterona secretada durante la ovulación aumenta la temperatura.
- Estrés
  - La estimulación del sistema nervioso simpático aumenta el metabolismo y la producción de calor.
- Medio ambiente

- Las variaciones extremas de la temperatura ambiental alteran los sistemas termorreguladores de las personas.

VALORES NOMINALES SEGÚN RANGO DE EDAD

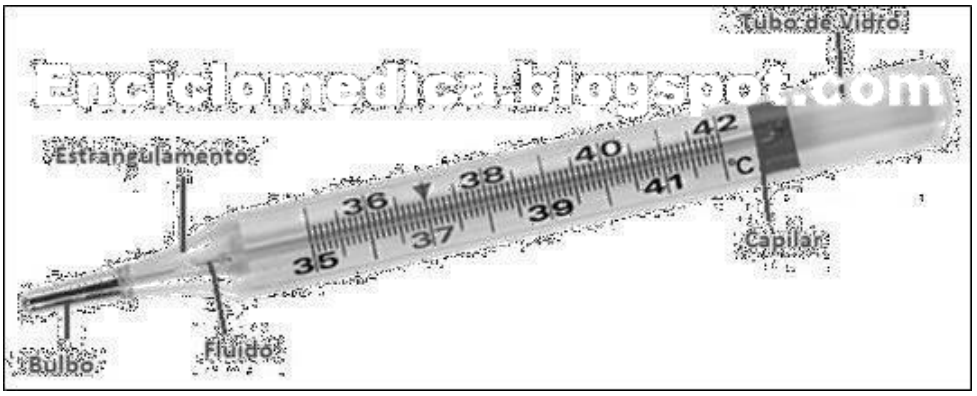
RANGO DE EDAD	GRADOS CENTIGRADOS (°C)
Recién Nacido	36,5 – 37
Lactante	37,2
Niños de 2 a 8 años	37,0
Adulto	36,5 – 37,5

a. **Termómetro Clínico**

Es un instrumento de medición cuya función principal es medir la temperatura corporal y averiguar si el paciente tiene fiebre. Por lo general, los termómetros clínicos miden un rango de temperaturas comprendido entre 35 y 40°C.

Todo termómetro clínico consta de 4 partes:

- **Bulbo**
  Cámara abombada del tubo capilar en la cual está contenido el mercurio. Puede ser cilíndrica o en forma de pera.
- **Vástago**
  Tubo capilar transparente que permite al mercurio desplazarse con las variaciones de temperatura.
  Paralelamente al vástago se encuentra una franja de vidrio de color que sirve de contraste a la columna de mercurio.
- **Cuerpo**
  Está elaborado en vidrio borosilicato neutro. Tiene forma de un prisma triangular delgado ya largado cuyas aristas son redondeadas. Una de ellas funciona como vidrio de aumento. Enel lado adyacente a esta arista lleva impresa la escala de temperatura. La superficie del lado opuesto a la arista mencionada esta pigmentada con un color que permita un contraste con el de la escala y con el nivel de mercurio del vástago.
- **Válvula de Constricción**
  Es un pequeño adelgazamiento o cuello entre el bulbo y el vástago que impide que el mercurio regrese al bulbo cuando cesa el calor aplicado al mismo.



Tipos de Termómetros

Objetivos

- Medir y conocer el grado de calor del cuerpo humano.
- Conocer los valores fundamentales para realizar comparaciones.
- Valorar el estado de salud o de enfermedad.
- Ayudar a establecer un diagnóstico de salud.
- Conocer oscilaciones térmicas de los pacientes.
- Registrar los datos en forma precisa y correcta.

I. Tipos de Control de Temperatura

i) Temperatura oral

Se sitúa el termómetro con el depósito de mercurio en una posición sublingual utilizando el clásico termómetro de mercurio durante un tiempo aproximado de 3 minutos

- **Equipo**
  - Termómetro clínico.
  - Riñonera.
  - Liquido antiséptico.
  - Torundas de algodón.
  - Guantes de procedimientos.
- **Procedimiento**
  - Al iniciar el procedimiento colóquese el equipo de protección personal, según sea conveniente.
  - Al introducir el termómetro pregúntele al paciente si ha bebido algo caliente o frío, si ha masticado goma de mascar, o ha fumado en 15 a 20'previos. Si es así posponga la medición 30'.
  - Acomode el bulbo del termómetro bajo la lengua del paciente, introduciéndolo cuanto sea posible a un lado del frenillo.
  - Explique al paciente como debe cerrar los labios, pero sin oprimir los labios.
  - Deje el termómetro colocado entre 3-4 minutos para registrar latemperatura exacta.
  - Pasado ese tiempo tome el termómetro por el extremo libre retírelo con cuidado de la boca.
  - Mediante movimiento giratorio y utilizando una torunda de algodón limpie el termómetro para retirarle la secreción que puede tener la columna de mercurio.
  - Lea la cifra registrada, colocando el termómetro a la altura de nuestros ojos.
  - Agítelo suavemente para bajar la temperatura y hacer nuevamente el procedimiento de la desinfección del termómetro antes de ser guardado o colocado en el frasco de desinfección.

- Precauciones
  - Evitar tomar la temperatura oral a pacientes con dificultad respiratoria.
  - Pacientes con deformidad congénita de la boca.
  - En pacientes post-operatorios de boca o nariz, a pacientes que presenten traumas o infecciones bucales o faciales.

ii) Temperatura rectal

Temperatura registrada en el recto. La temperatura rectal supera por término medio en 0,4 a0,5°C a la temperatura oral. Se consideran muy exactas.

- **Equipo**
  - Termómetro clínico (rectal).
  - Riñonera.
  - Liquido antiséptico.
  - Vaselina
  - Torundas de algodón.
  - Guantes de procedimiento.

- **Procedimiento**
  - Al iniciar el procedimiento colóquese el equipo de protección personal, según se conveniente.
  - Colocar al paciente en posición decúbito lateral flexionando la pierna que queda encima, cubra al paciente y sólo deje descubierta la zona del ano.
  - Lubrique la punta del termómetro en una extensión de 1.5 cm en los lactantes y 4 cm. para un adulto.
  - Levántele la nalga superior e introduzca el termómetro como 1.5 cm. en un lactante y 3-4 cm. en un adulto.
  - Con suavidad dirija el instrumento en contacto con la pared rectal en dirección al ombligo.
  - Sostenga el termómetro en su sitio durante tres minutos.
  - Extraiga con cuidado el termómetro y límpielo con una torunda de algodón o gasa y con movimientos giratorios.
  - Tome la lectura, colocando el termómetro a la altura de los ojos, después sacúdalo para bajar el mercurio.
  - Limpie la región anal del paciente para retirar cualquier residuo de lubricante o heces.
  - Registre los datos en hoja de gráfica de signos vitales.
  - Dejar el termómetro desinfectado según procedimiento antes de guardarlo.
  - Registre loas cifras encontradas en la hoja de signos vitales (grafica) historia clínica.
  - **Precauciones**
  - 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.
  - Evitar tomar la temperatura a pacientes operados del recto o la próstata (puede lastimar el tejido inflamado).
  - Pacientes con: prolapso, fístulas, hemorroides, diarreas y otras afecciones réctales.
  - En pacientes con infarto cardiaco, la manipulación anal pude estimular el nervio vago y ocasionar bradicardia u otro trastorno del ritmo cardiaco.

iii) Temperatura Axilar

Es la temperatura corporal registrada por un termómetro colocado en la axila. En condiciones normales se sitúa entre 0,5 y 1 grado por debajo de la temperatura oral. Seguridad y ausencia de invasión.
Es recomendable en adultos y niños mayores de 6 años; se deja el termómetro durante 5 minutos; el resultado es 0,5°c menor que la temperatura oral.

Secar al termómetro antes de colocarlo.

- **Equipo**

- Termómetro clínico.
- Riñonera.
- Liquido antiséptico.
- Torundas de algodón.
- Guantes de procedimientos.

- **Procedimiento**

- Al iniciar el procedimiento colóquese el equipo de protección personal, según sea conveniente.
- El paciente deberá permanecer decúbito dorsal osentada, con la axila descubierta.
- Secar la axila con torunda de algodón o papel desechable, sin frotar con fuerza.
- Pida al paciente que la mano del lado de la medición quede apoyada sobre el hombro contrario elevando el codo sobre el pecho.
- Coloque el termómetro en el hueco axilar de modo que el bulbo apunte hacia arriba, que continúe apoyando el codo sobre el pecho mientras dure la medición.
- Dejar el termómetro colocado durante 5 minutos.
- Transcurrido ese tiempo retire el termómetro con cuidado, limpie con papel desechable o con una torunda de algodón en forma giratoria.
- Tome la lectura sosteniendo el termómetro a la altura de los ojos.
- Sacúdalo para hacer descender el mercurio.
- Desinfecte el termómetro antes de ser guardado.
- Registre la temperatura en hoja gráfica.
- Precauciones
- Evitar tomar la temperatura en la axila si el paciente es muy caquéctico.
- Sostener el brazo y el termómetro si el paciente esta inconsciente, cuadripléjico, excitado, con enfermedades mentales y en niños.

II. Alteraciones de la Temperatura Corporal

- Hipertermia: Es la temperatura por encima del límite superior normal; mayor de 38ºc se presenta aumento de la frecuencia cardiaca, escalofríos, piel pálida y fría por vasoconstricción.
- Hipotermia: temperatura corporal por debajo del límite inferior normal. menor de 36ºC.
- Febrícula (subfebril): se caracteriza por fiebre moderada entre 37.6°C y 37.9°C.
- Fiebre: elevación de la temperatura por arriba de los 38°C.

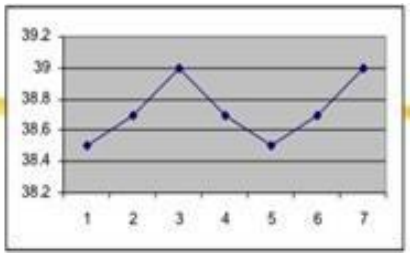
III. Clasificación de Fiebre

Según la intensidad de la temperatura

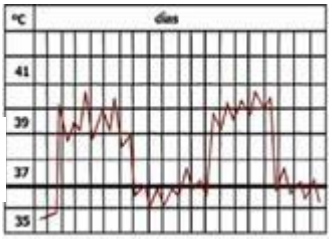
- Febrícula: Temperatura hasta 37.9°C.
- Fiebre moderada: temperatura entre 38 y 39°C.
- Fiebre alta: temperatura superior a 39oC.Según la forma de la curva
- Fiebre continua: Oscilación diaria inferior a un grado.
- Fiebre remitente: Oscilaciones diarias mayores de un grado.
- Fiebre intermitente: La temperatura desciende hasta lo normal, para luegoasciende nuevamente.

- Fiebre recurrente: Episodios febriles (fiebre por encima de 38.3°C) alternados con periodos de temperatura normal por días o semanas.

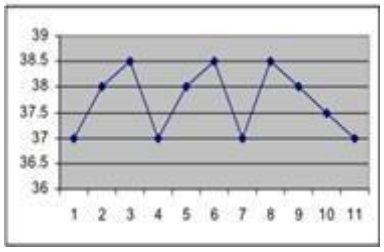
FIEBRE REMITENTE



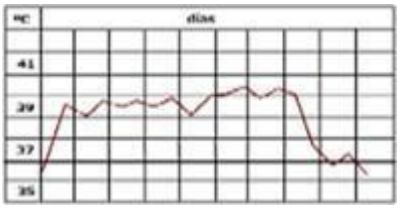
FIEBRE CONTINUA



FIEBRE INTERRECURRENTE



FIEBRE RECUR RENTE



2.2.2. FRECUENCIA CARDIACA O PULSO

I. Definición

La frecuencia cardiaca es el número de latidos del corazón por minuto. Por cada latido, se contrae el ventrículo izquierdo y expulsa la sangre al interior de la aorta. Esta expulsión enérgica de la sangre origina una onda que se transmite ala periferia del cuerpo a través de las arterias.

II. Indicaciones

Pacientes en estado crítico (monitorización permanente)

- Antes, durante y después de un procedimiento diagnostico otratamiento invasivo o no invasivo.
- Antes, durante y después de la administración de medicamentos que pueden afectar el sistema respiratorio o cardiovascular.
- Al momento del ingreso, Hospitalización y Alta del paciente.

III. Características del Pulso

Frecuencia, Ritmo, Amplitud, Igualdad.

a. Frecuencia Cardiaca Periférica (Pulso)

Es el número de pulsaciones de una arteria periférica por minuto. Es decir; la expansión de una arteria por el paso de sangre bombeado por el corazón, mayor de 100 taquicardias y menor de 60 bradicardias.

VALORES NORMALES SEGÚN RANGO DE EDAD

RANGO DE EDAD	PULSACIONES POR MINUTO
Recién Nacido	120 – 160
Lactante Menor	120 – 160
Lactante Mayor	110 – 120
Niños de 2 a 4 años	100 – 120
Niños de 6 a 8 años	100 – 115
Adulto	60 – 90 y/o 60 - 100

b. Ritmo

Es el intervalo de tiempo que existe entre cada pulsación.

- Regular: Pulsaciones separadas por idénticos intervalos de tiempo.
- Irregular: El pulso pierde su ritmo. Ej.: La fibrilación auricular.
- Déficit de pulso: un número de pulsaciones menor al número de sístoles auscultadas en región precordial. Es la diferencia de estas dos.
- Extrasístole: la presencia de una pulsación anticipada seguida de una pausa más larga que es la que separa a dos pulsaciones normales.

c. Amplitud

Fuerza del impulso que perciben los dedos con cada pulsación. Es decir, es el grado de distención que sufre la arteria con cada pulsación.

- Pulso débil o pequeño. Cuando la amplitud del pulso esta disminuida) Se presenta cuando disminuye la presión sistólica y aumenta la presión diastólica o ambas juntas Entidades que cursan con hipotensión arterial, estenosis aórtica.
- Pulso fuerte o intenso: cuando la amplitud esta aumentada. Presenta cuando hay aumento de presión sistólica. Disminución de la presión diastólica, o ambas juntas.
- Pulso filiforme: La amplitud es tan pequeña que la pulsación se hace imperceptible Ej.: Severos estados de shock.
- Pulso paradójico: Durante la inspiración hay una disminución de la amplitud del pulso que puede hasta desaparecer Ej.: Derrame pericárdico.

d. Igualdad

Todas las pulsaciones tienen la misma amplitud y cuando ello ocurre se dice que el pulso es igual. Todo pulso marcadamente irregular tiende a ser desigual. Cuando no, hay que pensaren un miocardio enfermo. Ej.:

- Pulso alternante (cada pulsación fuerte sigue de una débil).
- Pulso bisferiens: Tiene 2 picos sistólicos Ej. Estenosis sub aórtica diferentes tipos.

e. Tensión y Dureza

Es el grado de facilidad con que puede comprimirse la pared de la arteria y está condicionado por la consistencia de las paredes arteriales y la magnitud de la pared sistólica.

Alteraciones de la tensión o dureza

- Pulso blando: Cuando la presión que necesita para hacer desapareceré la onda del pulso es pequeña.
- Pulso duro: Cuando la presión que necesita para hacer desapareceré la onda pulsátil esmayor.

a. Semejanza

Es la igualdad de la amplitud del pulso en ambos hemicuerpos. Nos informa sobre la integridad de la irrigación periférica.

b. Simetría o sincronismo

Se refiere a que los pulsos ocurren al mismo tiempo en las arterias de ambos hemicuerpos. Por ejemplo: se palapa simultáneamente las arterias radiales de ambos hemicuerpos; el pulso es simétrico cuando las propiedades de amplitud, tensión, ritmo y frecuencia se presentan con iguales características en ambas arterias (brazo izquierda y derecho).

Alteraciones del sincronismo

- Asincronismo: Cuando las arterias de ambos semicuerpos los pulsos no

ocurren almismo tiempo

- Pulso Deficitario: Pulso donde la Frecuencia cardiaca es mayor que la frecuencia periférica. Ej. FC: 110 por minuto Pulso Radial: 80 por minuto se da fibrilación auricular.

a. Velocidad o celeridad

Es la velocidad con que la onda del pulso pasa por las arterias.

Alteraciones de la velocidad

- Pulso rápido: Cuando la onda del pulso pasa rápidamente
- Pulso tardo: Cuando demora la onda del pulso
- Igualdad: se dice que el pulso es igual cunado son de la misma amplitud todas las ondasde lpulso

a. Factores que afectan el pulso

El pulso varía dependiendo de varios factores. Cuando se valora el pulso de un paciente debe tener en cuenta los siguientes factores:

- Edad. La frecuencia del pulso disminuye paulatinamente según aumenta la edad, desde el nacimiento hasta la edad adulta.
- Sexo. Después de la etapa de la pubertad, la frecuencia del pulso en el varón es algo inferior a la de la mujer.
- Talla. La persona más baja tiene ligeramente más acelerada la frecuencia que la persona más alta y de mayor peso.
- Ejercicio La frecuencia del pulso aumenta con la actividad física En los deportistas profesionales ese aumento suele ser, en promedio, menor que en las demás personas, debido a que son mayores el tamaño, la potencia y la eficiencia del corazón.
- Alimentación. Por aumento de metabolismo basal aumenta el pulso.
- Enfermedades. Algunas enfermedades, como ciertas cardiopatías o los procesos que reducen la oxigenación tisular, pueden alterar la frecuencia del pulso en reposo.
- Fiebre. La frecuencia del pulso aumenta: a) en respuesta a la disminución de la tensión arterial que se produce como consecuencia de la vasodilatación periférica que acompaña a la elevación de la temperatura corporal y b) como consecuencia del aumento del metabolismo basal
- Medicamentos. Algunos medicamentos alteran la frecuencia del pulso disminuyendo o aumentando.
- Hipovolemia. Las pérdidas de sangre por el sistema vascular suelen elevar la frecuencia del pulso. En los adultos, la disminución del volumen de sangre circulante produce un reajuste de la frecuencia cardíaca
- Estrés. El estrés aumenta la frecuencia y la potencia del latido cardíaco. El miedo y la ansiedad, así como los dolores intensos, estimulan al sistema simpático.
- Cambios de postura. Cuando una persona se sienta o se incorpora, la sangre suele acumularse en los vasos venosos que se encuentran en declive. Ese estancamiento produce una disminución transitoria del retorno sanguíneo hacia el corazón, que va seguida de una disminución de la tensión arterial y de un aumento de la frecuencia cardíaca.

IV. Objetivos

- Contar el número de veces que el corazón se contrae en un minuto.
- Evaluar las características del pulso.
- Conocer los valores fundamentales para realizar comparaciones.

V. Equipo

- Reloj con segundero.
- Bolígrafo según el turno.
- Hoja de registro.

VI. Procedimiento

a. Pulso periférico

- Lavado de manos. Vestir el equipo de protección personal para el

procedimiento.

- Explicar al paciente el procedimiento a realizarse.
- Colocar el brazo del paciente apoyado y en reposo.
- Apoyar la yema de los dedos índice, medio sobre la arteria elegida ejerciendo presión sobre la misma.
- Percibir durante unos instantes los latidos antes de iniciar con la contabilidad.
- Contar las pulsaciones arteriales durante 1 minuto.
- Identificar frecuencia, ritmo, amplitud.
- Hacer las anotaciones correspondientes en la hoja de registro.
- Dejar cómodo al paciente.

VII. Arterias para realizar la medición

Las localizaciones más frecuentes de estas arterias son:

a. Pulso radial

Se localiza en la cara anterior y lateral de las muñecas, entre el tendón del músculo flexor radial del carpo y apófisis estiloides del radio, en posición medial respecto a la tabaquera anatómica.
Para su palpación se recomienda pinzar la muñeca con el 1er dedo en la región posterior de la misma y poner los dedos 2º y 3º a nivel del recorrido de la arteria.

b. Pulso carotídeo

Sobre el recorrido de las arterias carotideos, medial al borde anterior del músculo esternocleidomastoideo.
Los pulsos carotideos son los más valiosos para evaluar la actividad cardiaca.
Nunca palpar las 2 carótidas simultáneamente.

c. Pulso axilar

Se palpa profundo en la fosa de la axila, por detrás del borde posterior delmúsculo pectoral mayor.

d. Pulso braquial

Localizado en la cara anterior de la flexura del codo, en posición medial,sobre el músculo pronador.

e. Pulso femoral

Se palpa bajo el pliegue inguinal, en disposición medial.

f. Pulso poplíteo

En el hueco poplíteo.
Se palpa en la cara posterior de las rodillas, ya sea estando el paciente en decúbito prono odorsal.

g. Pulso pedio

Se palpa en el dorso de los pies.
Una palpación transversal a la dirección de la arteria, con dos o tresdedos, puede facilitar ubicar el pulso.

h. Pulso tibial posterior

Se palpa detrás de los maléolos internos de cada tobillo.

VIII. Control de pulso utilizando diferentes equipos

a. Pulso apical

- Explicar al paciente la atención que se le va a prestar.
- Colocar el estetoscopio sobre el 5to. espacio intercostal

izquierdo, líneamedia clavicular.

- Contar durante 60 segundos.

Precauciones

- En la toma de la FC, el paciente permanecerá en decúbito supino o sentado
- No utilizar el dedo pulgar, dado que tiene pulsación propia y puede confundirse con el pulso del paciente.
- No comprimir fuertemente el plano óseo para evitar resultados erróneos.
- Los pulsos se palpan mejor sobre arterias cercanas a la superficie corporalque descansa sobre huesos.
- Palpar el pulso durante 1 minuto, apreciar sus 5 características (amplitud,frecuencia, ritmo, etc.) y registrar.

b. Pulso por pulsioxímetro

- Se realiza tras colocar un dedo del paciente (normalmente se usa el índice) en el pulsioxímetro haciendo que la luz roja que irradia coincida con la uña del dedo.
- Para finalizar, registraremos la toma realizada en la gráfica de enfermería y donde corresponda con un bolígrafo azul

c. Pulso por monitorización

Se realiza tras encender el monitor y colocar los electrodos correctamente sobreel torso del paciente.

Si el cable es de tres derivaciones:

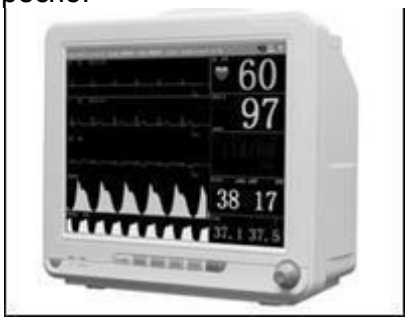
- Rojo: bajo la línea media clavicular derecha.
- Amarillo: bajo la línea media clavicular izquierda.
- Negro o verde: bajo la apófisis xifoidea.

Si el cable es de cinco derivaciones:

- Rojo: bajo la línea media clavicular derecha.

- Amarillo: bajo la línea media clavicular izquierda.
- Negro: zona abdominal superior derecha.

- Verde: zona abdominal superior izquierda.
- Blanco: en el pecho.



IX. Alteraciones del pulso Taquicardia sinusal

- Frecuencia cardiaca que no sobrepasa los 160 latidos por minuto.
- Se debe al estímulo del automatismo sinusal por la excitación del simpático; se observa en la fiebre, hipertiriodismo, falla cardiaca y shock.

➢ **Taquicardia paroxística**
- Se inicia en forma súbita y la frecuencia está por encima de 160 latidos/min.
- Se manifiesta con dolor precordial, angustia y palpitaciones.

➢ **Bradicardia sinusal**
- Las pulsaciones oscilan entre 40 y 60 latidos/minuto.
- Se observa en pacientes con hipertensión endocraneana o con impregnación digitálica.

➢ **Bradicardia por bloqueo aurícula-ventricular completo**
- Se presenta con pulsaciones entre 30 y 35 latidos/minuto.
- Es producida por fenómenos asociados con la contracción de las aurículas y ventrículos y se manifiesta por estado sincopal.

3. RESPIRACIÓN

3.1. Definición

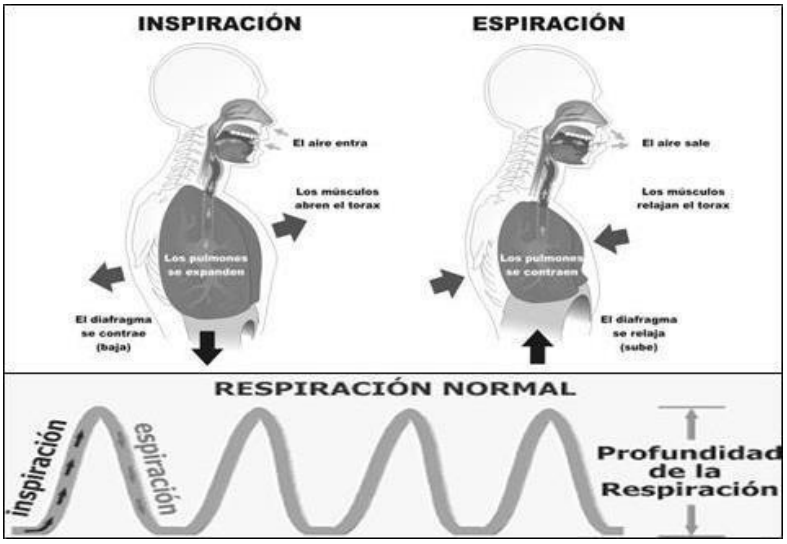
La respiración es el proceso mediante el cual se toma oxigeno del aire ambiente y se expulsa el anhídrido carbónico del organismo.

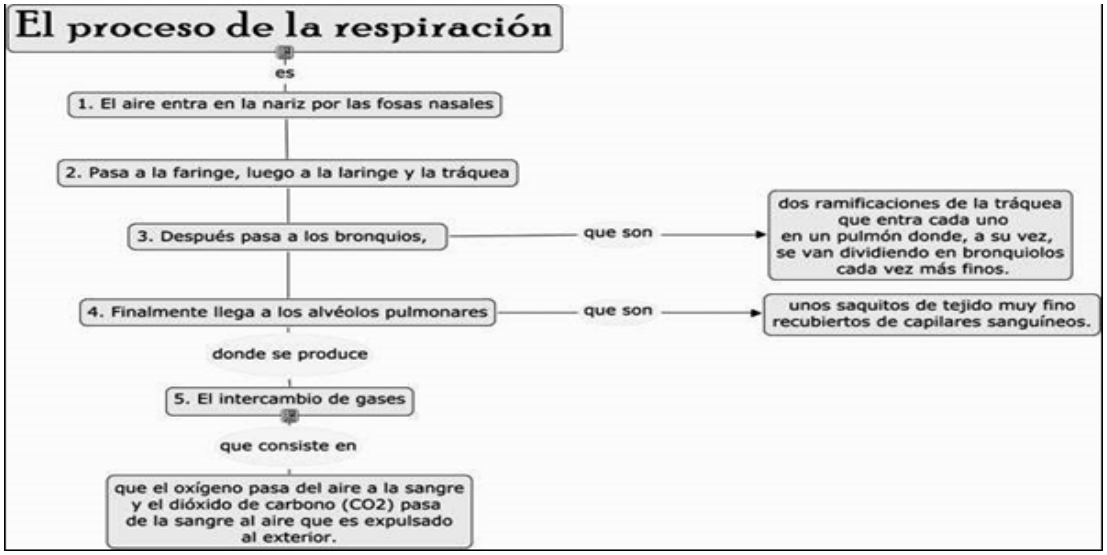
El ciclo respiratorio comprende

- **Fase inspiración:** Fase activa, se contraen el diafragma y los músculos intercostales, el tamaño de la cavidad torácica aumenta, lo que provoca: un aumento del volumen y una disminución de la presión, causando la entrada de aire en los pulmones.
- **Fase espiración:** Fase pasiva, los músculos inspiratorios se relajan, disminuye el tamaño de la cavidad torácica por lo que también disminuye el volumen y aumenta la presión, provocando la salida del aire.

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

La inspiración, ocupa el primer tercio del ciclo respiratorio y la espiración, los dos tercios restantes.





En cuanto a la respiración debemos saber que existen valores estáticos y valoresdinámicos que van a medirse con el espirómetro o espirógrafo.

3.2. Características de la respiración

a. Frecuencia

Se evalúa también durante Un minuto con ciclos completos, o sea, espiración e inspiración son un ciclo, no se evalúan por separado. En la tabla 3 se presentan los valores normales de frecuencia respiratoria.

TABLA 1: VALORES NORMALES DE FRECUENCIA RESPIRATORIA

EDAD	PULSACIONES 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	15-20

Según la frecuencia puede considerarse:

- Bradipnea: Es la lentitud en el ritmo respiratorio con una frecuencia inferior a los valores normales, se encuentra en pacientes con alteración neurológica o electrolítica, infección respiratoria o pleuritis.
- Taquipnea: Frecuencia respiratoria persistente superior a los valores normales; es una respiración superficial y rápida. Se observa en pacientes con dolor por fractura costal opleuritis.
- Apnea: Es la ausencia de movimientos respiratorios.

b. Profundidad

Indica el volumen del aire inhalado y exhalado en cada ciclo respiratorio y se determinada observando la amplitud de los movimientos del tórax.
La profundidad puede ser:

- **Superficial:** La elevación y depresión del tórax es mínima. Por ejemplo, las personas con influenza tendrán una respiración y una profundidad muy baja. Generalmente respirarán de forma bucal y no tendrán una gran expansión de la caja torácica.
- **Normal:** Los movimientos son moderados y uniformes.
- **Profunda**: Las respiraciones son profundas "Sed de aire". Los pacientes presentan una gran expansión.

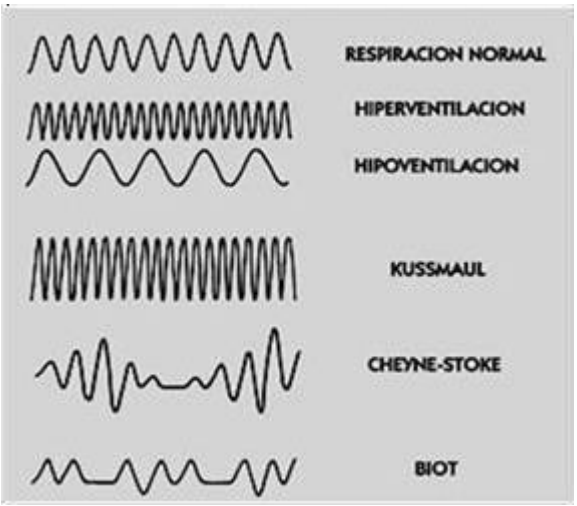
Según la profundidad puede considerarse:

- **Hiperepnea:** Aumento de la profundidad de la respiración.
- **Hiperventilación:** Respiración profunda y rápida. Es producida por ansiedad, ejercicio, alteraciones metabólicas o del sistema nervioso central.

c. Ritmo

Es la regularidad con que se alternan los movimientos inspiratorios y espiratorios en la respiración normal.
Por la alteración en el ritmo la respiración puede ser:

- Respiración de Cheyne-Stokes: Respiración irregular. Después de un periodo de apnea hay un aumento gradual del número y profundidad de las respiraciones con descenso gradual de las mismas hasta llegar a otro periodo de apnea, dura 20-30 segundos, se acompaña de somnolencia. En niños este patrón es normal. En adultos, se presenta en lesión bilateral de los hemisferios cerebrales, ganglios básales, bulbo, protuberancia y cerebelo.
- Respiración de Kussmaul: Esta respiración se caracteriza por movimientos respiratorios rápidas, profunda, suspirante y sin pausas, "hambre de aire". Se presenta en pacientes con insuficiencia renal y acidosis metabólica.
- Respiración de Biot: Son respiraciones irregulares en frecuencia y profundidad caracterizada por períodos de apnea alternados con movimientos respiratorios que pueden ser regulares o irregulares en frecuencia y profundidad, seguida de otro periodo de apnea. Cuando la alteración es más extrema comprometiendo la ritmicidad y la amplitud se llama respiración atáxica. Se observa en meningitis y lesiones de protuberancia y bulbo.



Por el carácter o tipo existen 3 tipos:

- Torácica
- Diafragmática o abdominal
- Mixta

Otras anormalidades:

- Respiración anhelante: "Sed de aire". Son largas inspiraciones profundas que indican necesidad de más oxígeno. Ejemplo en hemorragias graves.
- Respiración estertorosa: Son inspiraciones con mucho ruido (ronquido). Ocurre por deslizamiento de la lengua hacia atrás o presencia de secreciones en tráquea y bronquios.
- Respiración cavernosa: Presenta un sonido hueco peculiar y prolongado. Ejemplo en lesiones pulmonares.
- Respiración sibilante: Causada por obstrucción parcial de los bronquios más pequeños y bronquiolos. Ejemplo en asma.
- Estridor: Sonidos cacareante inspiratorio, se presenta en casos de obstrucción de las vías respiratorias altas. Ejemplo en laringitis, crup.
- Disnea: Sensación subjetiva del paciente de dificultad o esfuerzo para respirar. Puede ser inspiratoria o espiratoria. La disnea inspiratoria se presenta por obstrucción parcial de la vía aérea superior y se acompaña de tirajes. La disnea espiratoria se asocia con estrechez de la luz de los bronquiolos y la espiración es prolongada como en los pacientes con asma bronquial y enfisema pulmonar.
- Tirajes: Indican obstrucción a la inspiración; los músculos accesorios de la inspiración traccionan hacia arriba y atrás, aumentando el diámetro de la cavidad torácica.
- Ortopnea: Es la incapacidad de respirar cómodamente en posición de decúbito.

3.3. Factores que influyen en la respiración

- El ejercicio por aumento del metabolismo.
- El estrés.
- El ambiente cuando hay aumento de la temperatura. Ascenso a grandes alturas.
- Medicamentos que disminuyan la frecuencia respiratoria.
- La edad.

3.4. Guía de procedimiento

a. Objetivos

- Observar y contabilizar el número de veces que se eleva el tórax en un minuto.
- Valorar las características y variaciones de la respiración.
- Conocer los valores fundamentales para realizar comparaciones.

b. Equipo

- Reloj segundero

c. Procedimiento

- Lavado higiénico de manos.

- El paciente debe permanecer en reposo, y preferentemente en decúbito supino.

- Contabilizar las inspiraciones que realiza el paciente mediante la observación de los ascensos del tórax.
- Si la observación es dificultosa colocar la muñeca del paciente sobre eltórax, como si se fuese a contar el pulso.
- Registrar en la hoja de gráfica.

d. Precauciones

- Mantener al paciente en reposo físico y mental antes del procedimiento.
- Procurar que el paciente no se dé cuenta del procedimiento.
- Contar durante un minuto la frecuencia respiratoria.

4. PRESION ARTERIAL

4.1. Definición

Es una medida de la presión que ejerce la sangre sobre las paredes arteriales en su impulso a través de las arterias. Debido a que la sangre se mueve en forma de ondas. Viene regulada por dos factores como son el gasto cardiaco (GC) y la resistencia periférica (RP)

PA= GC * RP

- Presión sistólica es la presión que ejerce la sangre a consecuencia de la contracción de los ventrículos, es decir, la presión de la parte alta de la onda sanguínea.
- Presión diastólica es la presión que resta cuando los ventrículos se relajan.
- Presión arterial media: es el promedio de presión que tiende a empujar la sangre por la circulación general y se mide, es importante porque señala la resistencia general de las paredes arteriales.

PAM=PS + 2PD / 3

- Presión del pulso o presión diferencial: es la diferencia entre la presión sistólica y la presión diastólica, está determinada en gran parte por la fuerza y el volumen del pulso radial

PD= Ps - Pd.

PRESIONES SANGUÍNEAS NORMALES

EDAD	PRESIÓN SISTÓLICA (mmHg)	PRESIÓN DIASTÓLICA (mmHg)
6 meses- 1 año	85-90	60- 65
1 año-5 años	95 -100	60- 65
6 años- 10 años	100-110	60- 65
11 años-15 años	110-120	70-75
15 años-50 años	110-140	70-90
Más de 50 años	Puede aumentar gradualmente	Disminuye gradualmente

Factores que determinan la presión arterial los más importantes son:

- Volumen de eyección: Volumen de sangre que expulsa el ventrículo izquierdo del corazón durante la sístole del latido cardíaco. Si el volumen de eyección aumenta, la presión arterial se verá afectada con un aumento en sus valores y viceversa.
- Distensibilidad de las arterias: Capacidad de aumentar el diámetro sobre todo de la aorta y de las grandes arterias cuando reciben el volumen sistólico o de eyección. Una disminución en la distensibilidad arterial se verá reflejada en un aumento de la presión arterial y viceversa.
- Resistencia vascular: Fuerza que se opone al flujo sanguíneo al disminuir el diámetro sobre todo de las arteriolas, y que está controlada por el sistema nervioso autónomo. Un aumento en la resistencia vascular, periférica, aumentará la presión en las arterias y viceversa.
- Volemia: Volumen de sangre de todo el aparato circulatorio. Puede aumentar y causar hipervolemia, o disminuir y causar hipovolemia.
- Gasto Cardíaco: Determinada por la cantidad de sangre que bombea el corazón (Volumen Sistólico) en una unidad de tiempo (Frecuencia Cardíaca) dada por la frecuencia con que se contrae el ventrículo izquierdo en un minuto. El gasto cardiaco de cada ventrículo con cada contracción se llama volumen sistólico.

En el adulto el gasto cardiaco varía de 4000 a 5000 ml x min. Y el volumen sistólico esde 60a 70 ml.
La resistencia vascular periférica, reflejada preferentemente por la presión diastólica.
La presión arterial depende del volumen sanguíneo y la resistencia vascular arterial periférica:
PA-V x R
Donde:
PA: Presión arterial.
V: Volumen sanguíneo.
R: Resistencia vascular arterial periférica.
Durante cada ciclo cardiaco se oyen dos sonidos a través del estetoscopio. Uno grave y prolongado a causa del cierre de las válvulas aurico-ventriculares, al iniciarse la sístole y otro más corto y agudo causado por el cierre de las válvulas sigmoideas de la arteria pulmonar y de la aorta. Cada pulso golpea las paredes de las arterias y da lugar a sus pulsaciones que se repiten unas 70 veces por minuto. Este número varía según la edad, el sexo y las circunstancias emocionales y fisiológicas

Variaciones fisiológicas de la presión arterial

- Edad: La presión arterial en personas de edad avanzada es más alta que en personas jóvenes, debido al engrosamiento y perdida de sensibilidad de las paredes arteriales, características del proceso del envejecimiento.
- Sexo: La presión arterial es, aproximadamente, 4mm menor en la mujer que en el hombre.
- Constitución corporal: El individuo que tiende a ser más obeso es posible que la presión arterial sea más alta que la promedio. Existe relación entre la presión arterial y el volumen de masa corporal.
- Emoción: La emoción produce en algunos sujetos la elevación de la presión arterial, particularmente de la máxima que puede llegar a cifras por encima de 119mm. de Hg. ejemplo el miedo, el susto.
- Variaciones diarias: La presión arterial puede experimentar variaciones en el curso del día. Alcanza habitualmente los valores más elevados a los 18 o 19 horas y los valores mínimos a las 3 o 4 de la madrugada.
- Posición: Al pasar el sujeto del cubito dorsal a la posición erecta, la presión arterial sistólicano se modifica, en cambio la presión diastólica aumenta casi siempre.
- Ejercicio: Durante el ejercicio se produce una elevación de la presión arterial variable según la magnitud del esfuerzo y el estado de entrenamiento.
- Frío: Determina una vasoconstricción general, produciendo elevación de la presión arterial.

- Digestión: Durante el periodo digestivo se produce un incremento de la presión arterial, sistólica y diastólica. Esto ocurre tanto en sujetos sanos como hipertensos.
- Variaciones respiratorias: La presión arterial disminuye habitualmente en la inspiración aumenta en la espiración.

Variaciones regionales normales de la presión arterial

Se consideran a continuación:

- **Miembros superiores**: El registro simultáneo de la presión intraarterial en ambos brazos ha permitido comprobar que existe diferencias entre ellos encontrándose valores mayores en el lado derecho que en izquierdo. Este fenómeno puede permanecer, o, por el contrario, modificarse de un día a otro. En sujetos normales la diferencia puede llegar a 32mm. para la máxima, y a 26mm. para la mínima, con el método auscultatorio.
- **Miembros inferiores**: Kote, Iglauer y McGuire (1994), comprobaron, con el método intraarterial, que la presión sistólica en la femoral fue algo menor que en la humeral en algunos sujetos normotensos, mientras que en otros fue menor.

Variaciones patológicas

- **Dolor**: La respuesta fisiología inicial al dolor en un aumento de la presión arterial, por estimulación simpática y secreción de adrenalina que produce vaso constricción. Si el dolor es intenso puede que las reacciones de defensa mencionadas no se produzcan y el paciente entra en shock, donde habrá vaso dilatación y en consecuencia disminución de la presión arterial.
- Hemorragia: Como resultado de la disminución del volumen de sangre circulante, la presión arterial baja.
- Algunas enfermedades: Como la arteriosclerosis, enfermedades renales, endocrinas y del sistema nervioso, pueden producir aumento de la presión arterial.

Alteraciones de la presión arterial

- Hipertensión arterial: Se pueden presentar alzas fugaces de tensión arterial, resultado de diversas circunstancias como ejercicio físico y estados de dolor y ansiedad. La hipertensión está definida, por lo general, con base en la presión diastólica, puesto que es más estable que la presión sistólica, que responde a gran variedad de estímulos.

El diagnóstico de hipertensión debe hacerse después de encontrar cifras tensionales altas en repetidos exámenes al paciente. La clasificación más reciente es la establecida por el comité de expertos americanos para la prevención, detección, evaluación y tratamiento de la HTA (propuesta en 1997 y revisada en el 2009).

TENSIÓN ARTERIAL	TAS (mmHg.)		TAD (mmHg.)
Óptima	< 120	Y	<80
Normal	**<130**	Y	<85
Normal-alta	130- 139	O	85-89
HTA-Estadio 1	140 - 159	O	89-99
HTA-Estadio 2	160 - 179	O	100 - 109
HTA-Estadio 3	>179	O	>109
HTASistólica aislada	>139	Y	<90

La OMS distingue tres categorías de HTA: ligera, moderada y severa.

CATEGORÍA	PA DIASTÓLICA (mmHg.)
Ligera	90 -104
Moderada	105-114
Severa	**>115**

Crisis hipertensivas: Son elevaciones bruscas y transitorias que pueden presentarse en

pacientes hipertensos de cualquier tipo y que requieren tratamiento inmediato.

- Hipotensión arterial: Las cifras tensionales sistólicas oscilan por debajo de los valores normales; se considera disminución del gasto cardiaco en pacientes con hipovolemia, malnutrición y algunas enfermedades neurológicas. Algunos signos y síntomas son astenia, somnolencia, mareos y lipotimias. Fisiológicamente algunas personas pueden tener cifras tensionales bajas sin que esto afecte para nada su salud, esta es la llamada hipotensión constitucional y no requiere tratamiento.
- Hipotensión postural: Disminución de la presión sistólica >15 mmHg y caída de la presión diastólica. Se caracteriza por mareo y síncope. Se diagnostica midiendo primero la presión sanguínea en decúbito supino y repitiendo la medición con el paciente de pie. El resultado normal es ligero o ninguna disminución de la presión sistólica y ligero incremento de la presión diastólica.

Variables que pueden interferir en la medición de la presión arterial

- Del ambiente: Lugar tranquilo, libre de ruidos, T° ambiental ideal 23°(vasoconstricción, vasodilatación).
- Del examinador: La pérdida de la audición la pérdida de la visión.
- Del examinado: Examinado debe estar sentado por lo menos 5 Minutos, Ejercicio intenso, haber fumado o alcohol (1/2 hora antes), stress, distención vesical.
- Medicamentos: Inhaladores, antigripales, Antiinflamatorios.
- Del instrumento.
- De la técnica.

Métodos para medir la presión arterial

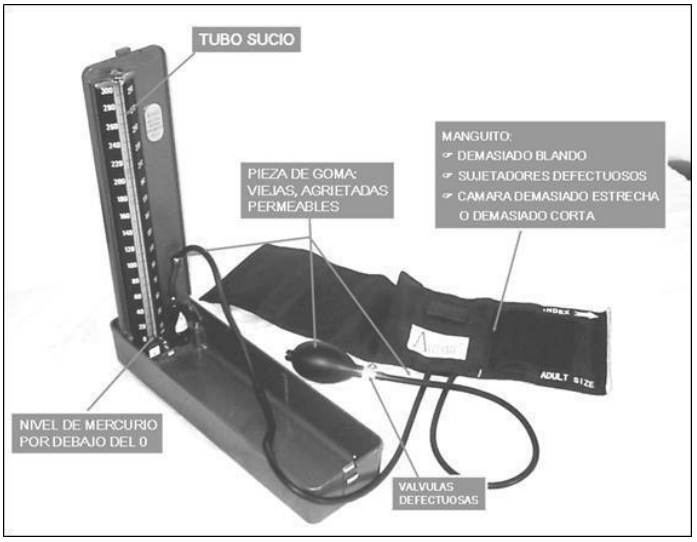
La presión arterial se puede medir utilizando técnicas directas o indirectas. La primera es la más fiel y cruenta, y está reservada sólo a experimentación animal. Consiste en la introducción de uncatéter en la arteria correspondiente el cual se encuentra conectado a un transductor mecánico o eléctrico o bien a un manómetro de mercurio.
La determinación indirecta es el método que se utiliza comúnmente en seres humanos. La misma se basa en la compresión de la arteria ejerciendo una presión externa de magnitud conocida a través de un esfigmomanómetro y establece, de distintas maneras, el momento en que los valores registrados en el manómetro corresponden a los diferentes valores de presión arterial.
Para ello utilizaremos dos métodos:
Auscultatorio y palpatorio. Para ambos se utiliza un esfigmomanómetro el cual consiste en una bolsa de goma inflable rodeada por un envoltorio no elástico, la misma está conectada por un lado con una pera de goma, que se utiliza para inflar la bolsa y por otro lado con un manómetro de mercurio que registra en forma continua la presión dentro de ella.

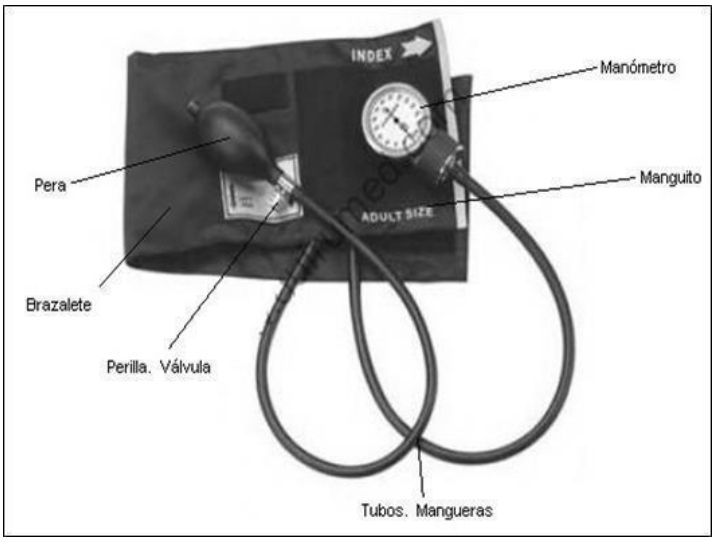
- Método palpatorio: Cuando el manguito se infla produce la compresión de los tejidos por debajo de él y cuando la compresión supera el pico de la onda de pulso, la arteria se colapsa y consecuentemente no es posible palpar el pulso en la zona distal a la oclusión, la descompresión gradual, por apertura de la válvula incluida en la pera, provoca que en un momento la onda de pulso supere la presión del tejido circundante. En ese momento el pulso puede ser palpado, la presión que marque el manómetro es la presión sistólica. Si se sigue descomprimiendo no encontraremos ningún accidente que nos permita deducir por este método la presión diastólica.
- El método auscultatorio: Se basa en que, al fluir la sangre por la arteria, durante la descompresión gradual, acelera la columna contenida en ella produciendo turbulencia y sonidos conocidos como ruidos de Korotkoff los cuales pueden ser escuchados con un estetoscopio ubicado sobre el vaso justo debajo del manguito.
  La aparición del primer ruido coincide con la presión sistólica; cuando la presión del manguito cae por debajo del mínimo, la sangre fluye en forma continua y los ruidos se amortiguan, la presión diastólica se registra cuando los ruidos desaparecen.

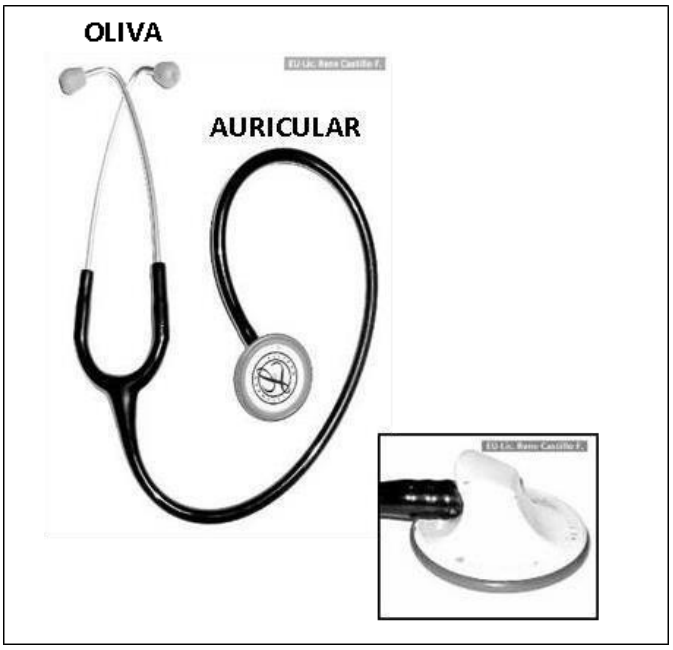
Aparatos para medir la presión arterial

Los aparatos que se utilizan para determinar la presión arterial están constituidos fundamentalmente por un tensiómetro el cual tiene: manómetro, un manguito y un sistema insuflador.

- **Manómetro**: El manómetro puede ser de mercurio o aneroide. El primero es un tubo de vidrio cerrado que contiene mercurio.
  El manómetro aneroide o de reloj, es una capsula metálica en la que se ha hecho el vacío. Esta capsula se deforma al variar la presión exterior y estas modificaciones son registradas mediante una aguja. La aguja debe estar en cero cuando no existe presión dentro del sistema.
- **Manguito**: El manguito es una cámara de goma provista de dos tubos que la ponen en comunicación, respectivamente, con el manómetro y con una pera de insuflación. Su anchura ha de guardar relación con la del miembro en la que se coloca y ha de ser 20% mayor que el diámetro del mismo.
  El tamaño del manguito debe escogerse de acuerdo con el diámetro del brazo (Tabla 4). La desigualdad relativa entre el tamaño del brazo y el manguito puede ser causa de error; en brazos muy obesos, generalmente, se obtienen valores falsos elevados y en brazos muy delgados se obtienen valores por debajo de lo normal.







Guía de

procedimie

nto

Objetivos

- Determinar la sístole y diástole.
- Conocer las variantes de la presión arterial.
- Detectar presencia de patologías.
- Conocer los valores fundamentales para realizar comparaciones.

Equipo

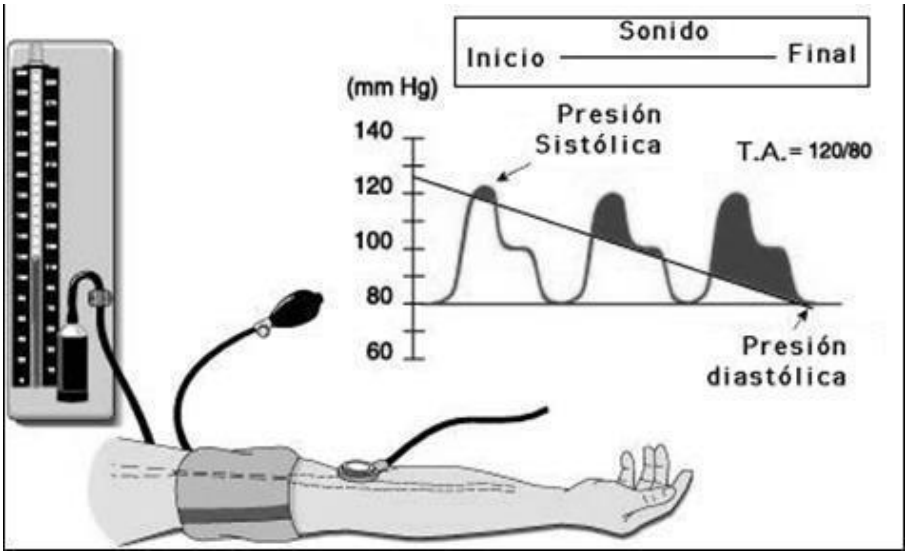
- Tensiómetro. Estetoscopio.
- Hoja Grafica (Historia Clínica).

a. Método

Auscultatorio

Procedimiento

1. Lavarse las manos con técnica aséptica. Vestir el equipo de protección personal, según requiera el procedimiento.
2. Preparar psicológicamente al paciente, comunicarle el procedimiento a realizar.
3. Paciente debe permanecer en reposo, cómodo y relajado por espacio mínimo de 5' antes de controlar los signos vitales.
4. Colocarle al paciente en posición supina, apoyando el brazo elegido con el brazo extendido y bien apoyado a la altura del corazón.
5. Coloque el brazalete, o vendaje alrededor del brazo del paciente, dejando espacio para colocar el estetoscopio en el espacio anti cubital.
6. Colóquese los auriculares del estetoscopio en los oídos
7. Localice el pulso en la arteria humeral o en la arteria braquial en la cara interna de la flexura del codo, centre el diafragma del estetoscopio sobre la arteria donde los latidos se escuchan más fuertemente, sostenerlo en ese punto con una mano.
8. Con el pulgar y el índice de la mano contraria gire el tornillo de la perilla en sentido de las manecillas del reloj, para cerrar la válvula.
9. Bombee aire al manguito, al tiempo que ausculta el sonido sobre la arteria.
10. Bombee aire hasta que la columna de mercurio o la aguja aneroide señale hasta 160 mmHgo unos 10 mmHg por arriba de la cifra donde se escuchó el ultimo ruido. Abrir con cuidado la bombilla de aire y desinfle lentamente el manguito sin pasar de mmHg/seg, al mismo tiempo observe la columna de mercurio o la aguja del manómetro aneroide y ausculte el ruido arterial.
11. Observe la cifra marcada en el manómetro en el momento en que se escucha el primer latido o golpe claro, el cual indica la presión sistólica.; el aire se sigue dejando escapar en forma gradual al mismo tiempo que se ausculta el ruido sobre la arteria hasta escuchar el último que indica la presión diastólica.
12. Desinfle con rapidez el manguito, espere de 15 a 30 segundos y repita el procedimiento, anotando los resultados para verificar los resultados originales.
13. Termine de desinflar el aire del brazalete, retire enrollando y guardando en su estuche correspondiente.
14. Registre en hoja de gráfica de signos vitales o en cuaderno señalando la presión sistólica y la diastólica.
15. Dejar cómodo al paciente.



b. Método palpatorio

Es la medición de la presión arterial haciendo uso del tensiómetro y el estetoscopio.Equipo

- Tensiómetro.

- Expediente clínico.
- Lapicero azul.

Pasos a seguir

- Lavarse las manos.
- Vestir el equipo de protección personal según requiera el procedimiento.
- Tener el equipo completo junto al paciente.
- Explicar el procedimiento y solicitar consentimiento informado.
- Dejar el brazo desnudo y retirar las prendas si están muy ajustadas.
- ¡Colocar el manguito en el brazo de! paciente.
- Palpar el pulso de la arteria por debajo de la compresión del manguito, insuflar este hasta que desaparezca el pulso; luego se desinfla el manguito en forma lenta y progresiva hasta palpar la primera onda de pulso, se observa el manómetro y este valor corresponde a la presión sistólica.
- Descomprimir completamente el brazalete y anotar.

Precauciones

- Comprobar que el indicador del tensiómetro está en cero.
- Retirar cualquier pieza de ropa que pueda comprimir el brazo.
- Colocar el manguito encima de la piel No sujetar y/o apretar el manguito conlas manos durante la toma de P/A.
- En caso de amputación o quemaduras, la medición se realizará en la arteria poplítea.
- En caso de infección cutánea, proteger el antebrazo con una gasa antes de colocar el manguito.
- Compruebe previamente que no existen fugas ni en el esfigmomanómetro ni en elestetoscopio.
- La P/A no debe ser evaluada tras un esfuerzo.
- Si es necesario repetir la medición, esperar al menos 1 min.

Otros métodos para control de presión arterial

i. Método electrónico

Es el método indirecto en el cual se hace uso del tensiómetro electrónico para determinar la presión arterial.
Para medir la presión arterial por este método, se envuelve el brazalete e manera uniforme y con firmeza alrededor del brazo del paciente, de tal forma que su borde inferior se encuentre a
2.5 cm por encima del espacio antero cubital, luego se insufla el brazalete hasta la presión deseada.
Es seguida se libera la presión del brazalete y se deja que caiga y aguja del medidor. La aparición de una luz centelleante o un ruido "BIB" indica la presión sistólica y cuando desparece la presión diastólica.

ii. Método Oscilo métrico

Es el método indirecto en el cual se hace uso de un oscilómetro para determinar la presión arterial en casos especiales. Se basa en un antiguo método de determinación que tiene como principio el análisis de las oscilaciones de la pared arterial, según las condiciones de presión existentes por dentro y fuera de ella.
La oscilación captada por el manguito será máxima cuando exista un equilibrio de presión por dentro y fuera de la arteria y esto coincide con la presión arterial media, el aparato capta esta oscilación máxima y determina la presión media y luego por un cálculo aritmético determina la máxima y mínima.

Pasos a seguir

- Explicar el procedimiento y solicitar consentimiento informado.
- Colocar el manguito.
- Luego de colocado se insufla el manguito, luego se procede a desinflarlo según las indicaciones dadas para el método auscultatorio.

- Cuando la presión existente en el manguito, se aproxima a la presión sistólica aparecen pequeñas oscilaciones, que son la llamada supra maxilares y son debidas a las ondas de pulso que golpea contra el manguito, pero que aún no pasan por debajo de él.
- Cuando la onda de pulso logra pasar el manguito, se observa un brusco aumento de

  las oscilaciones superiores a una división del oscilómetro y es el que se toma como elvalor de la presión sistólica.
- A medida que se desinfla el manguito, las oscilaciones aumentan de amplitud hasta llegar a un máximo valor, que corresponde a la presión arterial media.
- Luego comienzan a disminuir las oscilaciones hasta desparecer o atenuarse marcadamente; este valor corresponde a la presión diastólica.
- Los valores obtenidos con este método son bastante aproximados a los obtenidos con los métodos directos.

5. SATURACIÓN DE OXÍGENO:

Un oxímetro de pulso es una técnica de monitoreo no invasiva que se usa para estimar la medida de saturación de oxígeno en las arterias de hemoglobina. La saturación de oxígeno es un indicador del porcentaje de hemoglobina saturado con oxígeno al momento de la medición. El resultado, obtenido a través de un oxímetro de pulso, usa un sensor de luz que contiene dos fuentes de luces (roja e infrarroja) que se absorben por la hemoglobina y se trasmiten a través de los tejidos a un fotodetector. La cantidad de luz transmitida a través de los tejidos se convierte a un valor digital representado en porcentajes de hemoglobina saturada con oxígeno.

5.1. Valores normales

La interpretación de sus resultados se basa en la relación entre la PaO2 y la SaO2. Los individuos normales tienen saturaciones que varían entre 95 y 97%, con un rango de variación de alrededor de 2%. Cifras menores de 90% se consideran francamente patológicas y se asocian a insuficiencia respiratoria (PaO2 menor de 60 mmHg).
La SaO2 es especialmente útil para evaluar los resultados de la oxigenoterapia en forma no invasiva, evitando las punciones arteriales repetidas. No obstante, debe tenerse presente que esta forma de medición no evalúa la PaCO2 y que variaciones clínicamente importantes de PaO2pasan inadvertidas, si ocurren en la parte plana de la curva de la hemoglobina. Por ejemplo, la administración exagerada de O2 a un paciente con EPOC elevará la SaO2 hasta 95%, lo que se asocia a una PaO2 de 80 mmHg, lo que puede causar hipercapnia.

5.2. Control de saturación de oxígeno

Materiales

- Oxímetro

- Algodón y alcohol puro

Técnica

1. Al iniciar el procedimiento vista el equipo de protección personal.
2. Selecciona el oxímetro de pulso que se apegue a tus necesidades. Existen de varios tipos. El más popular es el de portátil de mano y el de la punta del dedo.
3. Conecta el oxímetro a la luz (si no es portátil). Si la unidad es portátil, asegúrate de que tengabatería suficiente antes de prender.
4. Lávate las manos. Esto reducirá la transmisión de microorganismos ysecreciones corporales.
5. Explicar el procedimiento a la persona.
6. Coloca la unidad en tu dedo o en tu lóbulo de la oreja, y enciende el oxímetro. Tu nivel de saturación de oxígeno y tu frecuencia cardiaca aparecerán en segundos en la pantalla. Un rango de entre 95% y 100% se considera normal. Si tus niveles de oxígeno están por debajo del 85% busca atención médica de inmediato.
7. Registrar y valorar el resultado.

Recomendaciones

- Los sistemas portátiles tienen baterías y dependen de la carga de la batería. Antes de usarlo, siempre revisa la batería.
- Si el oxímetro no detecta pulso, puede que una luz ambiental excesiva pueda estar atando al sensor de luz. Vuelve a aplicar el sensor o cúbrelo con una toalla para evitar la luz.
- Tu nivel de oxígeno puede variar dependiendo de muchas cosas, como, por ejemplo: si fumas, te drogas, haces ejercicio, nadas, etc.
- No te preocupes si tu nivel de oxígeno no está al 100%. Muy pocas personas tienen ese nivel
- Cualquier cosa que absorba la luz puede causar lecturas falsas, y debe de quitarse (sangre seca, esmalte de uñas).
- Nunca apliques el oxímetro en un dedo de un brazo que esté usando un mango de presión arterial automático. El flujo de sangre al dedo se detendrá cuando el aparato se infle.
- La causa más común para que haya lecturas falsas es el movimiento.

X. ACTIVIDADES

Realiza la demostración del procedimiento toma de signos vitales (PA, T°, FR, FC, Saturación), bajo la supervisión del docente, posteriormente registrarlo en la hoja gráfica.

Responde la siguiente pregunta:

a. **¿Cuántos mmHg más por arriba de la presión sistólica palpable debe insuflar el manguito?**

_____

_____

b. **¿Cuánto tiempo por debajo de la región axilar debe colocarse el termómetro**?

_____

_____

_____

c. **¿Cuáles son las características que se le estudian al pulso?**

_____

d. **¿Cuáles son los rangos normales de la temperatura axilar?**

_____

_____

e. **El lugar exacto donde debes colocar el brazalete para la toma correcta de laPA es:**

_____

_____

f. **¿Cuáles son los valores normales de pulso en una persona adulta?**

_____

_____

g. **¿Cuáles son los factores fisiológicos que intervienen en los valoresnormales de PA?**

_____

_____

_____

h. **En el adulto, ¿cuál es la frecuencia respiratoria normal?**

_____

_____

i. **¿A qué velocidad se debe des insuflar la perilla del manómetro paraauscultar la PA?**

_____

_____

XI. EVALUACIÓN

Se considerará formato de evaluación de práctica y rúbrica elaborada.

XII. MONITOREO DE DESEMPEÑO

ACTITUDINAL	**SI CUMPLE**	**NO CUMPLE**
Se presenta adecuadamente con el paciente.		
Explica al paciente el procedimiento a realizar, su importancia clínica y solicita su colaboración		
Explica adecuadamente al paciente los hallazgos obtenidos durante la exploración, los identifica como normales o anormales y emite recomendaciones		
PRACTICO		
TEMPERATURA.	**SI CUMPLE**	**NO CUMPLE**
Saca el termómetro de la solución y limpia del bulbo hacia la punta con una torunda alcoholada.		
Verificar que la columna de mercurio esté a 35º C o menos.		
Seca la región axilar o inguinal.		
Colocar el termómetro en la región elegida por 3 a 5 minutos.		
Retira el termómetro, hace la lectura, manteniéndolo horizontalmente a nivel de los ojos.		
Baja la columna de mercurio de nuevo a menos de 35 grados.		
Limpia el termómetro con una torunda y lo coloca de nuevo en la solución.		
TENSION ARTERIAL.	**SI CUMPLE**	**NO CUMPLE**
Coloca al paciente en Posición cómoda (sentado o acostado) de primera instancia sentado, con el brazo apoyado en una superficie firme con la palma de la mano hacia arriba. Sin flexión del codo.		
Coloca el brazalete del esfigmomanómetro alrededor del brazo elegido, de manera adecuada, 3 cm arriba del pliegue del codo.		

Localiza el pulso humeral con los dedos índice y medio.		
Cierra la válvula de la pera insufladora y bombear el bulbo del esfigmomanómetro hasta que se deje de sentir el pulso		
Previamente palpado y recuerda a cuantos mmHg sucede esto.		
Coloca la campaña del estetoscopio en el lugar donde se palpo el pulso humeral.		
Bombea el bulbo del esfigmomanómetro hasta que el mercurio suba aproximadamente 20 mmHG más del punto donde se dejó de palpar el pulso previamente.		
Afloja el tornillo del bulbo para dejar salir lentamente el aire, a una velocidad de 3-5mmhg por segundo, observando el descenso del mercurio; lee el punto en que se escucha el primer ruido correspondiente a la presión sistólica o máxima e identifica los ruidos de korokov.		
Clasifica los resultados según la OMS		
PULSO	**SI CUMPLE**	**NO CUMPLE**
Coloca al paciente con el brazo apoyado sobre una superficie fija, con la mano extendida y la palma hacia abajo.		
Coloca las yemas de los dedos índice y medio sobre la arteria radial, haciendo ligera presión para percibir el pulso.		
Cuantifica el número de pulsaciones por el tiempo necesario, 15 s, 30s o 1min.		
Describe adecuadamente el pulso, ritmo, amplitud y tensión.		
FRECUENCIA RESPIRATORIA		
Identifica el número correcto de ciclos respiratorios en un minuto.		
Registra los signos vitales en la hoja gráfica		
COGNITIVO.	**SI CUMPLE**	**NO CUMPLE**
Define y precisa los valores normales de los signos vitales.		
Identifica los pasos para la toma de signos vitales y los ejecuta		
Explica los hallazgos encontrados y los interpreta		

BIBLIOGRAFÍA

- Dugas Beverly. Tratado de Enfermería Practica. 4ta edición, México: MC. GRAW. HILL.
- Potter, P. A., Perry, A. G., Stockert, P. A., & Hall, A. M. (2015). Fundamentos deEnfermería. Barcelona, España: Elsevier España, S.L.
- Sandra F. Smith, D. J. (2009). Técnicas De Enfermería Clínica "De las técnicas básicas a las avanzadas" Sétima edición. Madrid (España): Pearson Educación S.A.
- Sorrentino, S. A., Remmert, L. N., & Gorek, B. (2012). Fundamentos de EnfermeríaPráctica. Barcelona, España: Elsevier España, S.L.

TEMA 6

NECESIDADES DE ALIMENTACIÓN Y ELIMINACIÓN

Mg. Fabiola Chanduvi Ticona

I. COMPETENCIA

a. Aplica los conocimientos aprendidos durante la ejecución de la alimentación asistidaa los usuarios durante su estancia hospitalaria, con responsabilidad.
b. Identificar las características normales de la necesidad de eliminación y alimentación,con juicio crítico y responsabilidad.
c. Identificar los cuidados de enfermería en pacientes con uso de sondaje nasogástrico yvesical, con precisión y claridad.

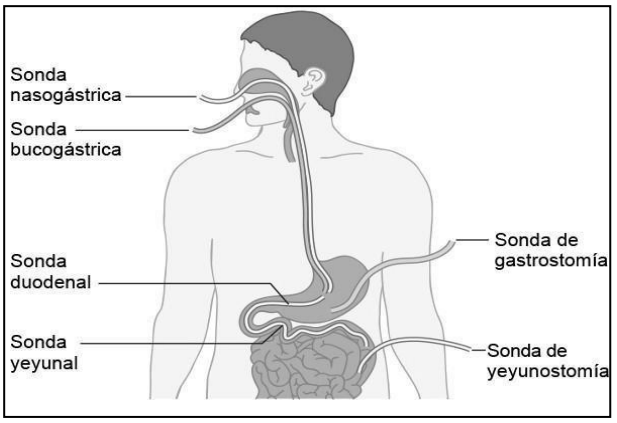
NECESIDAD DE ALIMENTACIÓN

II. MARCO TEÓRICO

d. El estado nutricional puede convertirse en un problema para la recuperación sobre todo en los adultos mayores y con alteraciones de su estado mental. La pérdida del apetito, problemas en la masticación, dentadura y deglución, sumados a la ausencia de contacto con el mundo exterior, hacen que frecuentemente las personas pierdan peso y desarrollen desnutrición. En la actualidad se utilizan distintos sistemas de alimentación tales como: nutrición parenteral, nutrición enteral. Si la persona tiene la función de absorción conservada, la mejor alternativa es la alimentación natural, adecuando su consistencia a las condiciones del enfermo y cautelando que la técnica de alimentación minimice los riesgos de aspiración.

e. Actualmente las políticas de salud han propiciado la incorporación de la alimentación asistida, en los planes de acompañamiento de Adultos Mayores, ya que el contacto afectivo con familiar o tutor mejora los aspectos psicológicos y sociales de la recuperación y nuestro establecimiento ha incorporado este programa para satisfacer esta necesidad en aquellos usuarios cuyo grado de dependencia lo requiera.

Para tener una buena y saludable alimentación, se creó **la pirámide de los alimentos**, que fueron creadas desde comienzos de la década de 1970, y han sido modificadas o actualizadas al correr de los años, la misma está compuesta por grupos; donde en el primero se compone por cereales, arroz, luego le siguen las verduras y legumbres frescas; seguidamente las frutas frescas, luego aceites y grasas, el siguiente grupo por productos lácteos y el último grupo compuesto por carnes, pescados y legumbres secas.



1. DEFINICIÓN

Es el procedimiento en el cual se brinda alimentación a las personas que no pueden hacerlo por sí mismas, también se puede definir como la incapacidad de alimentarse normalmente, por si sola y un familiar u otra persona capacitada deberá proporcionar la alimentación al usuario hospitalizado ya sea por boca o por sondas naso enterales, nasogástricas o gastrostomías

2. OBJETIVOS

a. Asegurar la ingesta de alimentos y nutrientes en personas imposibilitadas
b. Crear estrategias que nos permitan asegurar que este paciente una vez en su domicilio la familia tenga los conocimientos adecuados y le realice la alimentación de acuerdo con su diagnóstico y requerimiento.

c. Educar a la familia en la técnica de Alimentación Asistida.
d. Motivar a la familia para que se involucre enla alimentación asistida del paciente.
e. Asegurar al paciente una atención personalizada y de confianza, con cuidados adecuados en su alimentación.
f. Realizar trabajo conjunto entre el personal de salud definiendo roles y funciones con relación a esta actividad.

3. EQUIPO

a. Equipo de barrera:
   - Equipo de protección personal.
   - Mandilón.
   - Mascarilla.
   - Gorro.
b. Alimentación indicada.
c. Riñonera
d. Jeringa de 60cc.
e. Vaso con agua tibia.
f. Toallas descartables.
g. Bolsa para desechos.
h. Sonda nasogástrica.
i. Cucharas.
j. Sorbetes.

3. PROCEDIMIENTO

a. Alimentación asistida por boca

Proporcionar la dieta adecuada al paciente según sus necesidades, situación de salud y administrar los cuidados necesarios en la ingesta de manera que el familiar o acompañante aprenda la técnica de la alimentación asistida por boca.

- Realizar lavado de manos previo al procedimiento.
- Informar al usuario.
- Asistir al paciente para que se lave las manos.
- Ayudar al usuario para que se acomode (semisenta
- Colocar la mesa con la bandeja al alcance del paciente para su mayor comodidad.
- Dar el tiempo suficiente para la ingesta.
- Administrar la dieta con cuchara o jeringa.

En pacientes que no puedan comer sin ayuda, seactuará de la siguiente manera:

- Paciente adulto mayor de edad avanzada, con alteraciones neurológicas, administrar cantidades pequeñas, valorar deglución y fatiga y avisar al equipode enfermería.
- Estimular la ingesta creando un clima de comunicación.
- Informar al equipo acerca de la cantidad ingerida para el registro en la ficha clínica.
- Retirar la bandeja.
- Realizar aseo bucal y de manos.
- Dejar cómodo al usuario.
- Mantenerlo semisentado al menos por una hora para evitar la broncoaspiración.

Alimentación asistida por sonda nasogástrica y sonda nasoyeyunal

El sistema digestivo comprende el tubo digestivo y las glándulas anejas. El tubo digestivo es un largo conducto que se extiende desde la boca, que es un orificio de entrada, hasta el ano, que es el orificio terminal o de salida de los residuos de la digestión. En el tubo digestivo se distinguen la boca, la faringe, el esófago, el estómago, el intestino delgado y el intestino grueso.

El ingreso de la sonda nasogástrica es por el sistema digestivo: las fosas nasales ocavidad bucal, faringe, esófago y estómago.

La cavidad bucal: la boca es una cavidad en cuyo interior están la lengua y los dientes.La faringe: la faringe es una cavidad musculo membranosa situada en el fondo de la boca y con la cual comunica. La faringe comunica a su vez con las fosas nasales mediante dos orificios, llamados coanas, y con el oído medio mediante trompas de Eustaquio.

El esófago: el esófago es un tubo que va desde la faringe hasta el estómago. Desciende verticalmente entre la tráquea y la columna vertebral, atraviesa el diafragma y comunica con el estómago por un orificio llamado cardias. El estómago: es un ensanchamiento del tubo digestivo en forma de fuelle de gaita alargada, está situado debajo del diafragma.

b. Administración intermitente en bolo

- Pinzar la sonda.
- Conectar el cilindro de la jeringa de 50cc sin el émbolo alextremo de la sonda.
- Rellenar con el preparado alimenticio (dieta licuada).
- Despinzar la sonda.
- Dejar que el preparado caiga por gravedad o ejerciendo unaligera presión.
- Lavar la sonda nasogástrica al finalizar con 20cc de agua.

c. Administración intermitente por gravedad

- Pinzar la sonda.
- Conectar el sistema de goteo a la bolsa de alimentación y a la sonda.

- Despinzar la sonda.
- Colgar la bolsa en un porta suero a unos 30 cm. por encimade la sonda.
- Regular la velocidad de goteo.
- Lavar la sonda nasogástrica al finalizar con 20 cc de agua hervida tibia.

- Mantener al paciente con sonda nasogástrica semisentado por al menos unahora después de alimentar, para evitar broncoaspiración.

d. Administración infusión continúa por bomba

- Pinzar la sonda.
- Conectar el sistema de la bomba al extremo distal de la onda yprogramar el ritmo.
- Comprobar tolerancia cada 4 - 8 horas o cambio de frasco.
- Lavar la sonda con agua cada 8 horas con 25 cc de agua y siempre que se administre medicación o cambio de frasco.
- Informar para llevar el registro en ficha clínica.

4. PRECAUCIONES

- Lavado de manos.
- Administrar la alimentación lentamente y fraccionada.
- Colocar al paciente en posición semifowler.
- Pasar 20 cc a 50 cc de agua tibia después de cada ingesta.
- Observar al paciente durante la alimentación.

NECESIDAD DE ELIMINACION

III. MARCO TEÓRICO

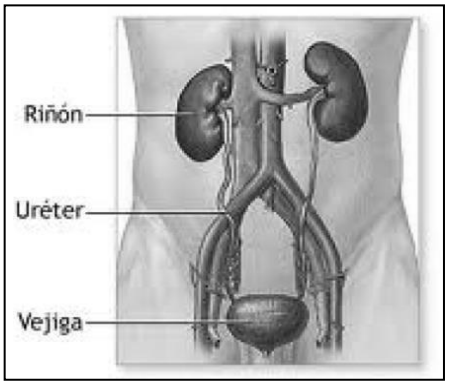
1. DEFINICIÓN

La Eliminación, es una necesidad fisiológica y su función es la expulsión de desechos y toxinas resultantes del metabolismo celular. La salud de una persona dependerá en gran medida de la capacidad de su organismo para eliminar residuos tóxicos tanto internos como externos.

Por ello, es muy importante que el alumno conozca los valores normales en relacióncon esta función fisiológica.

2. VÍAS DE ELIMINACIÓN

a. DIURESIS



La mayor parte de los desechos nitrogenados del metabolismo celular se excretan por la orina. El aparato urinario tiene un papel importante en la conservación del equilibrio de líquidos y electrolitos del cuerpo. Ambas funciones son esenciales para conservar la homeostasis fisiológica.

Con la orina se elimina la mayor parte del exceso de agua corporal; el adulto elimina entre 1000 y 1500 mlen 24 horas.

La eliminación urinaria depende de la eficacia funcional de cuatro órganos delaparato urinario.

Los riñones: Filtran de la sangre todos los productos inservibles. Pasan unos 1200ml de sangre por minuto que se filtra a través de la unidad funcional del riñón que es la nefrona formando el filtrado glomerular. La unidad funcional y estructural del riñón es la nefrona. Sus funciones básicas son:

1. Filtración: algunas sustancias son transferidas desde la sangre hasta las nefronas.

2. Secreción: cuando el líquido filtrado se mueve a través de la nefrona, ganamateriales adicionales (desechos y sustancias en exceso).

3. Reabsorción: algunas sustancias útiles son devueltas a la sangre para su reutilización.

Como consecuencia de estas actividades se forma la orina. Hay aproximadamente un millón de nefronas en cada uno de los riñones. La nefrona es una especie de tubo finísimo, con un diámetro entre 20 y 30 milésimas de milímetro y una longitud de hasta 50 milímetros. Tiene un extremo cerrado y otro abierto y se continúa con un conducto colector. En el polo ciego, siempre situado en la corteza, la nefrona comienza por una especie de expansión esferoidal que contiene el llamado glomérulo. Este dispositivo está constituido por 4 o 6 capilares sanguíneos apelotonados y que se intercalan entre una arteriola aferente y otra eferente que entran juntas en aquella expansión. El glomérulo se encuentra en un espacio limitado por una pared que se llama cápsula glomerular o de Bowman, que engloba dichas asas capilares y que deja un hueco libre que sirve para recoger el filtrado urinario. Por un extremo, la cápsula se abre como embudo, con la segunda porción de la nefrona, el túbulo, el cual recoge la orina primaria.

El túbulo consta de varios segmentos, todos ellos situados en la corteza renal, a excepción de uno, intermedio, que penetra en la médula. Al final del túbulo se encuentran los conductos colectores (ya en la médula) que, confluyendo con los de otras nefronas vecinas, van a desembocar en última instancia en la pelvis renal, en la que vierten, gota a gota, la orina final.

La orina (composición) es tóxica debido a las sales de potasio y materias colorantes que contiene; pero lo es diez veces menos que la bilis. Se encuentra en la orina agua (950 por 1000), cloruros, sulfatos, fosfatos de sodio, de potasio y de magnesio (20 gr), urea (20gr), ácido úrico (0.5gr), en estado de uratos de sodio y calcio, y urobilina.

La orina es ácida en el hombre y los carnívoros, y alcalina en los herbívoros. Su composición varía con el régimen alimenticio y el estado de salud.

Uréteres. Una vez se ha formado la orina en los riñones, ésta pasa a los uréteres a través de los tubos colectores, para pasar por último a la vejiga.

Los uréteres son dos tubos que salen de cada riñón y que tiene una longitud de unos 25 a 30 cm en el adulto y un diámetro de 1,25cm.la parte proximal, la que se une a los riñones, es más ensanchada y tiene forma de embudo, y los extremos distales entran a la vejiga. En la unión entre la vejiga y el uréter hay una válvula que impide que la orina regrese a los riñones.

Vejiga: Podemos decir que es el órgano de almacenamiento de la orina hasta su expulsión. Es un órgano hueco y muscular que cuando está vacía se encuentra detrás de la sínfisis del pubis (Hombre: delante del recto y encima de la próstata; Mujer: delante del útero y de la vagina). La base de la vejiga es triangular, denominada trícomo, y está limitada por la abertura de los uréteres y la abertura de la uretra que forma el ápex. La vejiga se puede distender mucho gracias a unos pliegues denominados arrugas.

Uretra: Es la vía de salida de la orina, que se extiende desde la vejiga hasta el meato urinario. Está recubierta de membrana mucosa. En la mujer, la uretra está detrás de la sínfisis del pubis, delante de la vagina y debajo del clítoris. En el hombre, se encuentra

en el extremo distal del pene. La uretra posee dos esfínteres, uno interno, situado en la base de la vejiga urinaria y que es de control involuntario, y otro que es de control

voluntario situado, en la mujer en el punto medio de la uretra y en el hombre en la porción distal de la uretra prostática.

Características de la orina

La orina es transparente de color ámbar claro, tiene un Ph de 4.8 a 8-0 y contiene creatinina, ácido úrico, urea y algunos leucocitos. Por lo general no hay bacterias, glóbulos rojos, glucosa, proteínas, acetonas, pus y cálculos.

Parámetros	**Normales.**
Color	Amarillo, ámbar.
Turbidez	Clara.
Densidad	1005 a 1025.
Acidez.	4,8 a 7,5
Proteínas.	Ninguna.
Cantidad	Niño: 500 a 1200ml/día. Adulto: 1200 a 1400ml/día.
Frecuencia	Niño: 4-5 veces/día. Adulto: 5-6 veces/día. Persona mayor: 6-8 veces/día.

b. LAS DEPOSICIONES

La defecación es uno de los procesos de eliminación que tiene el organismo y en el que intervienen el intestino delgado, intestino grueso recto y conducto anal.
El intestino delgado se extiende desde el píloro hasta la válvula ileocecal, por el pasan los elementos de deshecho (quimo) que vienen del estómago y van hasta el intestino grueso.
El intestino grueso se extiende desde la válvula ileocecal que se encuentra entre el intestino delgado y el intestino grueso, hasta el ano.
El colon en el adulto es de 125 a 150 cm de largo y tiene siete partes:

- Ciego.
- Colon ascendente.
- Colon transverso.
- Colon descendente.
- Colon sigmoideo,
- Recto.
- Ano

El intestino grueso es un tubo muscular cuyo interior está recubierto por una membrana mucosa, contiene fibras musculares circulares y longitudinales lo que permite que se pueda contraer y dilatar.

Funciones del colon:

1. Absorción del agua y los nutrientes.
2. Protección mucosa.
3. Eliminación fecal.

1. **Absorción del agua y los nutrientes**. El contenido el colon representa el alimento ingerido durante los cuatro días previos, aunque la mayoría de los productos de desecho se excretan dentro de las 48 horas siguientes a la ingestión. Los productos de desecho que salen del estómago at del intestino delgado y luego pasan por la

válvula ileocecal se llaman quimo.
El colon absorbe grandes cantidades de agua, Na y Cl.

2. **Protección mucosa.** El colon segrega un mucus que contiene grandes cantidades de bicarbonato y que cumple una función protectora ante los ácidos formados con las heces y como antiadherente de la materia fecal. También protege la mucosa de la actividad bacteriana. La estimulación de los nervios parasimpáticos desencadena la secreción de mucus (por eso una emoción fuerte provoca secreciones de grandes cantidades de mucus).

3. Eliminación fecal. El colon transporta a su través los productos de la digestión que más tarde son eliminados por el ano (flato y heces) hay tres tipos de movimiento: de mezcla de contracción de los receptáculos y el peristaltismo, este último es el que impulsa el contenido intestinal hacia delante.

Recto y conducta anal: Es de 10 a 15 cm en el adulto, la porción más distal es el canal anal. En el recto hay tres pliegues de tejido que se extienden a lo largo del mismo y que contienen una vena y una arteria. Cuando las venas se distienden aparecen las hemorroides. El conducto anal está acotado por el músculo del esfínter externo e interno, el interno está bajo control involuntario y el externo se controla voluntariamente.

La defecación es la expulsión de heces del ano, la frecuencia de defecación varía mucho de unas personas a otras, oscilando entre varias veces al día hasta tres veces a la semana. La cantidad también es variable. Cuando las ondas peristálticas desplazan las heces hasta el colon sigmoideo y el recto se estimulan los receptores nerviosos del recto y aparece la necesidad de defecar.

La defecación normal se ve favorecida por:
a) la flexión de los muslos que aumentan la presión intraabdominal y
b) por la posición de sedestación que eleva la presión sobre el recto.

Si no se atiende el reflejo de defecación o se inhibe voluntariamente, la necesidad de defecar desaparece unas horas. La inhibición repetida del reflejo puede hacer que el recto se dilate y se produzca una pérdida de sensibilidad a este reflejo produciendo estreñimiento como consecuencia.

- **Estreñimiento**: ocurre cuando se eliminan heces fecales con mucha dificultad o con muy poca frecuencia, por lo general son duras y secas, lo cual se origina por retraso en la eliminación, alteraciones en el reflejo condicionado, costumbres o falta de respuestas al impulso para defecar, dolor anal en pacientes operados de hemorroides o cirugía rectal, emociones intensas por aumento en laproducción de adrenalina con la consecuente inhibición del peristaltismo, algunos fármacos como la morfina que disminuyen la motilidad del intestino delgado y colon por su acción depresora del sistema nervioso central, falta de líquidos o de alimentos ricos en fibra (cereales, verduras, etc.), alteraciones mecánicas como debilidad de los músculos intestinales, procesos patológicos y envejecimiento.

- **Flatulencia**: los flatos se deben al aire deglutido, consumo de alimentos que originangaseso acción bacteriana en el intestino grueso. Si no se expulsan, el aire se acumula en el intestino y suele causar molestias generalizadas y dolor cólico.

- **Tenesmo**: esfuerzo doloroso frecuente en intentos infructuosos para defecar. Se presenta en pacientes con estreñimiento y el dolor al evacuar puede deberse a hemorroides o fisurasanales.
- **Heces impactadas**: se presentan cuando las heces permanecen en el recto mucho tiempo formando una masa dura, difícil de expulsar.

- **Diarreas**: eliminación de heces sueltas y líquidas. Pueden tener diversas causas como son estrés o ansiedad por estimulación del sistema nervioso central, administración de fármacos, irritación del tubo gastrointestinal, excesos dietéticos, infecciones o procesos patológicos. Puede asociarse con dolor abdominal por flatulencia. Si el estado se prolonga, aparecen desequilibrios hidroelectrolíticos y desnutrición.

CARACTERÍSTICAS DE LAS HECES

HECES	NORMAL	SIGNOS ANORMALES.
Forma	Debe ser parecida al diámetro rectal.	Estrechas en forma de lápiz (obstrucción)
Constituyentes	Alimentos no digeridos, bacterias muertas, grasa, pigmentos, agua, células de mucosa.	*****Sangre, pus, moco (infección, inflamación) *Gusanos (parasitosis) *Exceso de grasa(malabsorción)
Color	Amarillo (lactante) Marrón (adulto)	*Blancas (no bilis) *Negras (HDA, Ingestión Fe). *Pálido + grasa (malabsorción)
Olor	Acre (depende de la alimentación)	*****Cambio nocivo (por sangre o infección)
Consistencia	Blandas y formadas	*Líquidas(diarrea) *Duras(estreñimiento)
Frecuencia	Desde una vez al día, hasta de 2 a 3 veces a la semana. (adulto) De 5 a 8 veces tomando leche materna (lactante)	*Menos de una vez a la semana. (Estreñimiento). *Más de 6 veces al día en el lactante (diarrea)
Cantidad	150gr	

a. SUDOR

Mecanismo que desciende la temperatura corporal mediante la evaporación de líquido segregado por las glándulas sudoríparas de la piel. El volumen puede variar dependiendo de la temperatura ambiente.

b. PÉRDIDAS INSENSIBLES

- **Respiración:** A través del aire exhalado se elimina agua en cantidad de 350 a 400 mldiarios, la que aumenta al incrementarse la frecuencia respiratoria.
- **Piel**: A demás del sudor a través de la piel se produce por difusión una perdidacontinua de agua no visible, de aproximadamente 350 a 400 ml al día.
- **La fiebre**: Puede eliminarse por piel de 50 a 75 ml por cada grado de temperaturaelevada sobre lo normal al día.
- **Otras Perdidas**: Vómitos, aspiración gástrica, drenajes, hemorragias. Cada

una deellas se estima midiendo el volumen eliminado.

1. **CUIDADOS DEL CATETERISMO VESICAL**

Los principales cuidados de enfermería a tener en cuentan para evitar complicaciones son: realizar el lavado correcto de los genitales antes del proceder, la técnica será

estéril con manipulación de la sonda vesical de forma aséptica, mantener la hermeticidad de la bolsa colectora y mantener la bolsa por debajo del nivel de la vejiga

c. Observaciones

- La complicación más frecuente es la infección urinaria.
- Cuando exista retención urinaria (globo vesical) no permitir vaciado de más de250 c.c. deuna vez.
- Evitar dobleces o torsiones de la sonda.
- Avisar al médico si transcurrida 1 hora después del sondaje no presentase orina.
- En el sondaje evacuador: retirar la sonda una vez evacuada la orina.

IV. ACTIVIDADES

i. Elabora diagnósticos de enfermería y sus intervenciones para ambos casos.

_____

_____

ii. Elabore un plan de cuidados de enfermería para la ejecución de la alimentación asistida y evalúe las contraindicaciones.

_____

_____

V. EVALUACIÓN

Se considerará formato de evaluación de práctica y rúbrica elaborada.

VI. MONITOREO DE DESEMPEÑO

PASO/ TAREA	CUMPLE	
	SI	NO
Identifica correctamente al paciente que le realizará el procedimiento dealimentación asistida.		
Identifica la importancia de la necesidad de eliminación.		
Enumera secuencialmente los pasos en los diferentes procedimientos.		
Identifica correctamente los diagnósticos de enfermería para ambos casos.		
Prioriza correctamente los diagnósticos de enfermería mencionados.		
Reconoce de forma ordenada los pasos a seguir.		
Propone intervenciones de enfermería factible y viable.		
Muestra motivación y creatividad.		

VII. BIBLIOGRAFÍA

- Kozier, B. (2005). Fundamentos de Enfermería. (7.a ed., Vol. I). Madrid: McGraw-Hill/Interamericana Editores S.A
- Ministerio de Salud Pública y asistencia social. Manual de procedimientos deEnfermería. Tomo (2017). Disponible en: http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/manual/manual_procedimiento_enfemeria_t1_p 1.Pdf.
- Dugas Beverly. Tratado de Enfermería Practica. 4ta edición, México:

MC.GRAW. HILL;2008

- Perry-Potter. Técnicas y Procedimientos de Enfermería. 7ma. Ed. México: Elsevier;2011
- Técnicas y Procedimientos de Enfermería. 7ma. Ed. México: Elsevier; 2011

TEMA 7

NECESIDAD DE MOVIMIENTO Y EJERCICIO:POSICIÓN DE PACIENTES ENCAMADOS MOVILIZACIÓN DE PACIENTES HOSPITALIZADOS

Enf. Esp. Fryda Chávez Tejada

I. COMPETENCIA

a) Conocer los lineamientos de la mecánica corporal para disminuir el gasto deenergía muscular, con claridad y precisión.
b) Estimular la independencia del paciente utilizando el pensamiento crítico.

POSICIÓN DE PACIENTES ENCAMADOS

II. MARCO TEÓRICO

Conjunto de actividades que se realizan para movilizar al paciente que no puede moversepor sí mismos.

i. CAMBIOS POSTURALES

Movilización, es el acto de aportar al individuo la ayuda que necesita para la realización de actividades que él haría solo, si tuviera la fuerza suficiente o el saber necesario.

a. Objetivos:

1. Mantener el funcionamiento corporal en equilibrio con los sistemas circulatorio, respiratorio, urinario y musculo esquelético
2. Contribuir a la exploración física
3. Apoyar a la aplicación de algunos tratamientos

4. Favorecer el estado anímico del individuo.
5. Prevenir posibles complicaciones como úlceras por presión, deformidades, trastornos circulatorios, etc.
6. Colocar al paciente en una posición que le resulte cómoda.

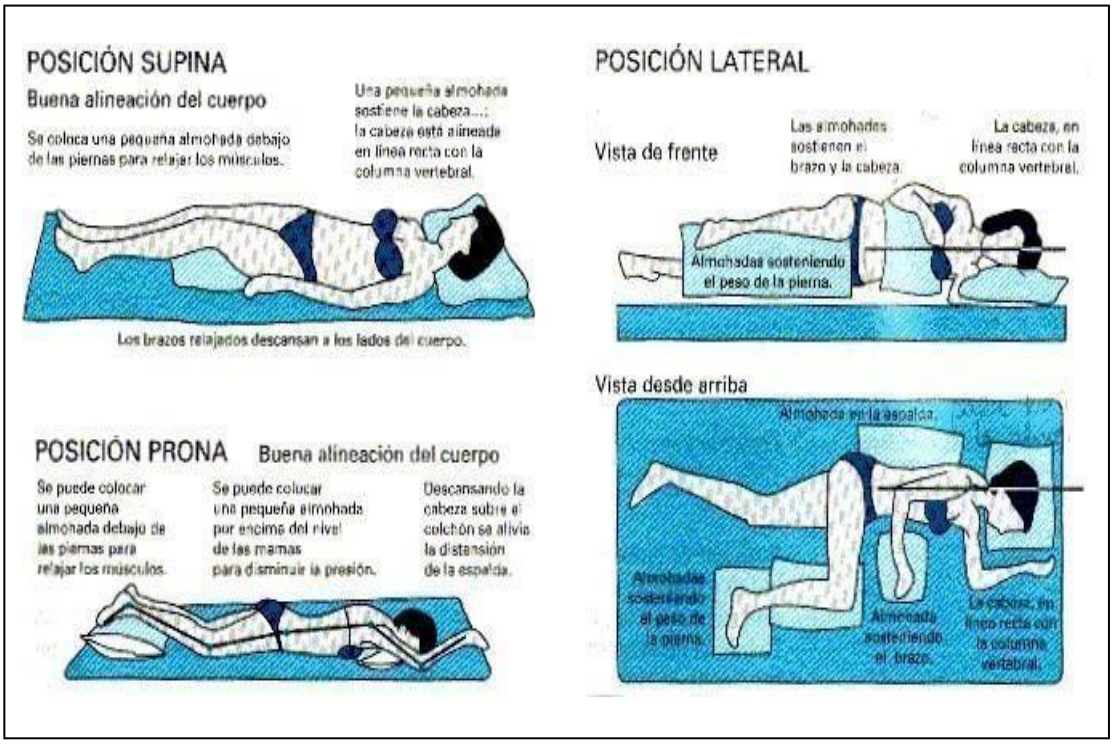
b. Material y equipo

Es el mismo para las diferentes movilizaciones. El profesional que realizará la actividad, deberá portar el equipo de protección personal antes de iniciar el procedimiento.

ii. POSICION SUPINA O DORSAL

El paciente se encuentra tumbado sobre su espalda, con los brazos y piernas extendidos.

1. Seguir normas generales en la movilización del paciente.
2. Bajar la cabecera de la cama a la posición horizontal, cerciorándonos de que está frenada.
3. El paciente debe hallarse tendido sobre su espalda, con las piernas extendidas y los brazos al lado del cuerpo, guardando el eje longitudinal.
4. Colocar la almohada bajo la cabeza, zona lumbar y hueco poplíteo.
5. Acomodar la cabecera de la cama según necesidad y comodidad del paciente.
6. Vigilar las zonas de prominencias óseas.



a. Indicaciones:

1. En pacientes post operados
2. En estancias prolongadas en la cama
3. En examen de tórax, abdomen, miembros superiores e inferiores,

b. Contraindicaciones:

1. Ancianos
2. Enfermos respiratorios

3. Enfermos de larga duración en cama
4. Pacientes inconscientes ante riesgo de vómito

5. Pacientes con hemorragias digestivas
6. Embarazo avanzado.

iii. POSICIÓN PRONA O VENTRAL

El paciente permanece acostado sobre su abdomen con la cabeza hacia un lado y las extremidades superiores extendidas junto al cuerpo, o flexionadas por los codos a ambos lados de la cabeza, y los miembros inferiores extendidos.

a. Material y equipo:

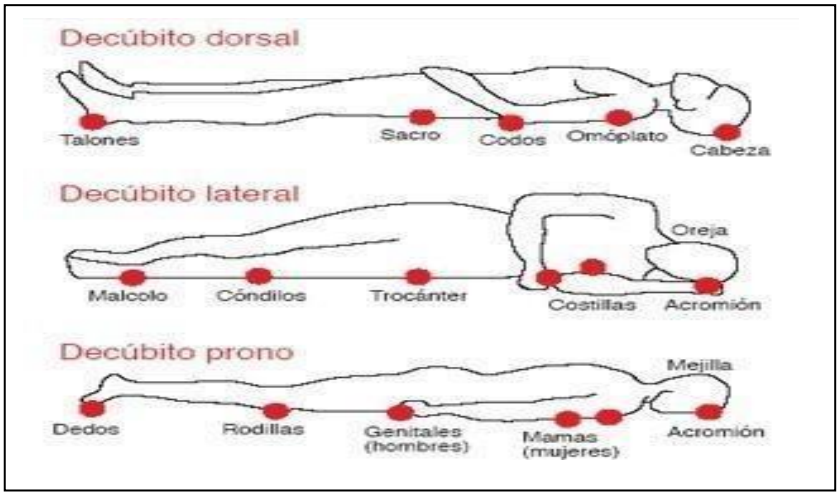
Seguir normas generales para la movilización del paciente.

b. Procedimiento:

- Colocar la cama en posición horizontal, cerciorándose de que esté frenada.
- El paciente debe hallarse boca abajo, en posición extendida sobre tórax yabdomen.
- Descansar la cabeza sobre una almohada pequeña, evitando una excesivadistensión de la columna vertebral.
- Colocar una almohada pequeña debajo del abdomen por debajo del diafragma.
- Apoyar brazos en posición flexionada a la altura de los hombros.
- Colocar una pequeña almohada debajo de la flexura de los pies para elevarlos dedos de los pies.
- Vigilar los dedos de los pies, rodillas, genitales en el varón y mamas en la mujer, mejillas y oídos

c. Indicaciones:

- Exploraciones de espalda. Pacientes intervenidos de columna. Cambiosposturales.



iv. POSICIÓN EN DECÚBITO LATERAL

El paciente permanece apoyado sobre el costado derecho o izquierdo con las extremidades extendidas. El miembro superior que se corresponde con el lado sobre el que se halla recostado el paciente, está por delante del cuerpo

a. Material y equipo

Seguir normas generales para la movilización del paciente

b. Procedimiento:

- Colocar la cama en posición horizontal, cerciorándose de que esté frenada.
- Colocar al paciente en posición extendida sobre el lado derecho o izquierdo
- Colocar una almohada bajo la cabeza y cuello
- Colocar ambos brazos en ligera flexión. El brazo superior se apoya a la altura del hombro sobre la almohada. El otro brazo descansa sobre el colchón con el hombro ligeramente adelantado
- Colocar una almohada bajo la pierna superior semi flexionada, desde la ingle hasta el pie
- Colocar una almohada en la espalda del paciente para sujetarlo.
- Elevar la cabecera de la cama según las necesidades y seguridaddelpaciente
- Vigilar las zonas de las orejas, hombros, oídos, cresta iliaca,trocánteres, rodillas y maléolos

c. Indicaciones:

- Administración de enemas, supositorios, inyectables intramusculares, estancia en cama, cambios posturales y para hacer la cama ocupada
- En cirugía anal
- En determinados procesos como hemoptisis. El lado sobre el que debeapoyarse a de ser el de la lesión.

v. POSICIÓN SENTADA O FOWLER

El paciente se encuentra sentado sobre la cama con las extremidades inferiores extendidas hacia adelante. Existen variantes de acuerdo al grado de inclinación

Semi Fowler a 30° (pacientes

neuroquirúrgicos) Semi Fowler a 45 y 60°

Semi Fowler alta a 90°

a. Material y equipo:

Seguir normas generales para la movilización del paciente

b. Procedimiento

Colocar al paciente sentado sobre la cama con las extremidades inferiores extendidas y con las superiores dirigidas hacia adelante, pudiendo estar las manos apoyadas sobre la cama

Colocar una almohada para sostener la cabeza y otra en la zona lumbar

Para la posición Semi Fowler, se levanta la cabecera a 45° y así la espalda apoyada sobre la cama formará un ángulo de 45 a 60° con la horizontal. Las extremidades inferiores estarán flexionadas por la rodilla y se puede colocar una almohada bajo ellas. Asimismo, otra bajo los muslos y otra más pequeña debajo de los tobillos.

Vigilar las zonas del sacro, tuberosidades isquiáticas, talones y codos.

c. Indicaciones:

Exploraciones de otorrino laringología, de cabeza y tórax

Pacientes con problemas respiratorios (asma, EPOC, enfisemas) Relajación de músculos abdominales

Pacientes con problemas cardiacos

Pacientes post operados de tórax y corazón

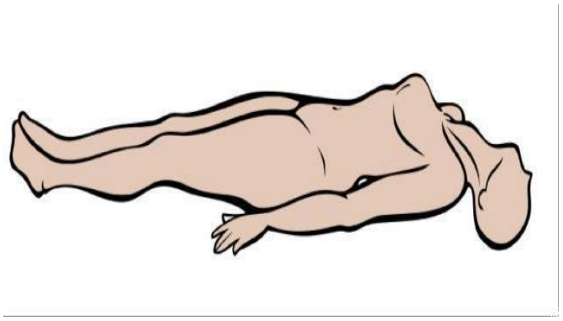
d. Contraindicaciones:

Fractura de cadera y/o vértebras

vi. OTRAS POSICIONES

1. POSICIÒN DE ROSIER O DE PROETZ

El paciente se halla en decúbito supino con la cabeza colgando, con elobjetivode mantener el cuello en hiperextensión



a. Indicaciones:

Intubación traqueal

Exploraciones faríngeas

Intervenciones quirúrgicas

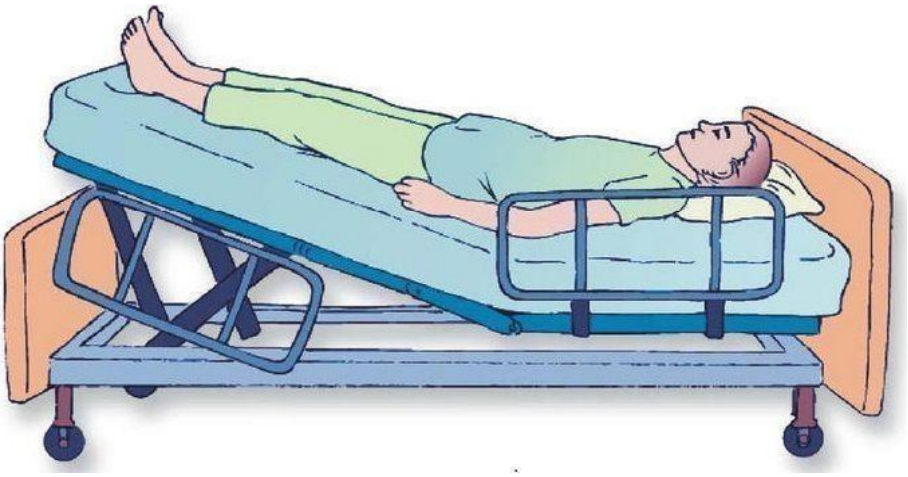
Lavado de cabeza en pacientes encamados

b. Contraindicaciones:

Lesiones cervicales

2. POSICIÓN DE TRENDELENBURG

El paciente en decúbito supino, es inclinado en la cama de forma que la cabeza queda más baja que el tronco y los miembros inferiores



Vigilar omóplatos, sacro, coxis, talones, dedos de los pies, codos y protección de la cabeza.

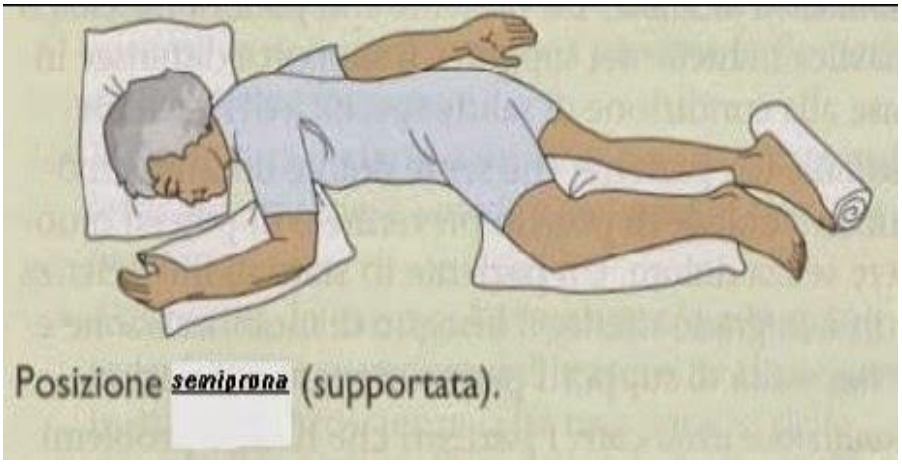
Vigilar el estado de conciencia del paciente para evitar aspiraciones, en el caso de tener vómitos

a. Indicaciones:

Mejora la circulación cerebral, lipotimias o síncopes, conmoción o shock. Se utiliza para el drenaje de secreciones bronquiales, hemorragias y cirugía de órganos pélvicos

3. POSICIÓN DE SIMS O DECUBITO SEMI PRONO O DECUBITO TRESCUARTOS

Es similar a la lateral, salvo porque el peso del cuerpo del paciente descansa sobre las porciones anteriores de hombros y caderas. El brazo que queda abajo se extiende hacia atrás, en tanto que el que queda arriba se flexiona por el hombro y el codo. La pierna que queda arriba se flexiona, estando la cabeza girada lateralmente



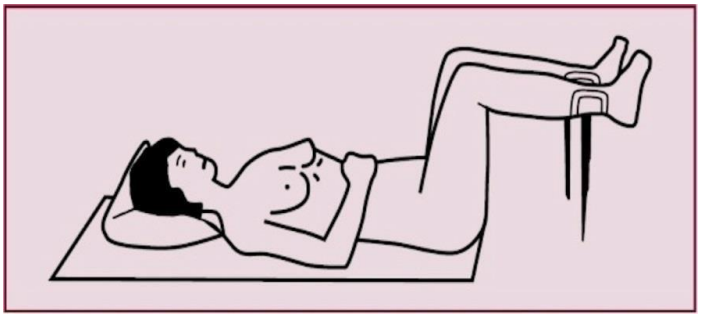
Se utilizan almohadas de apoyo para el brazo, tórax y pierna que quedan haciaarriba. Esta posición puede ser derecha o izquierda

a. **Indicaciones:**

Posición lateral de seguridad, exámenes rectales, administración de enemas y medicación rectal, colocación de sondas rectales, facilitar el drenaje de secreciones, relajación muscular

4. POSICION GINECOLOGICA O DE LITOTOMIA

El paciente en decúbito supino, flexiona las rodillas en forma perpendicular a la cama y las mantiene separadas, la cabeza debe estar apoyada sobre una almohada y debe protegerse su intimidad con una solera.



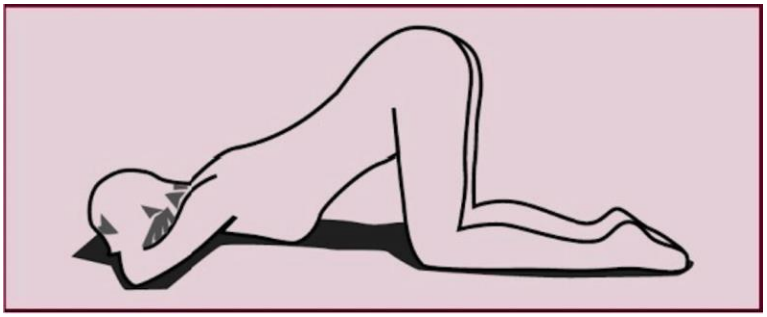
Indicaciones

Exploraciones ginecológicas, vaginales, rectales y vesicales, partos, intervenciones ginecológicas, lavado de genitales, sondaje vesical en la mujer, examen manual o instrumental de la pelvis, cirugías urológicas, etc.

5. POSICIÓN GENUPECTORAL O MAHOMETANA

El paciente se coloca de rodillas sobre la cama, manteniéndolas separadasy los muslos en forma perpendicular a la cama, descansando el cuerpo sobre las rodillas.

La cabeza del paciente hacia un lado y los miembros superiores a la alturade la cabeza, flexionándolos a nivel de los codos. Cubrir al paciente con una sábana fenestrada

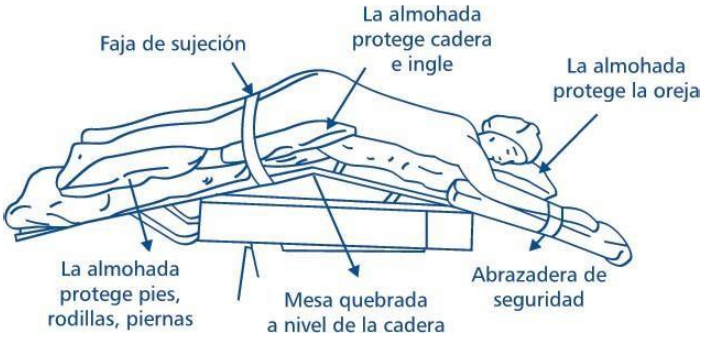


a. **Indicaciones:**

Exámenes rectales, vaginales y de próstata

6. POSICIÓN DE KRASKE O NAVAJA

Es una modificación del decúbito prono. La mesa se quiebra a nivel de la cadera con un ángulo variable, se flexionan codos y se protegen miembros inferiores. Se utiliza en cirugía rectal y coxígea**.**



Medidas de prevención de lesiones dorso lumbares

¿Por qué se producen estas lesiones?

Los huesos, articulaciones y músculos pueden dañarse, al someterlos a unesfuerzo mayor del que pueden soportar. Este esfuerzo es debido **NO SÓLO** al peso a levantar o transportar, sino también a la forma en que se realiza la tarea.

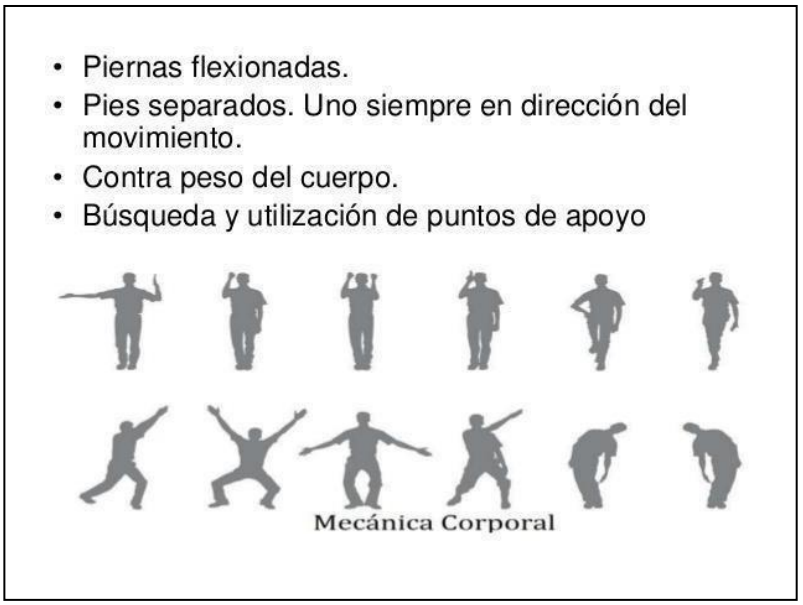
El personal de salud, debe recordar que las lesiones de espalda pueden producirse en tareas de movilización de pacientes cuando "**Se realizan de forma incorrecta".**

MOVILIZACIÓN DE PACIENTES HOSPITALIZADOS

I. MARCO TEÓRICO

A. MECÁNICA CORPORAL

Estudia el equilibrio y movimiento de los cuerpos aplicado a los seres humanos y se conceptualiza como la disciplina que trata del funcionamiento correcto y armónico del aparato musculo esquelético en coordinación con el sistema nervioso.



El aplicar los principios de la mecánica corporal tiene como objetivos:

- Disminuir el gasto de energía muscular
- Mantener una actitud funcional y nerviosa
- Prevenir complicaciones musculo esqueléticas.

B. MOVILIZACIÓN SEGURA MEDIDAS PREVENTIVAS GENERALES

- Utilización de calzado adecuado (evitar uso de zuecos).
- Respetar las vías de circulación y la señalización existente.
- No obstaculizar en ningún momento los recorridos y salidas de evacuación
- Mantener el lugar de trabajo limpio y ordenado.
- Todo el personal sanitario deberá utilizar guantes y medidas de bioseguridad.
- Cuando cualquier profesional que pueda tener contacto con pacientes, tenga alguna posible erosión o herida, ésta deberá ser convenientemente protegida para evitar cualquier posible contacto.
- Acogerse a campañas de inmunización establecidas para el personal sometido a riesgo
- Para prevenir lesiones dorso lumbares, Compruebe el peso del paciente
- Determine la técnica de movilización de pacientes óptima.
- Siempre que tenga que movilizar a un paciente, verifique si se pueden utilizar medios mecánicos de elevación y transporte (grúas, silla de ruedas, camillas).
- Cuando movilice un paciente debe tener en cuenta su estado y conocer si puede colaborar.
- Explicar al paciente lo que se va hacer e intentar solicitar su colaboración, aunque sea mínima.
- Proteger conexiones: sondas, drenajes, catéteres, entre otros.
- Cuando el paciente no colabora o el peso es excesivo, realizar la movilización entre dos personas o más.
- Procurar repartir la carga entre el paciente y las personas que vayan a moverlo.
- Acercarse lo más posible al paciente, intentando que el centro de gravedad esté lo más próximo a usted.
- Apoye los pies firmemente, separándolos a una distancia igual a la de sus hombros
- Agáchese doblando las rodillas.
- Mantenga la espalda recta y los abdominales contraídos durante toda la

maniobra.

- Levante suavemente al paciente, enderezando las piernas. No realice tirones bruscos.
- No haga giros de cintura mientras levanta y/o transporta un paciente.
- Baje la baranda del lado por donde prestará ayuda.
- Cuando movilice pacientes recuerde utilizar toda la mano, nunca tomar los pacientes de la ropa o usando la mano en pinza.
- Cuando la movilización del paciente exige una postura inadecuada, utilice un brazo para apoyarse y el otro para movilizar el paciente.

a) Normas

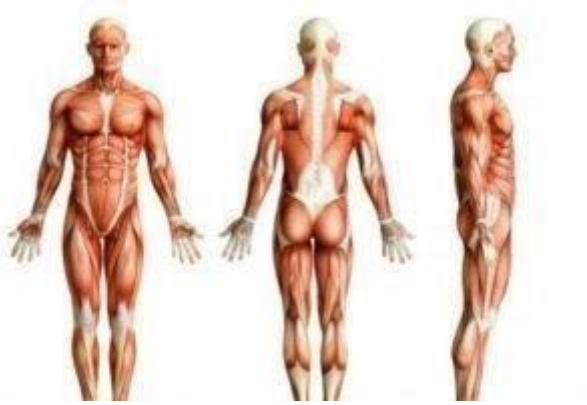
- Tener conocimiento sobre el aparato musculo esquelético
- Conocer posiciones del personal y movimientos coordinados
- Ofrecer un ambiente terapéutico
- Explicar al paciente la posición que debe adquirir
- Explorar al paciente
- Alinear segmentos corporales cada 2 o 3 horas.
- Para prevenir ulceras por precisión.
- Ofrecer comodidad y seguridad
- Evitar lesiones mecánicas del aparato musculo esquelético.

b) ALINEACIÓN CORPORAL

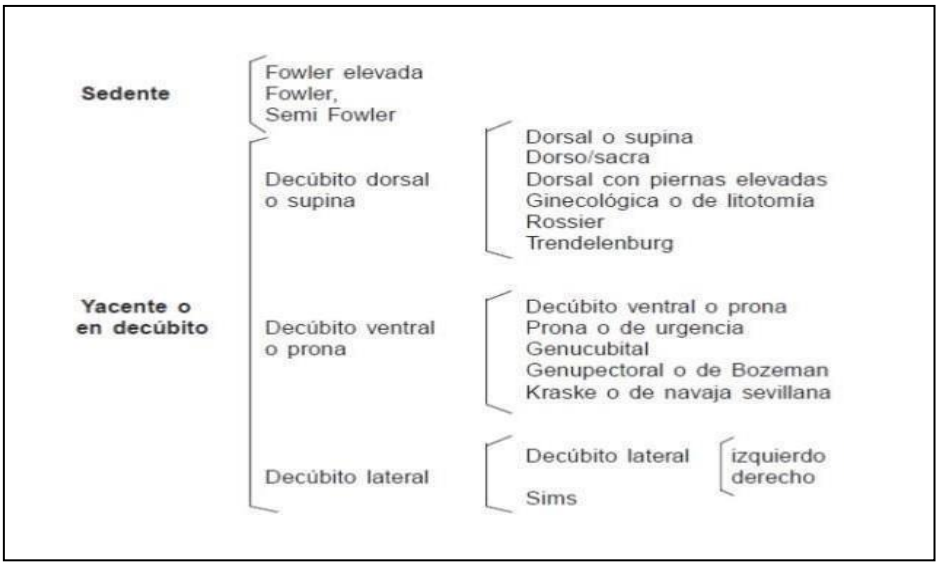
Conocer los lineamientos de la alineación corporal en el desarrollo de actividades para la movilización de la persona enferma, es determinante tanto para el personal de salud como para el cuidado del paciente

Existen 3 posiciones básicas que son:

- Posición erguida o anatómica
- Posición sedente
- Posición yacente o en decúbito



Estas posiciones tienen a su vez variaciones:



MOVILIZACION DEL PACIENTE

1. **DEFINICIÓN**

Conjunto de actividades para movilizar al paciente que no puede realizarlas por sí mismo.

2. **OBJETIVOS**
   - Mantener la comodidad del paciente encamado.
   - Mantener la alineación corporal del paciente.
   - Prevenir posibles complicaciones (úlceras por presión, deformidades, pérdida del tono muscular, trastornos circulatorios, etc.).
   - Facilitar drenajes.
   - Mejorar la respiración.
   - Movilizar a los pacientes que requieren ayuda total con menor esfuerzo para el personal.

3. **EQUIPO**
   - Sábanas y Almohadas de diferentes tamaños y en número suficiente.
   - Arco metálico opcional.
   - Sistemas mecánicos de movilización: grúas, tablas, sábanas deslizantes, etc.
   - Ropa de cama, hule y sábana doblada a modo de solera.
   - Sillón o silla de ruedas.
   - Trapecio.
   - Barandillas
   - Colchón anti escaro
   - Bastones ingleses
   - Grúa para movilizaciones
   - Tablero antiequino
   - Triángulo
   - Silla de ruedas o sillón
   - Andadores
4. **PROCEDIMIENTO**

Al momento de iniciar el procedimiento el profesional deberá vestir el equipo de

protección personal que el procedimiento requiera.

5. INFORMACIÓN Y PREPARACIÓN DEL PACIENTE

Informar al paciente y/o acompañante de lo que se le va a hacer, buscando su colaboración en la medida de lo posible

Procurar la máxima intimidad posible para el paciente

Valorar el estado del paciente y determinar su nivel de autocuidado para la actividad

6. TÉCNICAS DE REALIZACIÓN

A.- Movilizar al paciente hacia la cabecera de la cama:

Lavado de manos y colocación de guantes

Retirar la almohada si no está contraindicado, así como la ropa de la cama

La cama estará en posición horizontal, si no hay inconveniente y las barandillas laterales bajadas.

Debemos colocar los pies separados, así como las rodillas ligeramente flexionadas

Decirle al enfermo que se agarre al triángulo o a la cabecera de la cama, flexione rodillas apoyando los pies sobre la cama y luego se impulse hacia arriba

Si necesita ayuda, colocaremos los brazos por debajo de las caderas del paciente y se le pedirá que haciendo fuerza con sus pies y brazos intente elevarse; es entonces cuando se le ayuda a subir hacia la cabecera.

Si el Paciente no colabora, se le movilizará entre dos personas. Una a cada lado de la cama Colocará uno de los brazos a nivel de los omóplatos y el otro a nivel alto del muslo, se sujeta al paciente y se le levanta hasta la posición deseada, evitando el arrastre.

B.-Movilización del paciente ayudados por una sábana o solera

Para esta técnica se utiliza una sábana doblada a lo largo por la mitad.

Situados uno a cada lado de la cama, se coloca la solera por debajo del paciente, de forma que llegue desde los hombros hasta los muslos.

Una vez colocada la "solera", cada persona la enrolla por los laterales sujetándola fuertemente, pudiendo así mover al paciente hacia cualquier lado de la cama.

C.-Movilizar al paciente hacia un lateral de la cama:

Colocarse en el lado de la cama hacia el cual se va a trasladar al enfermo y colocar el brazo más próximo del paciente sobre su tórax

Frenar las ruedas de la cama y colocar al paciente en posición horizontal,retirandolas almohadas y la ropa

Una persona coloca un brazo bajo la espalda y el otro debajo de la cabeza del paciente, la otra persona colocará un brazo bajo la columna lumbar y el otro bajo las piernas.

Una vez sujeto el paciente se tirará, suave y simultáneamente hacia la posición deseada.

En todo momento se debe levantar al paciente y no arrastrarlo sobre la cama. Esta movilización se puede realizar usando la solera, con la técnica descrita

D.-Traslado del paciente de la cama a una silla de ruedas o sillón

Para evitar posibles mareos la primera vez que se levante al paciente, se incorpora la cabecera de la cama durante unos 15 minutos. En pacientes que pueden colaborar, el traslado lo puede realizar una sola persona.

Frenar la cama y elevar la cabecera.

La silla o sillón deben estar convenientemente preparados, en paralelo a la cama. Si es una silla de ruedas deberá de estar frenada. Si es un sillón se cubrirá con una sábana o frazada.

Se desplaza al paciente al borde de la cama en la que se dejará sentado. Para esto, se introduce un brazo por debajo del hombro del paciente y el otro pasando por encima del cuerpo, bajo los muslos, haciendo movimientos rotatorios, dejando que se deslicen las piernas hacia abajo y levantando el tórax.

Para ponerlo de pie se le sujetará con las dos manos por debajo del tórax, fijándole sus rodillas con las nuestras.

Si el paciente puede, colocará las manos sobre nuestros hombros

Se hará un movimiento rotatorio de espalda a la silla sentando al paciente lentamente

Una vez en la silla, los pies deberán de estar planos sobre el suelo o apoyando los pies

Las rodillas y las caderas estarán en ángulo recto, liberando hueco poplíteo

Los glúteos firmemente apoyados hacia el respaldo de la silla. Cabeza, hombros y tronco rectos 10. Se mantendrán los brazos apoyados. Si la silla no tuviera apoya-brazos o fuera más ancha, se cubrirá esta deficiencia con unas almohadas a los lados.

Si es necesario se colocarán rollos en las manos

Si no tiene respaldo adecuado o queda bajo se deberá corregir con una almohada.

Si el paciente no colabora deberá realizarse entre dos personas. Se frena la cama y se desplaza al paciente al borde de la misma. Con ayuda de la solera una persona coge al paciente a la altura de los hombros y la otra rodea ambas piernas a la altura de las rodillas y en un solo impulso se traslada al paciente a la silla de ruedas o camilla.

E.-Traslado de la cama a camilla mediante transfer

- Colocar la cama a la que se va a trasladar el paciente junto a la cama enlaque está.
- Ladear al paciente ligeramente e introducir el transfer por debajo de la

sábana, apoyando al enfermo sobre él.
- Deslizar al paciente sobre el transfer, tirando suavemente por la sábana.
- Colocar al paciente en la cama a la que va destinado, ladearle de nuevo para retirar el transfer y la sábana.
- Dejar al paciente nuevamente en posición cómoda.

F.-Movilización con grúa:

- El objetivo es movilizar a los pacientes que requieren ayuda con menor esfuerzo para el personal.
- Se puede movilizar al paciente desde la posición encamado o desde la posición de sentado
- Tanto la cama o la silla como la grúa, permanecerán convenientemente frenadas.
- Se colocarán los arneses según la indicación de cada modelo de grúa.
- Preservar en todo momento la intimidad del paciente.
- Previo al procedimiento lavado de manos y colocación de guantes.
- No realizar nunca arrastre.
- Vigilar especialmente las zonas de riesgo.
- Realizar cambios en la posición del paciente cada 2-3 horas. Masajeando la piel
- No dejar en ningún caso arrugas, costuras, ni objetos bajo el paciente.
- En pacientes ulcerados no debe apoyarse sobre la úlcera.
- Cuando el paciente presenta fiebre o tiene un estado nutricional o de hidratación inadecuada se debe extremar la frecuencia de los cambios posturales y la vigilancia de las zonas de apoyo.

OBSERVACIONES

Los problemas de alineación que más a menudo puede corregirse con los dispositivos de apoyo son:

- Flexión del cuello.
- Rotación interna del hombro.
- Aducción del hombro.
- Flexión de la muñeca.
- Convexidad anterior de la columna lumbar.
- Rotación externa de las caderas.
- Hiper extensión de las rodillas.
- Flexión plantar del tobillo.

Evitar el dolor, ansiedad y confusión. Evitar mantener la presión prolongada sobre la misma zona. Hay que tener en cuenta lo siguiente, cuando el paciente es portador de tracción mecánica:

En las movilizaciones del paciente en cama, una persona debe vigilar los elementos de la tracción para controlar la tensión, evitar desplazamientos, evitar contracciones musculares y mantener el alineamiento del eje de la tracción.

Vigilar alteraciones locales de la zona afectada: enrojecimiento, edema, supuración.

ACTIVIDADES

CASO CLÍNICO: Usted se encuentra laborando en un servicio de Cirugía y le asignan un paciente post operado de esplenectomía. Debe hacer una cama ocupada:

a) **¿Por dónde empezaría usted?**

_____

b) **Si al hacer la cama, usted encuentra en el paciente zonas de presión ¿qué tipo de colchón usaría?**

_____

c) **Mencione los principios de la mecánica corporal para la movilización de pacientes.**

_____

d) **Desarrolle la técnica de traslado del paciente de la cama al sillón o silla de ruedas, en forma simulada. En el anterior procedimiento, mencione los cuidados de enfermería**

_____

_____

e) **Analice los contenidos teóricos expuestos en clase y luego de forma virtual, responderá de acuerdo a los lineamientos planteados para su aprendizaje, las diferentes técnicas de movilización de pacientes. Considere las advertencias y precauciones a tener en cuenta. Establezca el planeamiento y ejecución de los cuidados de enfermería. Evaluélos resultados de su intervención.**

_____
_____
_____
_____

f) **En un esquema considere las diferentes posiciones y su utilidad**

_____
_____
_____
_____

g) **Si el paciente está programado para proctoscopia, ¿qué posición utilizaría?**

_____

_____

II. EVALUACIÓN

Se considerará formato de evaluación de práctica y rúbrica elaborada.

III. MONITOREO DE DESEMPEÑO

PASO/ TAREA	CUMPLE	
	SI	NO
Identifica correctamente al paciente que necesita un cambiode posición, paralograr la comodidad deseada		
Reconoce de forma ordenada, los pasos para la ejecución dela movilización del paciente imposibilitado		
Considera que cuando movilice o traslade a un paciente, debe tener en cuenta suestado y conocer si puede o no colaborar		

Reconoce que la alineación corporal es determinante en toda funcional del personal de salud y del cuidador		
Identifica en orden de prioridad los pasos a considerar en la ejecución de un procedimiento		
Identifica los diagnósticos de enfermería apropiados y refieres u causalidad.		
Prioriza correctamente los diagnósticos de enfermería mencionados.		
Propone intervenciones de enfermería factible y viable.		
Muestra motivación y creatividad.		

IV. BIBLIOGRAFÍA

Protocolo de Cambios Posturales y Técnicas de Movilización y Traslado del Paciente. Autores. Última actualización. Yolanda Díaz Alondo María Pérez GómezRevisores Comisión Cuidados Enfermería AUTORIZADO Dirección de EnfermeríaFecha enero 2011.

Técnicas de Movilización de Pacientes para la Prevención de Lesiones Dorso lumbares Preparado por: Lina Quiceno H. Instructora Subgerencia de Capacitación Asociación chilena de seguridad. Técnicas de Movilización y Transferencias de Pacientes. Éricka Judith Ordón Chitay.

Diplomada en la Escuela Universitaria de Enfermería y Fisioterapia, Universidad de Salamanca. 2012

Técnicas de movilización de pacientes para la prevención de lesiones de piel. Ciapat ciapat.org › biblioteca › pdf › 855. Disponible en:

Tecnicas_de_movilizacion_de_pacientes_para_la_prevención_de_lesiones_dor soluma res_. pdfhttp://ciapat.org/biblioteca/pdf.

Taller: Inmovilización y movilización del paciente encamado. Disponible en: https://www.youtube.com/watch?v=OT26

TEMA 8

HIGIENE

Enf. Esp. Frida Chávez Tejada

I. COMPETENCIA

a. Demuestra destreza en la realización de procedimientos básicos que contribuyen alcuidado de la persona enferma, con responsabilidad y juicio crítico.

II. MARCO TEÓRICO

a. HIGIENE MATINAL

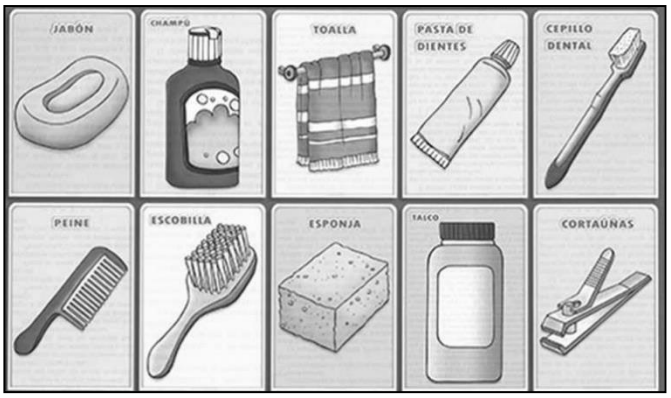
Conjunto de actividades dirigidas a proporcionar el aseo corporal y comodidad del paciente; incluye los procedimientos de higiene ylimpieza de la superficie corporal y mucosas externas.

b. Objetivo

- Satisfacer las necesidades de higiene y confort del paciente durante su hospitalización.
- Mantener limpia la piel eliminando sustancias de desecho (grasa, descamaciones).
- Estimular la circulación periférica, así como la función celular.
- Mantener la piel limpia y seca.
- Prevenir halitosis, infecciones de boca (caries, gingivitis, glositis).
- Recoger datos que permitan visualizar el estado general del paciente, así como elestado de su piel.
- Establecer una relación con el paciente, alentándolo a ser tan independiente comole sea posible.
- Mejorar la calidad de vida de la persona que lo recibe
-

c. Equipo o material

- Equipo de bioseguridad.
- Lavatorios.
- Jarra, balde con agua tibia.
- Hule, toalla.
- Toallitas de gasa o algodón.
- Jaboncillo.
- Talco.
- Loción.
- Tijeras o corta uñas.



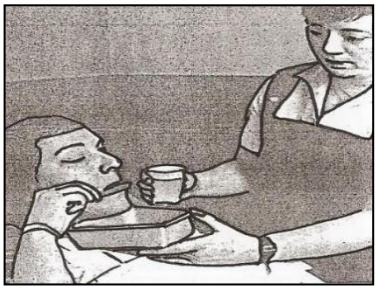
- Biombo opcional, peine o cepillo, espejo, hisopos.
- Chata o urinario.
- Bolsa de desechos.

HIGIENE BUCAL

Es la limpieza de la boca y dientes. El estado de la cavidad bucal influye directamente enel estado de salud de la persona. Las enfermedades dentales requieren "un huésped" (dientes y encías), "un agente" (placa) y "un ambiente" (la presencia de saliva y alimentos).

En pacientes conscientes:

- Vaso con agua tibia.
- Cepillo de dientes, suficientemente pequeño para llegar a los dientes situados en laparte más profunda de la boca.
- Pasta dental, de preferencia que tenga flúor.
- Escupidera.



En pacientes inconscientes:

- Riñonera, baja lengua, pinza.
- Jeringa para enjuagar la boca, vaso con aguabicarbonatada.
- Vaselina líquida.
- Hisopos bucales.

Si el paciente se realiza la higiene primero se hará:

- Lavado de las manos.
- Higiene de la boca.
- Higiene de ojos.
- Higiene de la cara.
- Higiene de cuello.

Arreglo del cabello. En paciente imposibilitado:

- Higiene de la boca.
- Higiene de los ojos.
- Higiene de la cara.
- Higiene del cuello.
- Higiene de los antebrazos.
- Higiene de las manos.
- Higiene de axilas arreglo del cabello.

Procedimiento

- Lavarse las manos a chorro de agua.
- Vestir adecuadamente el equipo de protección personal según requerimiento.
- Preparar el equipo y llevarlos a la unidad del paciente.
- Preparación psíquica del paciente.
- Ofrecer la chata u orinal.
- Colocar al paciente en posición cómoda y adecuada.
- Colocar una toalla doblada diagonalmente en la parte anterior del tórax y hombros del paciente consciente. En el caso del paciente excitado y/o inconsciente, proteger la cama con hule y toalla.
- Realizar higiene bucal colocar una riñonera debajo del mentón, proporcionarle un cepillo con pasta dental y explicarle la forma del cepillado, alcanzar luego elvaso con

agua para el enjuague.

- En caso de paciente inconsciente se realiza la limpieza con pinza y torundas de algodón usando agua bicarbonatada, limpiando encías, paladar, lengua e interior de mejillas. Secar y lubricar los labios si el caso lo requiere.
- Higiene de la cara, empezando por los ojos, utilizar una torunda de algodón o gasa para cada ojo empapado con agua tibia, empezando del ángulo interno al externo si están sanos.
- Si los ojos están infectados o con secreción la limpieza se hará del ángulo externo hacia el interno.
- Mojar y jabonar la esponja de fricción, lavar frente, mentón, nariz y oídos, continuando con el cuello del centro hacia fuera, enjuagar y secar bien.
- Retirar la toalla o colocarla debajo del miembro superior proximal, lavar brazos y manos con movimientos largos y firmes, deteniéndose en los espacios interdigitales.
- Lavar las axilas, enjuagar y secar teniendo cuidado de los pliegues, aplicar talco y desodorante.
- Limpiar y cortar las uñas. Repetir los pasos en el otro miembro (brazo).
- Humedecer el cabello, arreglarlo y peinarlo según el gusto del paciente.
- Terminar el procedimiento dejando al paciente cómodo; retirar el equipo dejando todo en su lugar.

Recomendaciones

- Evitar corrientes de aire mientras se realiza el procedimiento.
- El jabón no debe penetrar en ojos, boca, nariz. Retirar toda partícula de jabón de lapiel, mucosas, dientes y lengua. Lubricar las zonas endurecidas.
- Evitar lacerar la piel con movimientos bruscos. Comprobar la temperatura del agua.
- Tener especial cuidado con la piel de pacientes ancianos que es más delgada, seca y menos elástica que la de personas jóvenes.
- Respetar los hábitos individuales, teniendo presente que cuantos menos cambios se vea obligada una persona a realizar en sus hábitos, más fácil le será la adaptación a situaciones nuevas.
- Humedecer el cepillo antes de aplicar la pasta dental.
- Los pacientes inconscientes pueden aspirarse con el agua del lavado.
- Permitir al paciente realizar su aseo si está en condiciones.

BAÑO

a. Definición

Es el procedimiento por medio del cual se hace lalimpiezadel cuerpo o de una parte de él.

b. Clases

Puede ser de tres clases:

En cama (paciente

imposibilitado).En tina.

En ducha. Por su acción puede ser de aseo oterapéutico.

c. Objetivo

Brindar comodidad y bienestar al paciente.

Mantener la piel libre de microorganismos que causen enfermedades.

Estimular la circulación y ayudar a la eliminación de desechos orgánicos (sudor, grasa,orina, heces y otros).

Proporcionar acción terapéutica en caso indicado (bajar la temperatura o en afecciones de la piel).

d. Equipo o material

- Toalla grande, manta o sábana.
- 1 balde con agua caliente.
- 1 balde con agua fría.
- 1 lavatorio.
- Esponja de baño.
- 1 jabón, peine y corta de uñas.
- Torundas de algodón, toallitas de papel higiénico.
- Bolsita de desecho (riñonera).
- Ropa limpia de cama.
- Pijama o camisón.
- Biombo.
- Bolsa de ropa sucia.
- Equipo de lavado de boca.
- Equipo de fricción o masaje.
- Equipo de rasurado.
- Chata, hule.

Procedimiento

Baño de cama: Es el que se realiza al paciente imposibilitado.

Informar al paciente sobre el procedimiento a realizar verificando signos vitales.

Preparar el equipo y trasladarlo a launidad del paciente.

Cerrar puertas, ventanas y colocar

elbiombo.Ofrecer urinal o chata al paciente.

Llevar al paciente al borde de la cama donde la enfermerarealiza el procedimiento.

Realizar el lavado de boca o que la realice el paciente conpasta dental, bicarbonato.

Verificar la temperatura del agua (43.3oC a 46.1oC) con el dorso de la mano o con el codoy vaciar en el lavador.

Retirar las cubiertas de cama cubriendo al paciente con la toalla y manta. Quitar por debajo de la toalla el pijama y echarlo a la ropa de bolsa sucia.

Poner algodón en las orejas para evitar queentre el agua en elconducto auditivo externo.

Limpiar los ojos con torunda de algodón mojado en agua del ángulo interno del ojo hacia fuera (en sanos) y del ángulo externo al interior en caso de secreciones,cambiando en cada movimiento la torundapor una limpia.

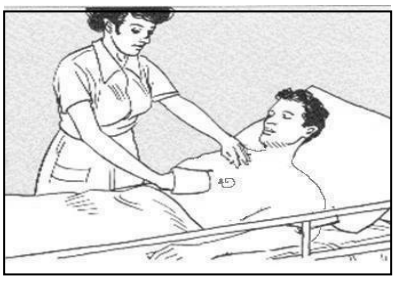
Envolver la esponjita de baño en la mano haciendo pliegues que formen acolchado en la palma de la mano, mojar, jabonar y escurrir, pasando por la frente con movimientos circulares, seguir con mejillas, nariz y mentón enjuagar y secar.

Continuar con orejas y cuello, secar bien sobre todo en el pliegue detrás de la oreja.

Poner la toalla chica debajo de un miembro superior y lavar brazo y antebrazo con movimientos circulares y firmes.

Continuar lavando la axila para finalmente lavar la mano, la que se introduce dentro del lavador. Incidir en el lavado de pliegues interdigitales y uñas, enjuagar, secar y cubrir con la toalla.

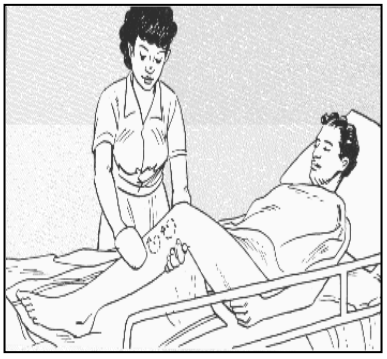
Continuar con el tórax, mamas y abdomen, enjuagar, secary cubrir.



Seguir colocando la toalla chica debajo de un miembro inferior, lavar con movimientos rotatorios, muslo y piernas, flexionar la pierna y colocar el pie dentro del lavatorio, lavar bien sobre todo espacios interdigitales, zona dorsal del pie y uñas. Enjuagar, secar y cubrir.

Realizar el mismo procedimiento con el otro miembro inferior, enjuagar, secar y cubrir.

Realizar el mismo procedimiento con el otro miembroinferior, enjuagar, secar y cubrir.

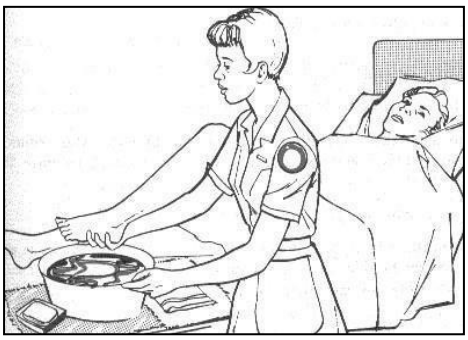


Hacer fricción y masaje colocando crema humectante. Efectuar aseo perineal agregando hule a la cama.

Colocar pijama, hacer corte de uñas y peinar al paciente. Hacer tendido de cama, dejar cómodo al paciente.

Retirar el equipo para su limpieza y preparación.

Precauciones



Evitar corrientes de aire durante el tratamiento para evitar complicaciones.Comprobar la temperatura del agua antes de realizar el procedimiento.

Descubrir sólo la zona a lavar.

Tener ropa de cama y de paciente limpia para su cambio.

Secar bien las zonas que presenten pliegues o arrugas, ejemplo zonas interdigitales,

plieguesde los codos, detrás de la oreja, pliegue umbilical y región genial.

Recomendaciones

Los movimientos de limpieza deben ser rotatorios para remover el sucio y activar la circulación.

Cuando el paciente está muy sucio se debe volver a bañar al día siguiente para completar suaseo.

El agua se cambiará cuantas veces sea necesario.

Se debe lubricar las zonas que presenten sequedad.

No debe usarse el alcohol puro porque reseca la piel sobre todo en niños y ancianos.

ACTIVIDADES

a. **El alumno(a) reforzara su aprendizaje con la revisión de videos, bibliografía.**

b. **Investigar sobre las consideraciones a tener presente en el baño de un ancianoyun niño.**

c. **Buscará oportunidades de aplicar la práctica con un integrante de sufamilia.Se autoevaluará en la aplicación del procedimiento.**

EVALUACIÓN

Se considerará formato de evaluación de práctica y rúbrica elaborada.

MONITOREO DE DESEMPEÑO

PASO/ TAREA	CUMPLE	
	SI	NO
Durante la práctica su permanencia en las sesiones.		
Cumple con los trabajos asignados.		
Participación durante el desarrollo de su práctica.		
Presenta aportes al tema desarrollado.		

BIBLIOGRAFÍA

Perry Enfermería Clínica: Técnicas Procedimientos.4°

Edición. Du Gas B. Tratado de Enfermería Práctica.

Cuarta Edición

Rodríguez M. Mariela. La prevención en salud: Posibilidad y realidad.

Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-

30032011000100015 https://www.youtube.com/watch?v=UGhc8mAHrVQ

Baño del paciente

TEMA 9

NECESIDAD DE COMODIDAD, REPOSO Y SUEÑO:TIPS DE CAMA PARA EL CUIDADO DEL PACIENTE

Mg. Bina Ramírez de Ojeda

I. COMPETENCIA

a. Ejecutar el tendido de los diferentes tipos de cama hospitalaria, considerando el protocolo sanitario con responsabilidad y ética.
b. Realizar los diferentes procedimientos relacionados a las necesidades de confort con sentido crítico y ética.

II. MARCO TEÓRICO

Las técnicas que se utilizan para los diferentes tipos de cama tienen como finalidad favorecer el bienestar general del paciente y satisfacer su necesidad de descanso y sueño. Por lo tanto, es importante mantener la cama limpia y sin arrugas, con el fin de que proporcione comodidad al paciente y le permita moverse sin sensación de agobio. Además, se contribuye a favorecer el descanso si la habitación está limpia, sin malos olores, sin ruidos ni estímulos molestos y con unas condiciones ambientales apropiadas. Desde el punto de vista psicológico, el descanso se verá favorecido con intervenciones de enfermería que disminuyan la ansiedad. Debe tenerse en cuenta las normas generales para el arreglo de la cama y conocer los procedimientos concretos que se emplean en cada situación.

LA CAMA

Sirve para acoger al paciente, por lo que debe estar en perfectas condiciones de conservación y mantenimiento, para que éste se sienta más cómodo. Debe estar provista con toda la ropa quesea necesaria. Se coloca en la habitación de manera que tenga tres de sus lados libres, para facilitar el trabajo del personal sanitario (cambios posturales, aseo del paciente, aplicación de cuidados, etc.).

Se dispone de forma que el cabecero esté en contacto con la pared, pero sin que se ubique debajo de la ventana, ni próxima a la puerta (para no impedir el acceso a la habitación o al aseo).Es importante que sean articuladas, con un plano regulable en altura y fácilmente manejables y desplazables, por lo que van provistas de ruedas con frenos.

MOBILIARIO DE LA UNIDAD DEL PACIENTE.

Importante Los accesorios de la cama son:

- Colchón cubierto con una funda de material elástico, transpirable al vapor, impermeableal agua, hipo alérgico e ignífugo.
- Almohada con funda.
- Barandillas laterales.
- Manivela para regular la altura y articular la cama.
- Gradilla de uno o dos peldaños
- En función de su finalidad, algunas camas pueden tener los siguientes accesorios:
- Sistema electrónico para la regulación de la altura.
- Control remoto para colocar la cama en diferentes posiciones.
- En determinadas situaciones se necesitarán otros accesorios como: triángulo, barras de tracción, pesas, poleas, etc. Tomas de oxígeno y vacío, soporte de suero, mesa para comer, sillón de descanso para el paciente y silla para las visitas

RECOMENDACIONES

La ropa de la cama se cambiará por la mañana, tras el baño o aseo del paciente, y además siempre que se manche o se moje.

Antes de iniciar la técnica de arreglo de la cama, hay que tener preparado todo el material necesario.

En el caso de que se preparen varios equipos para rehacer más de una cama, se empleará un carro de ropa limpia, con todos los equipos necesarios, y otro con una bolsa de material doble para la ropa sucia, en la que se deposita la ropa de cama retirada de cada paciente

Para evitar que estos carros sirvan de vehículo de transmisión de microorganismos deun paciente a otro, se dejarán en el pasillo, a la puerta de las habitaciones.

Se ha de realizar el lavado higiénico de las manos antes y después de llevar a cabo el procedimiento.

Utilizar los métodos de bioseguridad para la ejecución del procedimiento: mandilón, mascarilla y guantes

Se explica el procedimiento al paciente y se pide su colaboración. Cuando no esté

contraindicado, se coloca la cama en posición horizontal.

El forro de colchón, las cubiertas inferiores no deben tener arrugas, ya que pueden producirmolestias y favorecer la aparición de irritaciones y úlceras por roce o presión.

La sábana superior, la frazada y la colcha deben cubrir al paciente hasta los hombros.Todas en conjunto se introducen debajo del colchón a la altura de los pies y finalmentese hacen las esquinas.

La ropa de cama sucia no debe entrar en contacto con el uniforme del personal. Se depositará directamente en la bolsa que está dentro de la habitación o en el carroque está en la puerta, pero nunca se dejará en el suelo o sobre otra cama o silla que hubiera en la habitación.

La ropa de cama retirada no debe agitarse en el aire para evitar la dispersión de microorganismos.

El arreglo de la cama debe hacerse con rapidez y precisión, pero evitando los movimientos bruscos cuando el paciente se encuentre en ella.

Se usa un biombo o se corre la cortina, para proteger la intimidad del paciente, cuando sea necesario.

TENDIDO DE CAMA

Es el procedimiento que se realiza para armar la cama hospitalaria, en diferentes situaciones.

Objetivos

- ✓ Fomentar hábitos higiénicos en el paciente.
- ✓ Crear un ambiente limpio.
- ✓ Permitir la comodidad física.
- ✓ Disminuir la contaminación hospitalaria.
- ✓ Ofrecer seguridad desde el punto de vista bacteriológico.

Los cuatros formas básicas para presentar la cama en la unidad del paciente son:

Valoración

- ❖ Examinar la necesidad y si el estado del usuario permite que se le cambie laropa de cama.
- ❖ Verificar la unidad del paciente para determinar la ropa disponible.
- ❖ Examinar la capacidad del enfermo para salir de la cama, durante el cambio dela ropa de cama y tomar cualquier precaución especial en el movimiento.

Planeación

- ❖ Proporcionar un ambiente limpio y cómodo para que el usuario duerma, descanse y se recupere.
- ❖ Eliminar elementos irritantes de la piel. Evitar el ejercicio del usuario al arreglar la cama mientras este ocupada (no mover al usuario más de lo necesario).
- ❖ Fomentar el bienestar del paciente proporcionando una cama limpia, bien arreglada y cómoda.
- ❖ Disponer de manera apropiada la ropa sucia y evitar la contaminación cruzada.
- ❖ Aplicar una correcta mecánica corporal para evitar lesiones del personal durante el procedimiento

Ejecución

- ❖ Arreglo de una cama abierta.
- ❖ Arreglo de una cama cerrada.
- ❖ Arreglo de una cama ocupada.
- ❖ Arreglo de una cama anestésica

Evaluación

- ❖ El usuario está descansando después del procedimiento del arreglo de la

cama.

- La cama permanece limpia, seca, libre de arrugas u otros irritantes cutáneos ya temperatura cómoda.
- El personal no experimenta malestar físico por el procedimiento

Medidas de seguridad

- Lavarse las manos antes y después de realizado el procedimiento.
- Utilizar equipo de bioseguridad: guantes, mascarilla y mandilón
- Llevar el equipo necesario a la unidad del paciente

- Cumplir con las reglas de asepsia al retirar y depositar la ropa de camadonde corresponde.

TENDIDOS DE CAMA

- **Equipo Necesario:**
  - Dos sabanas adultas.
  - Una funda de colchón
  - Un hule clínico (opcional).
  - Una sábana clínica para solera.
  - Un cobertor (opcional).
  - Una colcha.
  - Una o dos fundas.
  - Un Contenedor de ropa sucia
  - Equipo de bioseguridad

- **Cama abierta**

Es aquella que esta designada a un paciente que va a ingresar aldepartamento o área hospitalaria.

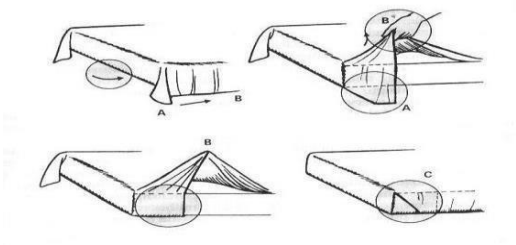
Procedimiento

Previa higiene de manos colocarse, el equipo de bioseguridad Retirar la mesita de comer

Desprender los extremos laterales de la ropa de cama (colcha, frazada ysábanas) doblarlas en cuatro y colocarlas en orden sobre el respaldo de la silla,así como la almohada

Iniciar con la sábana inferior colocándola al medio y luego deslizar los otros extremos, introduciendo los bordes por debajo del colchón. Si está sola terminarpor un lado y luego continuar con el otro

Hacer el doblado en triángulo de cada una de las esquinas de la sábana inferior



Terminar colocando las demás cubiertas y la almohada

Dejar todo en orden

- **Cama cerrada**

Es el procedimiento utilizado para armar una cama hospitalaria, que se encuentra en espera del ingreso de un paciente.

Procedimiento:

Colocar sobre la silla la ropa y acomodarla en orden inverso al que se va a usar, previa colocación de la almohada.

Colocar una sábana a partir del punto medio superior del colchón y fijarla en la esquina superior, deslizarla y fijarla en el extremo inferior del colchón.

Poner el hule clínico sobre el tercio medio del colchón y sobre este la solera, introduciendo los bordes por debajo del colchón, terminar con la sábana, cobertor y colcha

Pasar al lado contrario de la cama y repetir los pasos anteriores para fijar la ropa

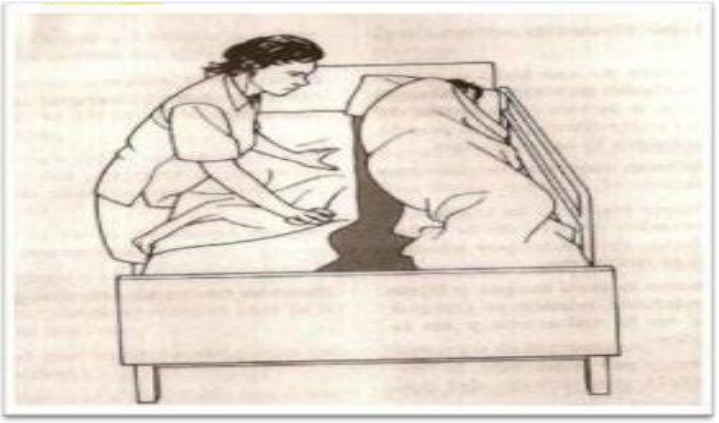
Vestir la almohada y colocarla en la cabecera, procurando cubrirla con la parte superior de la colcha.

Introducir los extremos laterales sobrantes de la ropa por debajo del colchón.

- **Cama ocupada**

Procedimiento utilizado, cuando **la cama está ocupada por un paciente** y en lacual hay que cambiar la ropa. El procedimiento a seguir será distinto, dependiendo del grado de colaboración del paciente.
Si puede colaborar, será suficiente una sola persona, que indicará al paciente dequé forma debe colocarse para facilitar la realización de la técnica. Si no puede colaborar, es aconsejable que intervengan dos personas, para que el arreglo dela cama se haga de forma más cómoda y sin riesgos para el paciente (como el de la caída al suelo). Al realizar las movilizaciones del paciente dentro de la cama, el personal debe prevenir riesgos, como la caída accidental del paciente de la cama, provocarle lesiones en la piel con relojes o pulseras el personal (quepreviamente debieron ser retirados y que pueden ser un reservorio de microorganismos).

Dependiendo de la complejidad del paciente y si éste tuviera sueros, drenajes u otros sistemas terapéuticos, normalmente el procedimiento lo realiza la enfermera y el personal técnico, para evitar desconexiones accidentales, extracción de tubos o catéteres, reflujos del drenaje o de la bolsa de diuresis, etc.



Procedimiento:

Se requiere de la ayuda de otra persona, salvo que el paciente colabore

Colocar el equipo de cama en orden inverso al que se va a usar, sobre la silla de la unidad clínica que se encuentra al pie de la cama, previa colocación de la almohada.

Colocar al paciente en decúbito lateral

Aflojar toda la ropa de cama por el lado contrario al que se encuentra la mesa de noche.

Retirar pieza por pieza, doblando y colocando sobre el respaldo de la silla, si se van a cambiar por piezas limpias.

Realizar aseo de cama Colocar la sábana a partir de la parte media superior del colchón y deslizarla hacia el nivel del extremo inferior de esté, seguir con el hule, solera y demás cubiertas introduciendo los extremos

Pasar al lado contrario de la cama, colocando al paciente en sentido inverso. Deslizar la ropa de cama enrollada y llevar a cabo los pasos anteriores utilizados para fijar la ropa.

Completar colocando las cubiertas superiores Vestir la almohada y colocársela al paciente

- **Cama anestésica**

Es el procedimiento que se realiza para preparar la cama, en la que se **recibirá aun paciente que ha sido intervenido quirúrgicamente** o sometido a un tratamiento especial.

Procedimiento:

Realizar lavado de manos. Antes y después del procedimiento Colocarse barreras de protección: guantes, mascarilla y mandilón
Realizar el mismo procedimiento como para una cama cerrada, sin introducir las cubiertas
El personal efectúa el doblez de aproximadamente 20 cm de las cubiertas superiores e inferiores, hacia el centro de la cama y luego se continua con el doblez doble de los extremos laterales, como un rollo que se encuentra al medio de la cama, colocando la almohada encima de él en sentido vertical
Retira el equipo utilizado y deja el ambiente limpio y orden

III. ACTIVIDADES

Después de haber revisado la bibliografía recomendada realice con los recursos disponibles la demostración de los 4 tipos de tendidos de cama hospitalaria.

IV. EVALUACIÓN

Se considerará formato de evaluación de práctica y rúbrica elaborada.

V. MONITOREO DE DESEMPEÑO

PASO/ TAREA	CUMPLE	
	SI	NO
Identifica correctamente los diferentes tipos de camas hospitalarias.		
Enumera y realiza secuencialmente los pasos en los diferentes tendidos de cama hospitalaria.		
Muestra motivación y creatividad		

VI. BIBLIOGRAFÍA

- Reyes, R. Guía de enfermería (2016). Tipos de cama hospitalaria. Disponible en:www.guiadeenfermeria.org/2016/04/tendido-de-cama.html
- https://fundamentoscnts.blogspot.com/2017/03/tendidos-de-cama.htm

TEMA 10

SEGURIDAD Y RECRACIÓN DEL PACIENTE

Mg. Fresia Manrique Tovar

I. COMPETENCIA

a) Identificar las medidas e insumos necesarios para garantizar la seguridad delpaciente, conpensamiento crítico.

II. MARCO TEÓRICO

1. ¿QUÉ PODEMOS HACER PARA EVITAR ESTOS SOBREESFUERZOS? "EVALUAR EL TRABAJO":

- Compruebe el peso y talla del paciente
- Determine la técnica óptima para la movilización del paciente
- Analice que el recorrido esté libre de obstáculos.
- Siempre que tenga que movilizar a un paciente, verifique si se pueden utilizar medios mecánicos de elevación y transporte (grúas, silla de ruedas, camillas, etc.)
- Todo el personal sanitario deberá utilizar siempre guantes (estériles o no) y las mascarillas de forma rutinaria y todas las medidas de protección adecuadas para prevenir el contacto de piel y mucosas con sangre y/o fluidos corporales de cualquier paciente.
- Cuando cualquier profesional que pueda tener contacto con pacientes, tenga alguna posible erosión o herida, ésta deberá ser convenientemente protegida para evitar cualquier posible contacto.
- Acogerse a campañas de inmunización establecidas para el personal sometido a riesgo.

Todo procedimiento termina con *"dejar al paciente cómodo, ordenar y lavarse las manos"*

2. MEDIDAS DE SEGURIDAD PARA LA PROTECCION DEL PACIENTE, ACTUACION DE ENFERMERIA EN LA PREVENCION DE CAIDAS

2.1. Definición

Conjunto de actividades que planifica la enfermera para pacientes con riesgo de lesiones porcaídas.

2.2. Objetivos

1. Prevenir las caídas del paciente hospitalizado
2. Establecer precauciones en pacientes con riesgo de lesión por caídas
3. Educar al paciente y la familia en las medidas de prevención de caídas.

2.3. Pacientes de riesgo

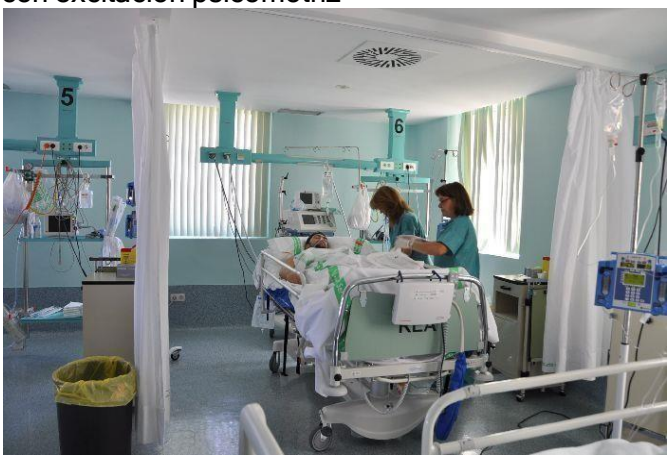
Se considera anciano de alto riesgo de caídas a las personas mayores de 75 años, o de 70-74años con uno o más de los siguientes factores:

1. Alteración cognitiva

2. Alteración del equilibrio

3. Alteración de la marcha
4. Debilidad muscular
5. Uso de medicamentos psicótropos o cardiológicos

6. Uso de 4 o más medicamentos.
7. Pacientes desorientados
8. Pacientes con excitación psicomotriz



2.4. Equipo

- Cama
- Barandas.
- Andadores, muletas, bastones, etc.

Elementos adaptados para la movilidad

Material

- Sujeciones mecánicas.
- Registros de enfermería.

2.5. Procedimiento

- Preservar la intimidad del paciente.
- Informar al paciente.
- Solicitar la colaboración del paciente y familia.
- Valorar el riesgo de caída (a través de la escala de Downton): si el paciente utiliza correctamente los dispositivos de ayuda, si se han colocado barreras para prevenir las caídas, la altura de la cama si es adecuada, si el paciente está inquieto o agitado, si toma medicamentos que aumenten el riesgo de caídas.

- Bloquear las ruedas de las sillas, camas u otros dispositivos.
- Colocar los objetos al alcance del paciente sin que tenga que hacer esfuerzo.
- Mantener las barandas de la cama en posición elevada cuando el cuidador no esté presente, si procede.
- Educar acerca de la utilización de calzado adecuado y correctamente ajustado, durante su estancia hospitalaria.
- Identificar las características del ambiente (iluminación, tipo de suelo, etc.) que puedan aumentar las posibilidades de caídas.
- Retirar de la habitación del paciente el material que pueda provocar caídas.
- Vigilar la deambulación del paciente y ayudar en la misma al paciente inestable.
- Proporcionar dispositivos de ayuda a la deambulación para conseguir una movilidad

estable (bastón, muletas, andador, etc.)

- Comprobar que la cama esté frenada.
- Instruir al paciente para que pida ayuda al moverse. Utilizar las barandillas de la cama. Mantener medidas de contención, si precisa, como última medida.
- Mantener una iluminación adecuada para aumentar la visibilidad.
- Enseñar al paciente a incorporarse de forma progresiva y lenta de la cama.
- Evaluar de forma continua la seguridad del paciente.
- Registrar las medidas tomadas en la documentación de enfermería.

2.6. EN CASO DE CAÍDA

- Trasladar al paciente a la cama.
- Solicitar ayuda si es necesario. - Tranquilizar al paciente y familia tras la caída.
- Valorar la existencia de lesiones, y en caso de existir avisar al médico.
- Vigilar el nivel de conciencia.
- Administrar los cuidados necesarios en relación con la lesión provocada.
- Detectar la causa de la caída.
- Planificar los cuidados necesarios para evitar otra caída.
- Registrar en la documentación de enfermería: hora, circunstancias de la caída y cuidados llevados a cabo. En la prevención de caídas es fundamental la identificación del paciente de riesgo, así como conocer las causas que las provocan.

3. MEDIDAS DE CONTENCIÓN AL PACIENTE

3.1. Definición

Conjunto de acciones que se llevan a cabo con el fin de inmovilizar a un paciente en la cama cuando el resto de las medidas tomadas no hayan sidoefectivas.

3.2. Objetivo

Evitar que el paciente se lesione así mismo o a los demás.

3.3. Equipo

- Tijeras.
- Cama articulada.

3.4. Material

- Elementos de sujeción mecánica: muñequeras, tobilleras, fajas de contención, etc.
- Registros de enfermería

3.5. Procedimiento

Determinar el tipo de contención que se va a utilizar en función de las necesidades de cada paciente. Si esta va a ser completa o parcial. Antes deelegir la medida se debe valorar los siguientes aspectos:

1. Limitar el movimiento del paciente lo menos posible.
2. No interferir el tratamiento o el problema de salud del paciente.
3. Facilidad para el cambio, las sujeciones deben cambiarse a menudo y estar

siemprelimpias.

4. Que resulte segura para el paciente
5. Lo menos llamativa posible.
6. Realizar lavado de manos.
7. Trasladar el material a la habitación del paciente.
8. Preservar la intimidad del paciente.
9. Informar al paciente y familia de la necesidad de la contención y de las conductasnecesarias para el cese de la intervención.
10. Asignar el personal suficiente para ayudar en la aplicación segura de losdispositivos decontención.
11. Colocar al paciente en la posición anatómica correcta.
12. Retirar anillos, pulseras, collares y proteger las prominencias óseas.
13. Realizar la contención del paciente de forma rápida, coordinada y eficaz
14. Revisar el entorno cercano al paciente retirando aquellos objetos que puedan serpeligrosos.
15. Evaluar al menos cada 8 horas la necesidad del paciente de continuar con lasujeción.
16. Retirar gradualmente las sujeciones a medida que aumente el autocontrol.
17. Valorar la respuesta del paciente al retirar la sujeción.
18. Retirar material.
19. Realizar lavado de manos.
20. Registrar en la documentación de enfermería: el fundamento de la aplicación de la intervención, tipo de sujeciones utilizadas, respuesta del paciente a la contención, signos y síntomas de posibles complicaciones y las razones del cese si procede.

3.6. Observaciones

- Revisión frecuente de las sujeciones.
- Este procedimiento se debe llevar a cabo cuando el resto de medidas de protecciónhayan fracasado.

3.7. Posibles complicaciones

1. Úlceras por presión.
2. Isquemia periférica.
3. Com presión nervios a.
4. Luxaciones, fracturas.
5. Tromboembolismos.
6. Broncoaspiración.
7. Insuf iciencia respirat oria.

3.8. Indicaciones

- Estados de agitación psicomotriz.
- Estados confusionales.
- Estados de auto/hetero agresividad.
- Desde el punto de vista ético la contención mecánica, se ve como una a agresión delpaciente; pero ante la necesidad hay que conversar con el paciente y familia

III. ACTIVIDADES

a. Después de haber revisado la bibliografía recomendada realice un mapa sinóptico deltema tratado.

_____

_____

_____

b) Realice la demostración de medidas de seguridad a tomar con lospacientes

IV. EVALUACIÓN

Se considerará formato de evaluación de práctica y rúbrica elaborada.

V. MONITOREO DE DESEMPEÑO

PASO/ TAREA	CUMPLE	
	SI	NO
Identifica la definición de seguridad del paciente.		
Enumera las medidas de seguridad del paciente que existen.		
Identifica correctamente las medidas de contención de los pacientes.		
Muestra motivación y creatividad		

VI. BIBLIOGRAFÍA

- MINSA. Resolución Ministerial Nº 163 -2020-MINSA. Directivas de rondas de seguridad delpaciente para la gestión de riesgo en la atención de salud. Disponible en:https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/574913/RM_163-2020-MINSA_Y_ANEXOS.PDF
- MINSA. Resolución Directoral Nº 053-2020 MINSA. Plan Anual de seguridad del paciente2020. Disponible en: http://www.hep.gob.pe/aplication/webroot/imgs/catalogo/pdf/1587162211RD%20053%202020%20PLAN%20DE%20SEGURIDAD%20DEL%20PACIENTE.pdf.

TEMA 11

CUIDADO POST MORTEN

Mg. Fabiola Chanduvi Ticona

I. COMPETENCIA

a) Describe los cuidados a seguir durante el procedimiento Post Morten, con claridad.

II. MARCO TEÓRICO

Desde un punto de vista genérico, la muerte es la finalización de las actividades vitales de un organismo. En el caso particular de la realidad humana, la definición vigente desde un punto de vista médico y legal alude a la cesación de toda actividad en el encéfalo, demandándose además que esta finalización sea completamente irreversible.

La muerte es el término de la vida a causa de la imposibilidad orgánica de sostener el proceso homeostático. Se trata del final del organismo vivo que se había creado a partir de un nacimiento.

Más allá de la biología, existe una concepción social y religiosa sobre la muerte. Se suele considerar a la muerte como la separación del cuerpo y el alma. Por lo tanto, la muerte implicaría el final de la vida física pero no de la existencia. La creencia en la reencarnación también es bastante común.

El sentido de la muerte se encuentra en la vida misma, en cuanto sabemos que vamos a morir, dirigimos nuestros esfuerzos hacia la vida intensamente vivida, el morir nos enseña a amar, querer, recordar. La muerte postergada hacia la eternidad no puede sino constituir el más absurdo de los absurdos. En cuanto ésta dejaría de ser fuente de vida, vivir en el más acá, requiere la certeza de la finitud. La muerte es un espejo en el cual contemplamos nuestra vida entera, la historia personal se perfila hacia un proyecto común de todos los hombres, de los que están y los que vendrán, el dialogo del espíritu con el corazón, resuelven su acuerdo de vida en un instante, el corazón ofrece energía para la acción, y el espíritu ofrece un viaje hacia el crecimiento. Entender esto, significa entender que la vida misma no es más que un periodo pequeño de nuestra existencia.

La vida cobra sentido en cuanto se revela como un tránsito, morir es cambiar de estado y el bien morir puede ser entendido en términos de desprenderse finalmente de todo lo material que nos confina a este mundo para facilitarnos el paso a la eternidad. El bien morir es estar dispuesto con humildad a despedirse de la vida, entregar la existencia que nos fue dada, sin rencores ni arrepentimientos, sin culpa y sin dolor.

1. PROCESO DEL CUIDADO EN LA ETAPA DE MUERTE

Aquí cuando la familia se entera de que su ser querido está a punto de fallecer entra en una etapa de depresión, pero esta no tiene que ser mostrada en frente del paciente esto es debido

a que el paciente ve al familiar con depresión podría morir muy triste y deprimido.

a. Apoyo que se Brinda a Familiares en Duelo

Apoyo para el duelo es ayuda para lidiar con la pérdida de un ser querido. Reponerse de una pérdida es un proceso psicológico por el cual deben pasar el personal que brinda cuidado, los miembros de familia y los amigos cuando alguien a quienes cuidan o un ser querido mueren. Es necesario sentir el dolor de la pérdida para poder sentirse completo nuevamente.

Reponerse de una pérdida no tiene horario o calendario y la gente experimenta este proceso de diferentes maneras. Hay personas que sienten rabia, soledad, culpabilidad, confusión y medio después de que un ser querido se muere. Ayuda poder hablar acerca de la persona que ha muerto.

Los miembros del personal de cuidado en la etapa terminal y los voluntarios ofrecen apoyo profesional y afectivo para ayudar a los miembros de la familia a sanar emocionalmente y a reajustarse. El cuidado en la etapa terminal respeta el proceso natural de la muerte y proporciona a los pacientes y a los miembros de familia una oportunidad de crecer espiritualmente durante esta fase final de la vida.

b. Etapas Principales del Duelo

- Fase de negación: negarse a sí mismo o al entorno que ha ocurrido la pérdida.
- Fase de enfado, indiferencia o ira: estado de descontento por no poder evitar la pérdida,se busca razones causales y culpabilidad.
- Fase de negociación: negociar consigo mismo o con el entorno entiendo los pro y contras de la pérdida. Se intenta buscar una solución a la pérdida a pesar de conocer laimposibilidad que suceda.
- Fase de dolor emocional: se experimenta tristeza por la pérdida, puede suceder episodios depresivos que deben ceder con el paso del tiempo.
- Fase de aceptación: se asume que la pérdida es inevitable, supone un cambio de visiónde la situación sin la pérdida; siempre teniendo en cuenta que no es lo mismo aceptar que olvidar.

Suele durar entre 02 y 12 semanas, aunque puede persistir hasta los 06 meses o más cuandose trata de la pérdida de un ser querido, muy allegado (madre, hijo, cónyuge). Provocando problemas en el desenvolvimiento de su vida rutinaria. Es de vital importancia acudir por ayuda profesional ya que la persona afectada puede sufrir de depresión crónica lo que implicaría un duelo patológico. No siempre se cumplen todas las etapas ni necesariamente ocurre en el orden indicado.

2. DEFINICIÓN

El cuidado Post Mortem de enfermería es la asistencia después de la muerte o procedimiento post mortem. Son los cuidados que se realizan después que el médico certifica la muerte del paciente. Cualquiera que sea el procedimiento que se utilice para atender el cuerpo del paciente después de su muerte, debe llevarse a cabo con dignidad y respeto.

3. **OBJETIVOS**
   - Brindar los cuidados de enfermería post mortem.
   - Preparar el cadáver para su inhumación o cremación.
   - Proporcionar la preparación adecuada del cuerpo de un paciente fallecido para queseavisto por los familiares y para su transporte a la casa, funeraria o a la morgue con un mínimo de exposición del personal a las secreciones y excreciones del cuerpo.
   - Participar en la elaboración del duelo de los familiares en el menor tiempo ydolor posible.
   - Confortar y apoyar emocionalmente a los familiares.
   - Determinar la entrega de las pertenencias del fallecido a sus familiares.
4. **EQUIPO**
   - **Equipo de barrera:**
     - ✓ Guantes descartables.
     - ✓ Mandilón.
     - ✓ Mascarilla.
     - ✓ Gorro.
   - **Artículos de baño:**
     - ✓ Lavatorio.
     - ✓ Agua tibia.
     - ✓ Toalla.
     - ✓ Jabón.
   - Venda elástica y tela**.**
   - Tela adhesiva.
   - Pinza.
   - Torundas de algodón.
   - Gasa.
   - Ropa para vestir el cuerpo del cadáver.
   - Bolsa para desecho.
   - Etiquetas de identificación.
   - Bolsas para pertenencias del cadáver.
   - Bolsas para material biocontaminado.

5. **PROCEDIMIENTO**
   - Aislar el cuerpo: Evita la exposición del cuerpo a otros pacientes, visitantes y previene una visión accidental por los familiares antes de que esté preparado.
   - Colocar en forma horizontal, cerrar los ojos del cadáver ejerciendo presión con la puntade los dedos durante breve tiempo: Proporciona un aspecto natural fija los parpados enuna posición cerrada natural antes de que comience el rigor mortis.
   - Sostener la mandíbula: otorga a la cara un aspecto natural y la boca cerradaantes de que inicie el rigor mortis.

- Preparar el equipo y trasladar al sitio donde se va a mortajar el cadáver: promueve laeficiencia.
- Colocarse los guantes: protege de las secreciones.
- Desconectar tubos, sondas y otros aditamentos: proporciona un aspecto másnatural ylimpio.
- Limpiar el cuerpo si es necesario: mejorar el aspecto del cuerpo y disminuir el olorde lahabitación.
- Limpiar las heridas y colocar apósitos limpios: disminuye el olor propio del cadáver.
- Formar tapones de algodón e introducirlas en todas las cavidades naturales utilizando una pinza (opcional): captura las secreciones, excreciones que escapan de los esfínteresabiertos.
- Peinar, rasurar y maquillar si es necesario: mejorar el aspecto del cuerpo.
- Escribir en la tarjeta de identificación adhesiva con los siguientes datos: Nombre completo, nombre de cedula o registro, fecha y hora de fallecimiento, Iniciales de la persona que amortajo el cuerpo. Asegura la identificación del cuerpo antes de trasladarlo a la funeraria o morgue.
- Colocar al paciente en la bolsa o en una sábana esquinada y poner el cuerpo a la mitad introducir una de las esquinas laterales haciendo pliegues ordenados para dar forma, sujétalos con tela adhesiva: permite que la familia observe al paciente y cubra los tubos,vendajes remanentes.
- Pasarlo a la camilla trasladarlo al mortuorio: facilita el traslado, asegura la identificación.
- Ordena el expediente, recaba la firma de egreso y entregarlo a trabajo medico social oadmisión según el caso: complementa los requisitos legales.
- Dar cuidados posteriores al equipo y material: previene la transferencia de microorganismos.
- Efectúa las anotaciones correspondientes: confirma la realización de la técnica y permiteel seguimiento.

6. PRECAUCIONES

- Solicitar al médico el certificado de defunción.
- Retirar los equipos médicos que se encuentran colocados en el paciente.
- Limpiar y preparar al cadáver para que lo vean los familiares.
- Determinar lo que se debe hacer con las pertenencias del fallecido.
- Tener en cuenta las medidas y los cuidados necesarios en caso de que elfallecido haya sufrido una enfermedad transmisible.
- Practicar medidas de bioseguridad cuidadosamente en pacientes contaminados(pacientes con hepatitis y VIH).
- Proporcionar camilla y/o transportes seguros para evitar accidentes.
- Coordinar el traslado a la casa, morgue o funeraria.

III. ACTIVIDADES

a) Mencione e identifique los cuidados de Enfermería en cada etapa de duelo

_____

_____

_____

b) Especifique detalladamente los pasos a seguir durante la realización delCuidado Post Morten

_____

_____

_____

IV. EVALUACIÓN

Se considerará formato de evaluación de práctica y rúbrica elaborada.

V. MONITOREO DE DESEMPEÑO

PASO/ TAREA	CUMPLE	
	SI	NO
Reconoce de forma ordenada los pasos a seguir.		
Identifica diagnósticos de enfermería		
Propone intervenciones de enfermería factible y viable.		
Muestra motivación y creatividad.		

VI. BIBLIOGRAFÍA

- Dugas Beverly. Tratado de Enfermería Practica. 4ta edición, México: MC.GRAW.HILL; 2008
- Perry-Potter. Técnicas y Procedimientos de Enfermería. 7ma. Ed. México: Elsevier;2011

TEMA 12

DESINFECCIÓN CONCURRENTE Y TERMINAL

Mg. Fernando Sánchez Soto

I. COMPETENCIA

a. Identifica acciones específicas para realizar la desinfección concurrente y terminal, conresponsabilidad.
b. Reafirmar los conocimientos y aptitudes necesarias para realizar la desinfecciónconcurrente y terminal, con pensamiento crítico.

II. MARCO TEÓRICO

1. DEFINICIONES

DESINFECCIÓN: Es la eliminación de agentes infecciosos que se encuentran en objetos inanimados, por medio de la aplicación directa de agentes químicos, por ejemplo, desinfectantes.

DESINFECCIÓN CONCURRENTE: Es aquella que se realiza durante la hospitalización del paciente, mediante la aplicación de agentes desinfectantes lo más pronto posible después de la expulsión de las materias infecciosas del cuerpo de una persona o después que algunos objetos han sido contaminados. La desinfección concurrente siempre debe ir precedida de la limpieza.

ÁREAS CRITICAS O ALTO RIESGO: Son los servicios donde se realizan procedimientos invasivos, donde los pacientes por su condición están más expuestos a contraer una infección, hay contacto directo y permanente con sangre u otros fluidos corporales a los cuales se aplican las normas de precaución universal.

ÁREAS SEMICRITICAS: Son los servicios donde los pacientes pueden permanecer largos periodos o bien estar de manera transitoria. Durante su estancia pueden tener contacto con elementos y mobiliario a través de la piel intacta, el contacto con sangre no es permanente, pero exigen la aplicación de las normas de bioseguridad al realizar el procedimiento.

AREAS NO CRITICAS: Son los servicios o ambientes, cuyas actividades no implican por sí mismas exposición a sangre y otros fluidos corporales.

2. OBJETIVOS

a. Evitar la diseminación de microorganismos.

b. Proporcionar al paciente un ambiente limpio.

3. EQUIPO

- Lavador.
- Cepillo.
- Limpión (paño).
- Solución desinfectante. Bolsa de ropa sucia.
- Papel periódico.

4. RECOMENDACIONES

- Cambie el agua con solución, las veces que sea necesario.
- Asegúrese que el paciente se encuentre cómodo fuera de la cama.

5. PROCEDIMIENTO

ACCIONES	PRINCIPIOS
1. Separe los muebles unos de otros	Facilita la movilidad evitando esfuerzos innecesarios.
2. Lave el equipo utilizado por el paciente	La limpieza evita la proliferación de microorganismos patógenos.
3. Prepare el equipo, trasládelo al cubículo y colóquelo en la mesa de noche.	El equipo completo ahorra tiempo y energía.
4. Humedezca el paño con solución desinfectante (por ejemplo, hipoclorito de sodio al 0.1 %)	La solución desinfectante ayuda a desprender microorganismo y materias extrañas
5. Limpie la silla de arriba hacia abajo.	Si se inicia la limpieza del área más limpia, se reduce la diseminación de gérmenes.
6. Coloque la bolsa de ropa sucia en la piecera de la cama.	La piecera de la cama se considera la parte más sucia de ésta.
7. Afloje la ropa de cama, iniciando por la cabecera.	
8. Quite la funda y ponga la almohada sobre la silla.	
9. Doble las sábanas superior e inferior en forma de sobre y póngalas en la bolsa de la ropa sucia.	Evita la diseminación de microorganismos.
10. Enjabone, enjuague, seque y desinfecte el respaldo de la cama y Superficie externa del colchón, de arriba hacia abajo y de adentro hacia afuera.	Elimina la suciedad y polvo de la superficie del colchón y le facilite el trabajo de más Cerca de lo más distante.
11. Limpie lateralesde la cama, de arriba hacia abajo y adentro hacia afuera.	
12. Retire de la piecera, la bolsa de ropa sucia. Realice la limpieza de arriba hacia abajo y de adentro hacia afuera.	

13. Limpie la mesa de noche y realice la limpieza de arriba hacia abajo.	Reduce la diseminación de microorganismos.
14. Limpie el equipo y déjelo en orden.	
15. Lleve al cubículo los utensilios del paciente y déjelos en su lugar.	
16. Lávese las manos.	Evita infecciones cruzadas.

DESINFECCIÓN TERMINAL

1. DEFINICIÓN

Es la que se realiza después de desalojar al paciente de la habitación o unidad (por alta, defunción o traslado a otro servicio clínico). Esta desinfección incluye todos los elementos que están en la habitación y además la planta física.

2. OBJETIVOS

- Evitar la diseminación de microorganismos.
- Preparar la unidad en espera de nuevo ingreso.

3. EQUIPO

- Dos lavadores.
- Tres limpiones (paños).
- Solución desinfectante.
- Cepillo.
- Bolsa de papel.
- Bolsa de ropa sucia.
- Papel periódico.
- Jabón.
- Agua.

4. RECOMENDACIÓN

Cambie el agua con solución las veces que sea necesario.

ACCIONES	PRINCIPIOS
1. Prepare el equipo, trasládelo al cubículo y colóquelo en la mesa de noche del paciente.	El equipo completo ahorra tiempo y energía.
2. Separe los muebles unos de otros	Facilita la movilidad evitando esfuerzos innecesarios.
3. Lave el equipo utilizado por el paciente	La limpieza evita la proliferación de microorganismos patógenos.
4. Cubra el piso debajo de la cama y silla con papel periódico.	Para protección del piso y evitar caerse.

5. Vierta agua y solución en un lavador y sumerja el limpión.	El agua y la solución desinfectante desprenden los microorganismos y materias extrañas.
6. Limpie y enjuague la silla de arriba hacia abajo.	Si se inicia la limpieza del área más limpia, se reduce la diseminación de gérmenes.
7. Aplique la solución desinfectante (por ejemplo hipoclorito de sodio al 0.1 %) al limpión seco y desinfecte la silla.	
8. Coloque la bolsa de ropa sucia en la piecera de la cama.	La piecera de la cama se considera la parte más sucia de ésta.
9. Afloje la ropa de cama, empezando por la cabecera.	
10. Quite la funda colocándola en la ropa sucia y ponga la almohada sobre la	
11. Doble las sábanas superior e inferior en forma de sobre y póngalas en la bolsa de la ropa sucia.	Evita la diseminación de microorganismos.
12. Limpie la parte expuesta del colchón con el limpión seco, de arriba hacia abajo.	Elimina la suciedad y polvo de la superficie del colchón y le facilita el trabajo de lo más cerca del más distante.
13. Enjabone, enjuague, seque y desinfecte la mitad del respaldar de la cama y superficie, a lo largo y lateral del	Ahorra tiempo y esfuerzo, previene diseminación de
14. Trasládese al otro lado de la cama y hágalo mismo con la mitad inferior del colchón, doblándolo sobre sí mismo hacia	
15. Limpie con el cepillo la mitad expuesta de los laterales y resortes de la cama.	Los microorganismos se acumulan en los resortes.
16. Eleve la cabecera de la cama y limpie las partes inferiores y accesorias.	
17. Baje la cabecera de la cama y voltee el colchón sobre el lado limpio.	Limpiar de lo más limpio a lo más sucio, evita la contaminación.
18. Doble el colchón sobre sí mismo hacia la cabecera y proceda a limpiar la mitad del colchón, laterales y resortes de la misma	
19. Si no es posible doblar el colchón, colóquelo atravesado en la cama y córralo hacia la piecera y limpie la cama,	
20. Voltee totalmente el lado limpio del colchón hacia la cabecera y limpie la superficie expuesta del colchón, la cama,	Un objeto limpio se contamina al entrar en contacto con uno sucio.
21. Coloque correctamente el colchón en la cama.	

22. Retire de la piecera la bolsa de la ropa sucia y realice la limpieza de arriba hacia	
23. Limpie la mesa de noche siguiendo las normas, de adentro hacia afuera y de arriba hacia abajo.	Reduce la diseminación de microorganismos
24. Lave y seque la gradilla con el cepillo.	El cepillo remueve la suciedad y ayuda a su eliminación.
25. Deje el equipo limpio y en orden	Evita el deterioro del equipo y optimiza el tiempo.
26. Lávese las manos.	Evita infecciones cruzadas

III. ACTIVIDADES

a) Realice un mapa conceptual de la desinfección concurrente y terminal.

_____

_____

b) Planifique y proponga intervenciones de Enfermería para realizar de ladesinfección concurrente y terminal.

_____

_____

c) Evalué los resultados de su intervención. d. Responda las siguientes preguntas:

¿Cuáles son las diferencias entre desinfección concurrente y terminal?

_____

_____

¿Qué intervenciones de enfermería debe tener en cuenta para realizar ladesinfección concurrente y terminal?

_____

_____

d) Desarrolle los diferentes diagnósticos de enfermería que aplicaría en ladesinfección concurrente y terminal:

_____

_____

_____

IV. EVALUACIÓN

Se considerará formato de evaluación de práctica y rúbrica elaborada.

V. MONITOREO DE DESEMPEÑO

PASO/ TAREA	CUMPLE	
	SI	NO
Identifica correctamente cuando realizar una desinfección concurrente y cuando		

Realiza adecuadamente un mapa conceptual dela desinfección concurrente y terminal		
Reconoce de forma ordenada los pasos para realizar una desinfección concurrente y cuando realizar una desinfección terminal		
Identifica diagnósticos de enfermería apropiados y refiere su causalidad.		
Prioriza correctamente los diagnósticos de enfermería Mencionados.		
Propone intervenciones de enfermería factible y viable.		
Muestra motivación y creatividad.		

VI. BIBLIOGRAFÍA

- Velásquez, S. Bases conceptual de enfermería (1º ed.) Arequipa, 2015.
- Velásquez, S. La enseñanza del cuidar cuidado. Enfermeras del sur Perú. 2014.

Silva, M. El sentir de la persona hospitalizada sobre los cuidados de enfermería en unhospital público. Tacna

TEMA 13

HISTORIA CLÍNICA

Mg. Fresia Manrique Tovar

I. COMPETENCIA

a. Identifica y describir las partes de la Historia Clínica hospitalaria con juicio crítico y responsabilidad.

b. Reafirmar los conocimientos y aptitudes necesarias para el manejo correcto de la Historia clínica, utilizando pensamiento crítico.

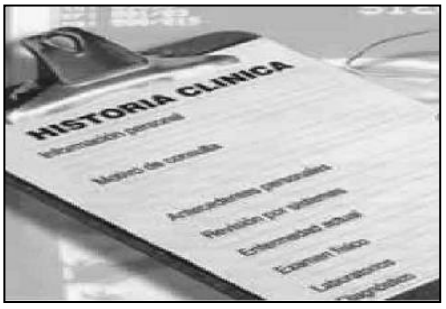
II. MARCO TEÓRICO

1. DEFINICIÓN

La historia clínica es un documento médico legal y confidencial, en el que se integran los datos necesarios y personales del paciente para formular los diagnósticos, establecer el tratamiento médico y planificar los cuidados de enfermería, contiene varios formatos. Contiene la atención de profesionales médicos y otros profesionales que intervengan en la atención del paciente.

2. OBJETIVO

- Brindar información sobre diagnóstico, tratamiento y pronóstico del paciente.
- Realizar entrevista y examen físico del paciente.
- Proporcionar datos para estudios deinvestigación.
- Sirve como informe en trámites legales.
- Estandarizar el contenido básico de la Historia Clínica para garantizar un apropiado registro de la atención del paciente.

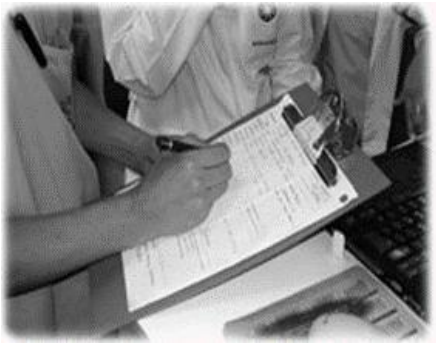


3. CLASIFICACIÓN DE HISTORÍA CLÍNICAHOSPITALARIA

- Ambulatoria
- Hospitalización
- Emergencia

Lugar de atención:

- Consultorio externo
- Emergencia
- Hospitalización
- Domicilio
- Otros (Campaña de salud)



3.1. Ambulatoria:

La Historia Clínica de consulta externa se diferencia según el nivel de atención. Las variaciones están relacionadas con el tipo de atención según el profesional que realiza el acto médico, sea de medicina general o de atención especializada. Debe constar:

A. Fecha y hora de atención.
B. Tipo de atención: recuperativo, asistencial, preventivo promocional, derehabilitación o comunitaria.
C. Anamnesis: Tiempo de enfermedad, motivo de consulta, síntomas principales, antecedentes.
D. Examen clínico: Funciones vitales, examen general y regional.
E. Los diagnósticos son: Dx motivo de consulta o daño (CIE10), dx de riesgo, dx nutricional, dx salud mental y otros. Según confirmación: Presuntivo o definitivo.
F. El plan de trabajo: Exámenes auxiliares, radiológicos, ecográfico, pruebas especiales, procedimientos especiales, interconsultas, referencia a otro establecimiento.
G. En caso de requerir referencia, se deberá usar la ficha de referencia según formato de documento técnico normativo vigente.
H. El tipo de tratamiento que se brinda: Medicamentoso, medicina alternativa, psicológico, rehabilitación u otro tratamiento.
I. El nombre, tipo y dosis de medicamentos.
J. Los procedimientos que se realiza en consulta ambulatoria deben tenerse en cuenta el código de procedimientos (CPT 99)
K. Si se trata de procedimientos especiales ambulatorios, debe realizarse y registrarse el consentimiento informado, para lo cual se utiliza el formato establecido según norma actual.
L. Seguimiento y control: Próxima cita, el nombre y apellido del médico o profesional tratante, el número de colegio profesional, sello y firma respectiva.
M. Información complementaria: Resultados de exámenes auxiliares, por atención ambulatoria, consentimiento informado, interconsultas, documentación de seguros, documentación de referencia y contra referencia, y otros.

3.2. Emergencia:

A. Toda atención de emergencia debe ser registrada en Historia Clínica y en el libro de emergencia.
B. Registro de Historia Clínica de emergencia:
C. Fecha y hora de llegada de pacientes.
D. Apellidos y nombres del paciente
E. Fecha de nacimiento y edad.
F. Sexo.
G. Dirección: Jirón, calle, avenida, número de manzana, lote, localidad, distrito yprovincia y departamento
H. Motivo de la emergencia.
I. Funciones vitales al ingreso
J. Resultados de exámenes auxiliares
K. Diagnóstico de alta
L. Tratamiento recibido.
M. Fecha y hora de salida de los pacientes
N. Destino
O. Nombre, firma y registro de identificación del personal que realizó la atención.
P. Se registrará los datos de la persona que brinda la información, en casos que elpaciente no pueda o esté imposibilitado de hacerlo.

3.3. Hospitalización:

Todo paciente que requiera ser internado u hospitalizado en un establecimiento de salud debe tener una Historia Clínica y una orden de internamiento u hospitalización, según el caso lo amerite.

La estructura de la Historia Clínica debe contener lo siguiente:

A. Datos de filiación.
B. Hoja gráfica de funciones vitales.
C. Anamnesis: Motivo de consulta, enfermedad actual, antecedentes.
D. Examen físico: General, Regional.
E. Diagnósticos: Presuntivo, definitivo.
F. Plan de trabajo Exámenes auxiliares, radiológicos, ecografía, pruebas especiales, interconsultas, procedimientos médicos, procedimientos quirúrgicos.
G. Terapéutica y seguimiento.
H. Evolución clínica.
I. Consentimiento informado, de procedimientos médicos o quirúrgicos, o departicipación en investigación, según el caso lo requiera.
J. Notas de enfermería.
K. Notas de otros profesionales.
L. Formatos complementarios.
M. Resumen de análisis de laboratorio.

4. HISTORIA CLINICA ELECTRONICA:

El contenido de la historia clínica puede confeccionarse en soporte magnético siempre que se arbitren todos los medios que aseguren la preservación de su integridad, autenticidad, inalterabilidad, perdurabilidad y recuperabilidad de los datos contenidos en la misma en tiempo y forma. A tal fin, debe adoptarse el uso de accesos restringidos con claves de identificación, medios no re escribibles de almacenamiento, control de modificación de campos o cualquier otra técnica idónea para asegurar su integridad. La reglamentación establece la documentación respaldatoria que deberá conservarse y designa a los responsables que tendrán a su cargo la guarda de la misma.

4.1. Ventajas:

- Ayuda al profesional en su práctica clínica diaria (legible, accesible en tiempo yespacio,ayudas a la prescripción farmacéutica y a la codificación, etc.)
- Facilita la ordenación y disminuye progresivamente el espacio necesario parasualmacenamiento.
- Sirve de instrumento de ayuda para la investigación y la docencia medianteel fácilacceso a datos estadísticos y fuentes bibliográficas.
- Facilita el acercamiento entre la tarea asistencial y la de gestión.
- Es más segura y facilita la confidencialidad de los datos para el paciente.

4.2. Desventajas:

- Posible resistencia a utilizar una metodología distinta que obliga a estudiarcosas nuevas.
- Es lento y engorroso cargar los datos.
- Hay que ingresar muchos datos para cada paciente.
- Hay que invertir dinero en equipamiento informático.
- Si no existe una metodología adecuada al cargar los datos, las búsquedas soninexactas.

5. FORMATOS DE LA HISTORIA CLÍNICA

a. **Hoja de ingreso**: Historia resumida del ingreso del paciente se registran los datos de filiación (nombres, apellidos, fecha de nacimiento, edad, sexo, estado civil, escolaridad, dirección), fecha y hora de ingreso, antecedentes patológicos, tratamiento, indicación de hospitalización y firma del médico tratante.
b. **Hoja Gráfica**: Se registra la fecha de ingreso, día de hospitalización, registro de temperatura,pulso, respiración, presión arterial, peso, talla, heces, orina y densidad, nombres y apellidos,número de cama y numero de historia clínica.
c. **Anamnesis**: se colocan los datos de filiación, enfermedad actual, antecedentes personales, fisiológicos o patológicos, condición socio-económica, antecedentes familiares, nombre delpersonal que recabo la

información, firma).

d. **Examen clínico**: Se detalla el examen físico general (piel, cabeza, ojos, nariz, oídos, boca, faringe, cuello, tórax, mamas, aparato respiratorio, cardiovascular, abdomen, urogenitales, rectal, columna vertebral y extremidades, linfáticos, neurológicos e impresión diagnostica y datos de identificación del paciente).

e. **Evolución:** el medico se encargará de registrar (fecha, hora, hallazgos, observaciones, indicaciones, razones de cambios de tratamiento, firma del médico).

f. **Exámenes de laboratorio:** se informa análisis de sangre, orina, heces, esputo, bilis y otros.

g. **Prescripciones médicas:** el medico prescribir el tratamiento farmacológico, identificando la fecha de su inicio y fecha de suspensión.

h. **Ordenes auxiliares:** se consideran fecha en que se es dada una orden médica, así como la fecha en que se entrega el resultado.

i. **Hoja de interconsulta:** se usa cuando se requiere la intervención de servicios especializados.

j. **Notas de enfermería:** se considera (fecha, hora, evaluación del estado psíquico y físico, necesidades de salud encontradas, tratamiento médico y de enfermería brindados, reacciones al tratamiento, cómo se le deja al paciente y firma de la persona que brinda la atención).

k. **Balance hídrico:** se registra el control de ingresos y egresos de líquidos a los organismos en un tiempo determinado (6, 12, 24 horas).

l. Epicrisis: el medico considera el resumen de la enfermedad, diagnóstico de ingreso, evolución, tratamiento, diagnostico final, indicaciones y firma del médico tratante.

m. **Sumario:** registra datos de (filiación, diagnóstico, fecha de ingreso, fecha de alta, unidad de servicios, número de cama, total de días de hospitalización, clase de alta y firma del médico tratante).

6. RECOMENDACIONES

- Toda información escrita en la Historia clínica esconfidencial.
- No debe existir borrones ni uso de corrector.
- Las historias clínicas tienen que mantener un ordeny estar en sulugar correspondiente.

7. CONSIDERACIONES

- Se debe colocar todos los exámenes con los ingresa el paciente.
- El orden de la historia clínica dependerá de la institución.
- Debe utilizar en cada registro letra clara, legible nombres y apellidos del paciente,numero de cama, numero de historia clínica.
- La Grafica y Notas de Enfermería son formatos exclusivos del personal deenfermería y los demás son del personal médico.
- El expediente clínico no debe dejarse al alcance del paciente.
- Mantener la conservación y el orden del expediente clínico.
- La historia clínica solo es de manejo permitido para el personal de salud de lainstitución.
- Se pondrá cada uno de los formatos en forma ordenada.

III. ACTIVIDADES

a. Elaborar un esquema del orden de los formatos de la Historia Clínica

b. Identificar los formatos de la Historia Clínica y describir que informacióncontienen.

_____

_____

_____

c. ¿Cuáles son las recomendaciones para el uso de la Historia Clínica?

_____

_____

_____

d. ¿Cuáles son las ventajas y desventajas de la Historia Clínica Electrónica?

_____

_____

_____

VI. EVALUACIÓN

Se considerará formato de evaluación de práctica y rúbrica elaborada.

VII. MONITOREO DE DESEMPEÑO

PASO/ TAREA	CUMPLE	
	SI	NO
Define Historia Clínica y su importancia		
Identifica los objetivos que tienen la Historia Clínica		
Reconoce los formatos de la Historia Clínica con la información correspondiente		
Reconoce los formatos de uso exclusivo de enfermería en la Historia Clínica		

IV. BIBLIOGRAFÍA

- Du Gas B. W. (2000) Tratado de Enfermería Practica.4° Edición
- Perry P. Enfermería Clínica: Técnicas y Procedimientos.
- Resolución Ministerial 776-2004 MINSA. Norma Técnica de la Historia Clínica de los establecimientos de salud del Sector Público y Privado (2004). Disponible en: https://web.ins.gob.pe/sites/default/files/Archivos/censi/mac/normatividad/6_R M_N776-2004HISTORIA_CLINICA.pdf

TEMA 14

REGISTROS DE ENFERMERÍA

Mg. Fresia Manrique Tovar

I. COMPETENCIA

a. Desarrollo de los conocimientos y habilidades mediante el aprendizaje permanente, conactitud proactiva.
b. Realizar notas de enfermería, con responsabilidad.

II. MARCO TEÓRICO

1. DEFINICIÓN

Es un registro escrito elaborado por el personal de enfermería acerca de las observaciones del paciente, tomando en cuenta su estado físico, mental y emocional, así como la evolución de la enfermedad, cuidados y procedimientos.

OBJETIVOS

- Llevar un registro escrito de los cambios efectuados en el estado de la persona.
- Dejar constancia de los problemas presentados por la persona y cuidados de enfermeríabrindados.
- Registrar todos los procedimientos proporcionados a la persona
- Servir como instrumento de información en el campo de la salud como documento científico legal.
- Estudios de investigación.

2. CARACTERÍSTICAS DE LAS NOTAS DE ENFERMERÍA

Son significativas.

- ✓ Emplea los instrumentos de la observación y entrevista terapéutica y llega a establecer un diagnóstico de enfermería.
- ✓ Son oportunas al determinar un valor científico de las anotaciones de enfermería, constituyendo a la vez una magnifica fuente de investigación de nuevos y mejores métodospara el cuidado de los pacientes.
- ✓ Valora el progreso del paciente, actualiza el plan de cuidado, evalúa los resultados.
- ✓ Son precisas, secuencialmente lógicas, precisando la hora.
- ✓ Son claras, con redacción sencilla y comprensible, evitando ambigüedades.
- ✓ Establecer una coordinación efectiva con el equipo interprofesional de salud.
- ✓ Realizar los registros en forma: clara, legible, veraz, oportuna y confiable.
- ✓ Utilizar terminología técnico-médica de usos y aceptación universal.
- ✓ Elaborar y considerar a los registros clínicos de enfermería como evidencia del cuidado.
- ✓ El personal de enfermería debe integrar los diversos formatos que maneja para el registro de los cuidados proporcionados al paciente, así como también deben registrar las observaciones sobre la respuesta de éste a la terapéutica empleada, incluyendo la

hoja deenfermería en el expediente clínico del paciente al que corresponde.

- ✓ Verificar que los datos del paciente estén actualizados y completos.
- ✓ Actualizar los diagnósticos.
- ✓ Escribir de forma objetiva los signos y síntomas, anotando entre comillas la información subjetiva que aporta el paciente o sus familiares las descripciones e interpretaciones de losdatos objetivos deben apoyarse en pruebas y observaciones concretas.
- ✓ Evitar las generalizaciones y términos vagos como: "normal, regular, etc.".
- ✓ Las anotaciones, deben ser claras, concisas y correctas ortográficamente ygramaticalmentesin usar abreviaturas.
- ✓ No deberán contener tachaduras (si se comete algún error, no tachar ni colocar corrector,solamente encerrar con paréntesis y volver a anotar.)
- ✓ No dejar espacios en blanco.
- ✓ Los registros clínicos y tratamientos de enfermería deben anotarse inmediatamente después deefectuado el procedimiento con el color de tinta correspondiente el para turno.
- ✓ No hacer referencia a la escasez de personal ni a conflictos entre compañeros.
- ✓ No intentar explicar que se ha producido un error o utilizar expresiones como
- ✓ "accidentalmente", "de alguna forma".
- ✓ No mencionar que se ha redactado un informe de incidencias, ya que esto, es un informe administrativo confidencial, hay que redactar los hechos tal y como ocurren.
- ✓ No referirse al nombre u otros datos personales de los compañeros de habitación en el registro de otro paciente, esto atenta contra la confidencialidad.
- ✓ No anotar que se ha informado a compañeros o superiores de determinados hechos, si esta información se ha producido de forma informal o en determinados lugares o situaciones noapropiadas.
- ✓ Utilizar metodología común (Valoración patrones /de NANDA/NOC/NIC) normalizando el trabajo enfermero. (Proceso Atención Enfermería) La inclusión de la metodología y el esfuerzo por la utilización de un sistema de lenguaje común facilitará la comunicación y el camino a los registros informativos.

3. MODELOS DE ANOTACIONES DE ENFERMERÍA

Existen diversas formas de presentación de las anotaciones de enfermería. Entre estas tenemos:

3.1. Anotaciones narrativas

La documentación narrativa es el método tradicional de registros de los cuidados de enfermaría, es el más conocido por las enfermeras, se trata simplemente de formar un formato similar a una historia, para documentar la información específica del cuidado del paciente que ocurre el turno. En ella se registra: estado del paciente, intervenciones, tratamiento y las respuestas del paciente al tratamiento.

Ventajas

- Fácil acceso a la localización de los formularios y la posterior documentación de cada disciplina.
- Como método más antiguo de creación de gráficas, es el que resulta más familiar a laenfermera.
- No exige la organización de las notaciones de las organizaciones de la materia, sino que está organizado en el tiempo.

Desventajas

- La fragmentación de la documentación de los cuidados del paciente segúnquien sea al prestador de la misma.
- La documentación dispersa de la enseñanza, cuando es realizada por varias disciplinas, como la enfermería, nutrición y otros.
- Las notas narrativas no están organizadas por temas asiendo que resultedifícil recuperar datos sobre un determinado problema.
- Tendencias a larguísimas gráficas, que a menudo duplican la informaciónofrecida en las hojas de curso clínico.

3.2. Anotaciones orientadas al problema (SOAPIE)

Es el sistema de documentación orientada al problema paralelo al proceso de enfermería incluye la recolección de datos, la identificación de respuestas del paciente, el desarrollo delplan de cuidados y la evaluación de la consecución de los objetivos. En este sistema, la información esta enfocad a los problemas del paciente, y está integrada y registrada por todas las disciplinas, utilizando un formato constante.

Modelo SOAPIE

Es un método sistemático para el registro e interpretación de los problemas y necesidades de la persona o paciente. Así como las intervenciones, observaciones y evaluaciones que realiza la enfermera; también se le conoce como estructura o reglas del registro de la enfermera.

Esta sigla SOAPIE, utilizada actualmente para el registro de enfermería se refiere las variaciones comunes del formato mérito de creado hace diez años el concepto y la realización de los registros médicos orientados hacia los problemas.

La sigla SOAPIE corresponde a los siguientes contenidos:

S: Datos Subjetivos

Incluyen los sentimientos, síntomas y preocupaciones del paciente, se documente las palabras del paciente o un resumen de la conversación.

O: Datos objetivos

Consiste en los hallazgos obtenidos durante la valoración; se descubren por el sentido de la vista, oído, tacto, y olfato o por instrumentos como el termómetro, tensiómetro, exámenes auxiliares, etc.

A: Interpretaciones y análisis de los datos

Puede ser real o potencial y siempre va el “relacionado con” para determinar lo factores determinantes o condicionantes y el código de diagnóstico de la NANDA.

P: plan de atención

Se registra el objetivo de la planificación, comprende lo que la enfermara planifica hacer.

I: intervención o ejecución

Se refiere a ejecutar el plan diseñado con la finalidad de resolver los problemas identificados.

E: Evaluación de los resultados esperados

Se evalúa la eficacia de la intervención efectuada; registrada en presente. Concluye

con la firma del colegio y cello de la enfermera que atendió al paciente.

Ejemplo. Fecha y hora:

S: "tengo mucho calor, destápeme un poco y mójeme la cabeza".

O: Temperatura 38.5ºC, diaforesis, rubicundez. **A:** Hipertermia relacionada a proceso infeccioso.**P:** Disminuir la temperatura corporal.

I: Control de la Tº horariamente, aplicación de medios físicos, administración de antipiréticos prescritos e incremento de líquidos por vía oral. Luego se informa al médico tratante.

E: La respuesta observada en el paciente es la disminución de Tº 37.2ºC. Firma y SelloCEP.

3.3. Anotaciones FOCUS

Es un método de organizar la información de la enfermera y están estructuradas en trescategorías:

D: Datos subjetivos y objetivos.

A: Acción es la intervención de enfermería que se ha ejecutado.

R: Respuesta, es la reevaluación de la eficacia de las intervenciones.

Ventajas

El formato de la gráfica focus organiza la información en dos columnas distintas.

- El uso de la palabra clave en la columna del enfoque facilita la localización del contenido en un aspecto concreto de la atención del paciente.
- El formato de datos, acción y respuesta (DAR) proporciona una descripciónconcreta y concisa de cada enfoque de la asistencia.
- La inclusión de datos subjetivos y objetivos en la misma sección e, elimina lanecesidad de distinguir entre estos tipos de datos.

Desventajas

- Algunos de los datos descritos en la nota pueden ser redundantes con los datos registrados en las hojas de curso clínico.
- Este sistema al igual que el SOAPIE, requiere un cambio en la forma de pensar de la enfermera, quienes deben ser capaces de identificar con exactitud las áreas de interésy seleccionar los datos en las categorías apropiadas ya sean datos, acciones o respuestas.

III. ACTIVIDADES

a. Responde, ¿Cuáles son los objetivos de las notas de enfermería?

_____

_____

b. ¿Cuáles son las características de las notas de enfermería?

_____

_____

c. ¿Cuáles son los modelos de las notas de enfermería?

_____

_____

d. ¿Cuáles son las ventajas de las notas de enfermería?

_____

_____

e. Realice un SOAPIE, en base a un caso clínico.

_____

_____

IV. EVALUACIÓN

Se considerará formato de evaluación de práctica y rúbrica elaborada.

V. MONITOREO DE DESEMPEÑO

PASO/ TAREA	CUMPLE	
	SI	NO
Identifica el orden correcto del SOAPIE		
Reconoce la importancia de las anotaciones de enfermería		
Identifica cada uno de los modelos de las anotaciones de enfermería		
Propone intervenciones de enfermería para el uso correcto de las anotaciones de enfermería		

VI. BIBLIOGRAFÍA

- Du Gas B. W. (2000) Tratado de Enfermería Practica.4° Edición
- https://es.scribd.com/document/364209170/Anotaciones-de-Enfermeria
- http://www.cssp.gob.sv/wp-content/uploads/2016/06/notas-de- enfermeria-lineamientos.pdf

TEMA 15

APLICACIÓN DE LAS TEORIAS Y MODELOS DE ENFERMERÍA

Mg. Bina Ramírez de Ojeda

I. COMPETENCIA

a. Describe las teorías de enfermería y analiza sus aplicaciones en la práctica, con pensamiento crítico.

II. MARCO TEÓRICO MODELOS Y TEORÍAS

1. FLORENCE NIGHTINGALE

Florencia, 1820 - Londres, 1910) Enfermera inglesa, pionera de la enfermería profesional moderna. Procedente de una familia rica, Florence Nightingale rechazó la cómoda vida social a la que estaba destinada para trabajar como enfermera desde 1844. Motivada por sus deseos de independencia y por sus convicciones religiosas, se enfrentó a su familia y a los convencionalismos sociales de la época para buscar una cualificación profesional que le permitiera ser útil a sus semejantes.

. Hasta mediados del siglo XIX, la atención a los enfermos en los hospitales de campaña era prácticamente nula, y las condiciones de hacinamiento y la carencia de salubridad en los mismos eran causa de gran número de defunciones. La meritoria labor de Florence Nightingale, considerada como la fundadora de los modernos cuerpos de enfermeras, supuso una notable mejora en la organización de los hospitales.

En 1853 llegó a ser supervisora de enfermeras de un hospital de caridad de Londres, en el que introdujo eficientes innovaciones técnicas y de organización; con su trabajo empezó a superarse el modelo asistencial tradicional, basado en los buenos sentimientos y en el sectarismo religioso, y a sustituirse por una asistencia sanitaria científica, la cual precisaba una rigurosa formación del personal de enfermería.

En 1854-56 se hizo famosa organizando un servicio de enfermeras para los soldados británicos de la Guerra de Crimea: en el hospital de campaña de Usküdar o Escútari (Turquía) consiguió mejoras sanitarias espectaculares, enfrentándose a los prejuicios de los médicos militares y a la pobreza de medios con que el ejército solía tratar a los soldados. Regularmente visitaba a los heridos durante la noche, lo que le valió el sobrenombre de «la dama de la lámpara».

A su regreso a Inglaterra, aprovechó esa popularidad para ejercer influencia en las altas esferas del poder, logrando el apoyo de la reina Victoria I. Publicó un exhaustivo informe titulado Notas sobre la sanidad, la eficacia y la administración hospitalaria en el ejército británico (1858), y, desplegando una actividad frenética, consiguió la reforma de la sanidad militar británica, la extensión progresiva de su modelo a la sanidad civil, la introducción de reformas sanitarias en la India y la creación de una escuela de enfermeras (1860). Desde 1861, sin embargo, permaneció retirada por problemas de salud, consecuencia del esfuerzo desplegado durante laGuerra de Crimea.

1.1. IMPORTANCIA DE LA TEORIA DE FLORENCE NIGHTINGALE

La importancia radica en aplicar conocimientos de historia y filosofía al estudio de la realidad, en particular a esa parte de la realidad que se constituyó en el centro de su vida: el cuidado de la salud de las personas. Este trabajo tiene como objetivo analizar la lógica del pensamiento de la fundadora de la enfermería profesional y las bases filosóficas, tanto epistemológicas como éticas de su teoría, a partir del análisis del propio contexto histórico sociocultural en el cual se desarrolló ;esta teoría ha servido de punto de partida para desarrollar todas y cada una de las actuales teorías de enfermería; pero sobre todo,merece el profundo reconocimiento de haber sido la pionera del pensamiento científico y ético en enfermería.

1.2. DEFINICIONES CONCEPTUALES

La definición conceptual de las categorías: teoría, modelo conceptual y enunciados teóricos. **Una teoría** es un conjunto de conceptos, definiciones y proposiciones que proyectan una visión sistemática de un fenómeno, utilizando un diseño de las interrelaciones específicas entre los conceptos con el objetivo de describir, explicar y predecir el fenómeno en estudio.
Entre los enunciados teóricos más utilizados están: ley, axioma, proposición, hipótesis, generalización empírica y teórica, relación, causa, determinación, probabilidad.
El valor de una teoría no se mide solo por su alcance, que puede ser muy amplio o muy estrecho, sino por el rigor científico que se ha utilizado en su construcción. De acuerdo al método empleado para la construcción de la teoría estas pueden clasificarse en normativas (construidas a partir de la inducción), axiomáticas (aplicando un sistema lógico interrelacionado de conceptos, definiciones y enunciados de relaciones que se estructuran de forma jerárquica) y causales (determinación de las relaciones causales entre las variables dependientes e independientes).
Un modelo es una idea que se explica a través de la visualización simbólica: verbales (palabras), esquemáticos (gráficos, esquemas, diagramas, imágenes, dibujos) y cuantitativos (símbolos matemáticos); pero también la visualización puede ser física (reproducciones semejantes a la realidad que representan). Losmodelos simbólicos se caracterizan por haber perdido toda forma física reconocible para alcanzar un nivel de abstracción superior al de los modelos físicos; en tanto que estos últimos pueden tener cierta semejanza con la realidad que representan (maquetas de órganos del cuerpo humano) o estar dotados deun formato más abstracto, sin que por ello hayan perdido algunas de sus propiedades físicas (electroencefalograma). Los modelos conceptuales están constituidos por ideas abstractas y generales (conceptos) y proposiciones que especifican sus interrelaciones.
Aunque *Florence Nightingale* escribió diferentes temas acerca de la profesión de enfermería, su práctica y la enseñanza, su obra más divulgada y conocida es *"Notas sobre Enfermería: ¿Qué es y qué no es Enfermería*
Florence Nightingale enfoca su atención hacia las determinantes ambientales delproceso salud- enfermedad. Cierto es que en esa época ya había surgido en su propio país - condicionado por la propia historia de la Revolución Inglesa del siglo anterior y la repercusión de la nueva filosofía que aportaba la Revolución Francesa, con sus anhelos de "Libertad, Igualdad y Fraternidad", cuyos ecos se sentían también en Inglaterra- el pensamiento social en la medicina. *Nightingale* opinaba que la enfermedad era un proceso de reparacióny que las funciones de la enfermera consistían en manipular el entorno del paciente para facilitar este proceso. Sus propias instrucciones sobre ventilación,calor, luz, dieta, limpieza y ruido quedaron registradas en su obra escrita.
A mediados del siglo XIX *Florence Nightingale* expresó su firme convicción de que el conocimiento de la enfermería, no sólo su práctica- era intrínsecamente distinto del de la ciencia médica.
En este marco, definió la función propia y distintiva de la enfermera (colocar al paciente en las mejores condiciones para que la naturaleza actúe sobre él) y defendió la idea de que esta profesión se basa en el conocimiento de las personas

y su entorno.
Esto explica el énfasis puesto por *Nightingale* en el entorno de las personas, claramente fundamentado en la gran preocupación que existía a fines del siglo XIX por las cuestiones relacionadas con la higiene personal y ambiental, constituyéndose en un problema sanitario de primer orden.
La observación de los fenómenos sociales, tanto a nivel individual como de sistemas, constituyó la base de los escritos de *Nightingale*. Eso la hizo decir, con gran convencimiento, que la observación y la práctica eran actividades concurrentes en enfermería; pero muy especialmente, refiriéndose al valor de la observación, señalaba: "La lección práctica más importante que puede dárseles alas enfermeras es enseñarles qué observar, cómo observar, qué síntomas indican progreso en el curso de la enfermedad, cuáles el reverso, cuáles son importantes, cuáles no lo son, cuál es la evidencia de un cuidado de enfermeríanegligente y qué tipo de negligencia" y añadía: "Pero si usted no puede obtenerel hábito de la observación, por una vía u otra, sería mejor que dejara la enfermería, para la cual no ha sido llamada, por muy bondadosa y sensible queusted sea".

1.3. PRINCIPALES CONCEPTOS RELACIONADOS CON ENFERMERÍA UTILIZADOS POR FLORENCENIGHTINGALE

Enfermería: responsabilidad de velar por la salud de otros. Acciones de cuidadode la persona y su entorno, a partir del desarrollo de habilidades tales como las observaciones inteligentes, la perseverancia y el ingenio. Profesión basada fundamentalmente en el cultivo de las mejores cualidades morales.
Enfermera: persona con conocimientos teóricos y habilidades prácticas capacitadas para observar inteligentemente a los pacientes y su entorno, proporcionarles los cuidados necesarios para su salud e influir en la modificaciónde la misma mediante el fomento de mejoras en sus condiciones de vida. Profesional capacitado para presentar a los médicos "no opiniones, sino hechos". **Moral de la profesión de enfermería:** aunque apenas escribió sobre lasrelaciones interpersonales, excepto en lo concerniente a su influencia en los procesos reparadores del paciente, escribió mucho sobre la "vocación" de la enfermera y la necesidad del compromiso con su propio trabajo. Consideraba que las enfermeras debían comportarse como mediadoras en el plano moral ensu relación profesional con los pacientes.
Educación en enfermería: enseñanza específica para cuidar a los enfermos y para impartir cuidados sanitarios preventivos, en centros de salud pública. Abogó por la independencia de las escuelas de enfermería con respecto a los hospitales. Estaba convencida de que un buen ejercicio profesional sólo podía provenir de una completa formación (instrucción en los principios científicos y la experienciapráctica para dominar las técnicas).
Paciente: persona enferma, vista como ser pasivo, que recibía los cuidados quese le prodigaban, aunque existen algunas referencias específicas al autocuidadodel paciente, siempre que sean posibles; y también a la importancia de explorarsus opiniones acerca de los horarios y sus preferencias por los contenidos de sualimentación.
Salud: estado de bienestar en el que deben ser aprovechadas al máximo las energías de las personas. Estado que podía mantenerse mediante la prevenciónde la enfermedad a través del control del entorno.
Enfermedad: proceso reparador instituido por la naturaleza para remediar un proceso de intoxicación o decaimiento, o una reacción en contra de las condiciones a las que se veía sometida una persona cuando se producían situaciones de falta de cuidado.

Entorno: no mencionó nunca, explícitamente, este concepto; sin embargo, describió en detalles los conceptos de ventilación, calor, luz, dieta, limpieza y ruido, todos ellos componentes del medio físico. Aunque no se adscribió a la teoría microbiana, estaba convencida de que una manipulación apropiada del ambiente físico del enfermo podía servir para prevenir enfermedades. También se refirió a las condiciones sociales al plantear que los pobres podrían aliviar sus enfermedades con una mejoría en las condiciones ambientales, que influían tanto en sus cuerpos como en sus mentes.

1.4. INVESTIGACION

La constante preocupación de *Nightingale* de correlacionar variables tales comohigiene, pobreza y salud y la demostración práctica de que los fenómenos de lasociedad podían también ser estudiados de forma científica, utilizando incluso métodos matemáticos (así aplicó por primera vez las estadísticas en el campo sanitario) la hacen merecedora del reconocimiento, no sólo de fundadora de la enfermería profesional, de pionera de la gerencia hospitalaria, sino de gran teórica de la ciencia de enfermería, a pesarde que, a través de sus escritos, no se ha podido demostrar la complejidad y verificabilidad propias de las modernas teorías científicas. Los conceptos utilizados por *Nightingale* han servidoa muchas de las investigaciones actuales,cuyos resultados se han ido añadiendo a la ciencia y a las prácticas modernas de enfermería.

1.5. RECOMENDACIONES DE FLORENCE NIGHTINGALE

La enfermera debe desarrollar la habilidad de observación inteligente para atender a los pacientes y medir su mejoría o falta de respuesta ante las diversasintervenciones de enfermería. La enfermera debe explorar las preferencias de lospacientes acerca de los horarios de los tratamientos y cuidados, y sobre los contenidos y formas de la alimentación, siempre que sea posible.
La enfermera debe favorecer la participación del paciente en las tareas de autocuidado.
La enfermera tiene la obligación de guardar el secreto de las confidencias que le haga su paciente, siempre que ese secreto no se vuelva en contra del propio paciente o perjudique a terceras personas (esto último puede incluir la afectación a los principios éticos sociales, profesionales o personales de la propia enfermera).

1.6. JEAN WATSON

a. BIOGRAFÍA

Jean Watson nació en el sur de Virginia en 1940 y creció durante la década de 1940 y 1950 en la pequeña ciudad de Welch, Virginia Occidental, en los montes Apalaches. Watson fue a la escuela en Virginia Occidental. Más adelante fue a la escuela de enfermería Lewis Gale en Roanoke, Virginia. Tras licenciarse en 1961, se casó con Douglas y se trasladaron hacia el oeste, a su estado natal, Colorado. Douglas fallece en 1998. Tuvieron dos hijas, Jennifery Julie, y cinco nietos.
Después de trasladarse a Colorado, siguió con su formación en enfermería y con los estudios de licenciatura en la universidad. Continúo sus estudios y obtuvo un bachillerato en ciencias de la enfermería en 1964 en el Campus de Boulder, una maestría en Salud Mental y Psiquiatría en 1966 en el Campus de Ciencias de la Salud y un doctorado en Psicología Educativa y Asistencial en 1973 en Boulder.

Ha sido presidenta y vicedecana de los programas universitarios, y participó en la planificación y elaboración del programa de doctorado en enfermería en colorado, que se estableció en 1978.En 1981 y 1982 se tomó 2 años sabáticos y siguió estudios internacionales en Nueva Zelanda, Austria, India, Tailandia y Taiwán. Actualmente, es profesora de enfermería y ostenta el cargo de presidenta fundadora de la ciencia del cuidado en la escuela de enfermería de la universidad de colorado.
Ha recibido varios reconocimientos y premios federales en investigación y educación avanzada y ha recibido otros universitarios y privados.
Sus publicaciones reflejan la evolución de su teoría del cuidado. Todo lo que ha escrito va dirigido a los estudiantes de enfermería y les propone la base 0ntológica, ética y epistemológica para su praxis, así como líneas de investigación. Confirma que el cuidado esta intrínsecamente relacionado con la curación. "La ética y la escala de valores de cuidado, curación y salud comprende el contexto profesional y la misión de la enfermera para la sociedad".

1.7. CONCEPTOS

1. **Interacción enfermera-paciente***:* Define al cuidado como un proceso entre dos personas con una dimensión propia y personal, en el que se involucran los valores, conocimientos, voluntad, y compromisos en la acción de cuidar. Aquí la enfermería elabora un concepto de idea moralcomo la preservación de la dignidad humana.

2. **Campo fenomenológico***:* Corresponde a la persona en su totalidad de experiencias de vidahumana, abarcando sentimientos, sensaciones, pensamientos, creencias, objetivos, percepciones. Es decir, es todo lo que construye la historia de vida del individuo tanto en el pasado, presente y futuro.

3. **Relación transpersonal de cuidado***:* Para comprender dicho proceso debemos tener en claro dos conceptos básicos, estos son:

    - **Transpersonal:** Ir más allá del propio ego, lo que permite alcanzar conexiones espirituales más profundas en la promoción de la comodidad yla curación del paciente.
    - **Cuidado transpersonal**: Intenta conectarse y abrazar el espíritu o el alma de los demás a través de los procesos de cuidados y de tratamientos y estar en relación auténtica, en el momento.

La relación entre estos dos conceptos se da por la caracterización de una clase especial de cuidado humano que depende de: el compromiso moral dela enfermera de proteger y realzar la dignidad humana, así como el más profundo y/o más alto yo, más allá de la situación de salud.

4. **Momento de cuidado***:* Es una ocasión en la que la enfermera y otra persona se conectan para el cuidado humano con un punto de contacto en un tiempo y espacio determinado. Tiene la habilidad de expandir la capacidad humana.

1.8. TEORÍA DEL CUIDADO HUMANO

Sostiene que, ante el riesgo de deshumanización en el cuidado del paciente, a causa de la gran reestructuración administrativa de la mayoría de los sistemas de cuidado de salud en el mundo, se hace necesario el rescate del aspecto humano, espiritual y transpersonal, en la práctica clínica, administrativa, educativa y de investigación por parte de los profesionales en el campo de la enfermería.

Jean Watson considera que el estudio de las humanidades expande la mente e incrementa la capacidad de pensar y el desarrollo personal, por lo tanto, es pionera de la integración delas humanidades, las artes y las ciencias.
A través de su pensamiento y basándose en las teorías filosóficas de otros profesionales, entre ellos el trabajo de Nightingale (enfermera), Henderson, Hall, Leininger (antropóloga),Hegel (filosofo), Kierkegaard (filósofo y teólogo), Gadow y Yalom (psiquiatra), elabora su teoría llamada "Del cuidado humano".
A causa de la gran reestructuración administrativa de la mayoría de los sistemas de cuidado de salud en el mundo, se hace necesario el rescate del aspecto humano, espiritual y transpersonal, en la práctica clínica, administrativa, educativa y de investigación por parte de los profesionales de enfermería.

Siete supuestos básicos

1. El cuidado sólo se puede manifestar de manera eficaz y sólo se puedepracticar de manera interpersonal.
2. El cuidado comprende factores de cuidados que resultan de satisfacer ciertas necesidades humanas.
3. El cuidado eficaz promueve la salud y el crecimiento personal o familiar.
4. Las respuestas derivadas del cuidado aceptan a la persona no sólo como es, sino como la persona puede llegar a ser.
5. Un entorno de cuidado ofrece el desarrollo del potencial, a la vez que permite elegir para la persona la mejor acción en un momento determinado.
6. El cuidado es más "salud-genético" que la curación. La práctica del cuidado integra el conocimiento biofísico al conocimiento de la conducta humana para generar o promover lasalud y ofrecer cuidados a los enfermos. Así pues, una ciencia del cuidado complementa perfectamente una ciencia de curación.
7. La práctica del cuidado es fundamental para la enfermería.

Premisas importantes sobre la Teoría de la Dra. Jean Watson

Premisa 1. "El cuidado (y la enfermería) han existido en todas las sociedades.La actitud de asistencia se ha transmitido a través de la cultura de la profesióncomo una forma única de hacer frente al entorno. La oportunidad que han tenido enfermeras(os) de obtener una formación superior y de analizar, a un nivel superior, los problemas y los asuntos de su profesión, han permitido a laenfermería combinar su orientación humanística con los aspectos científicos correspondientes".

Premisa 2. "La claridad de la expresión de ayuda y de los sentimientos, es elmejor camino para experimentar la unión y asegurar que algún nivel de comprensión sea logrado entre la enfermera-persona y paciente-persona". Elgrado de comprensión es definido por la profundidad de la unión transpersonal lograda, donde la enfermera y el paciente mantienen su calidadde persona conjuntamente con su rol".

Premisa 3. "El grado de genuinidad y sinceridad de la expresión de la enfermera, se relaciona con la grandeza y eficacia del cuidado". La enfermeraque desea ser genuina debe combinar la sinceridad y la honestidad dentro delcontexto del acto de cuidado". Según Watson, el interés de la enfermería reside en comprender la salud comoa la enfermedad y la experiencia humana. Dentro de la filosofía y la ciencia delcuidado, intenta definir un resultado de actividad científico relacionado con los aspectos humanísticos de la vida, establecerla enfermería como interrelación de la calidad de vida, incluida la muerte y la prolongación de la vida.

Meta paradigmas de Jean Watson

- **Salud:** Tiene que ver con una unidad y armonía entre mente cuerpo y alma(espíritu) Está asociada con el grado de coherencia entre el yo percibido yel yo experimentado.

- **Persona**: Reconoce a la persona como un ser único que tiene tres esferasdel ser, mente, cuerpo y espíritu, que se ven influidas por el concepto de sí mismo, que es único y libre detomar decisiones. Integral, con capacidady poder para participar en la planeación y ejecución de su cuidado, donde el aspecto sociocultural es preponderante para el cuidadodel paciente.

- **Entorno**: Espacio de la curación. Watson reconoce la importancia de que la habitación del paciente sea un calmante, cicatrizante. La realidad objetiva y externa, marco de referencia subjetivo del individuo. El campo fenomenológico, incluye la percepción de sí mismo, creencias, expectativas e historicidad (pasado, presente y futuro imaginado).

- **Enfermería:** Watson afirma que la práctica cotidiana de la enfermería debesostenerse sobre un solidó sistema de valores humanísticos que la enfermería tiene que cultivar a lo largo de la vida profesional y además integrar los conocimientos científicos para guiar la actividad. Esta asociación humanística-científica constituye a la esencia de la disciplina enfermera a partir de los factores curativos relacionados con la ciencia de cuidar. Está centrada en las relaciones de cuidado transpersonal. Dice que la enfermería es un arte cuando la enfermera/o comprende lossentimientos del otro es capaz de detectar y sentir estos sentimientos y expresarlos como la experiencia de laotra persona.

1.9. VIRGINIA HENDERSON

a. BIOGRAFÍA

Virginia Henderson nació en Cite Missouri el 19 de marzo de 1897. En 1918 iniciasus estudios en la escuela de enfermería del ejército en Washington D.C y se graduó en 1921.
Después acepto un puesto de enfermera en el Henrystreet visiting nursing servicie de Nueva York. En 1922, Henderson empezó a dar clases de enfermería Norfolk protestante hospital de Virginia. Entro al teacher college de la universidad de Columbia, donde se licencio como profesora y donde posteriormente realizo un master. En1929 trabajo como supervisora del profesorado en las clínicas del strong memorial hospital de Rochester, Nueva York.
En 1948 hasta 1953 realiza la revisión a la quinta edición deltextbook of the principales and practice of nursing, de bertaharmer publicado en 1939.En 1955 publica la sexta edición de este libro que contenía la definición de enfermería de Virginia Henderson. En 1953 ingresa a la universidad de yale donde aporto una valiosa colaboración en la investigación de enfermeria.1959 a 1971 dirige el proyecto nursing studiesindex, subvencionado por la universidad de Yale. Este es como un índice de anotaciones en cuatro volúmenes sobre la bibliografía, análisis y literatura histórica de la enfermería desde 1900 hasta 1959.Durante ladécada de 1980, permaneció activa como asociada emérita de investigación enla universidad de Yale y recibe 9 títulos honoríficos.
Virginia Henderson falleció a los 99 años en 1996.

b. METAPARADIGMAS

❖ **Salud:** La calidad de la salud, más que la vida en sí misma, es ese margen de vigor físico y mental, lo que permite a una persona trabajar con la máxima efectividad y alcanzar su nivel potencial más alto de satisfacción en la vida. Considera la salud en términos de habilidad del paciente para realizar sin ayuda los catorce componentes de los cuidados de Enfermería. Equipara salud con independencia.
Es el logro del máximo nivel de bienestar físico, mental, social y de la capacidad de funcionamiento que permite los factores sociales en los que viven inmersos el individuo y la colectividad y no solamente es ausencia de enfermedad.

❖ **Enfermedad:** Se llama enfermedad a todo a toda disminución más o menos importante del nivel de salud Fases de la Enfermedad:

- Incubación.
- Aparición de Síntomas.

❖ **Persona:** Individuo que requiere asistencia para alcanzar salud e independencia o una muerte en paz, la persona y la familia son vistas como una unidad.
La persona es una unidad corporal/física y mental, que está constituida por componentes biológicos, psicológicos, sociológicos y espirituales.
La mente y el cuerpo son inseparables.
El paciente y su familia son considerados como una unidad.
Tanto el individuo sano o el enfermo anhela el estado de independencia Tiene una serie de necesidades básicas para la supervivencia. Necesita fuerza, deseos, conocimientos para realizarlas actividades necesarias para una vida sana.

❖ **Entorno:** Incluye relaciones con la propia familia, así mismo incluye las responsabilidades de la comunidad de proveer cuidados.

1.10. TEORÍA DE VIRGINIA HENDERSON

a) Definición

Henderson define a la enfermería en términos funcionales como: "La única función de una enfermera es ayudar al individuo sano y enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyan a su salud, surecuperación o una muerte tranquila, que éste realizaría sin ayuda si tuviese la fuerza, la voluntad y el conocimiento necesario. Y hacer estode tal forma que le ayude a ser independiente lo antes posible".

b) Los elementos importantes de su teoría son:

La enfermera asiste a los pacientes en las actividades esenciales para mantener la salud, recuperarse de la enfermedad, o alcanzar la muerte en paz Introduce y/o desarrolla el criterio de independencia del paciente en la valoración de la salud.
Identifica 14 necesidades humanas básicas que componen "los cuidados enfermeros", esferas en las que se desarrollan los cuidados.
Se observa una similitud entre las necesidades y la escala de necesidades de Maslow, las 7 necesidades primeras están relacionadascon la Fisiología, de la 8ª a la 9ª relacionadas con la seguridad, la 10ª relacionada con la propia estima, la 11ª relacionada con la pertenencia ydesde la 12ª a la 14ª relacionadas con la auto actualización.

c) Las necesidades humanas básicas según Henderson son:

- Respirar con normalidad.
- Comer y beber adecuadamente.

- Eliminar los desechos del organismo.
- Movimiento y mantenimiento de una postura adecuada.
- Descansar y dormir.
- Seleccionar vestimenta adecuada.
- Mantener la temperatura corporal.
- Mantener la higiene corporal.
- Evitar los peligros del entorno.
- Comunicarse con otros, expresar emociones, necesidades, miedos uopiniones.
- Ejercer culto a Dios acorde con la religión.
- Trabajar de forma que permita sentirse realizado.
- Participar en todas las formas de recreación y ocio.
- Estudiar, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollonormal de lasalud.

1.11. KATHARINE KOLCABA

a) BIOGRAFÍA

Katharine Arnold nació el 8 de diciembre de 1944 Cleveland, Ohio- USA, Realizo Diplomado en Enfermería en la Escuela de Enfermería Hospital de San Lucas 1965, Licenciatura Esp. Gerontología Escuela de Francés Payne Bolton de Enfermería Universidad Case Western Reserve 1987 Master Enfermería Inicia en Docencia, Doctorado Enfermería Certificado de la autoridad especialista de enfermería clínica 1997
En 1991 Publicó un análisis del concepto del confort, Elaboró un diagrama recogiendo los aspectos de la comodidad 1992, Utilizó la comodidad como objetivo del cuidado, Contextualizo la comunidad una teoría intermedia 1999 Demostró la teoría en un estudio de intervención. Actualmente profesora asociada de enfermería en la Universidad de AkronColegio de Enfermería.
Sus Obras: Confort alterada. Diagnóstico de Enfermería de la reseña. Una guía basada en laevidencia a la atención de la planificación (2010), Confort Teoría y Práctica: Una visión parala salud holística e Investigación (2003) La evolución de la teoría de rango medio de la comodidad para la investigación de resultados (2001) Teoría del confort de Enfermería (1994) PREMIOS Y LOGROS 2007: Premio al Alumno Distinguido, The Cleveland General y la Asociación de Antiguos Alumnos de Enfermeras de San Lucas 1994 - Presente: Quién es quién en el American Nursing.

b) TEORÍA DEL CONFORT

Basada en las necesidades de los pacientes Humanística Holística Experiencia de recibir una atención eficaz, gracias a la satisfacción de las necesidades de los tres tipos de confort en los cuatro contextos de la experiencia.

Tipos de confort

- **Alivio**: Estado de un paciente que ha tenido una necesidad satisfecha.
- **Facilidad**: Estado de total calma y satisfacción.
- **Trascendencia**: Estado en el que una persona se eleva por encimade los problemas y el dolor.

Contexto de la experiencia de confort

- **Físico:** Sensaciones del cuerpo y los mecanismos de homeostasis
- **Psicoespiritual**: conciencia de sí mismo.
- **Ambiental:** lo que rodea a la persona, externo
- **Socio cultural:** Relaciones interpersonales con la familia, los amigos yla sociedad, además las tradiciones familiares y

espirituales. Evalúa

la efectividad de las intervenciones Identifica la necesidad de confort.

- Diseña las intervenciones adecuadas.

Los que reciben confort Receptores, Pacientes, Estudiantes, Prisioneros, Trabajadores, Anciano, Comunidades, Instituciones

Aplicable a diversas áreas

Necesidades de cuidados de la salud

- Surge a partir de situaciones estresantes de cuidado de la salud que los sistemas de apoyo no pueden satisfacer.
- Se ponen en manifiesto mediante informes verbales y no verbales por parte de los pacientes.
- Diseñadas para estudiar necesidades específicas de comodidad de losreceptores.
- Intervenciones de confort

Variables de intervención CONFORT

Experiencias pasadas, Edad, Actitud, estado emocional, sistema de apoyo, pronóstico, finanzas, educación, bagaje cultural, Totalidad de elementos de la experiencia de los receptores.

Conductas de búsqueda de la salud Son internas, externas o enfocadas a conseguir una muerte tranquila.

c) METAPARADIGMAS

- **Persona**: individuos, familias, instituciones o comunidades que necesiten cuidados de salud.
- **Cuidado o enfermería**: Valoración de las necesidades de la comodidad Diseño de las intervenciones de comodidad para satisfacer esas necesidades Revaloración de los niveles de comodidad.
- **Salud**: Funcionamiento óptimo del paciente, familia, profesional de la salud o comunidad, según la definición del paciente o grupo.
- **Entorno**: Es cualquier aspecto que pueden manipular para mejorar el confort.

d) AFIRMACIONES TEÓRICAS

Afirmación 1: Sí las intervenciones son eficaces aumenta el confort en el receptor. Los cuidadores también pueden ser receptores dependiendo del nivel de compromiso de la institución. Las intervenciones de confort abordan las necesidades básicas como reposo, homeostasis, comunicación terapéutica y tratamiento como seres holísticos. Las intervenciones de confort van acompañando la prestación de la asistencia técnica.

Afirmación 2: el mayor confort de los receptores de los cuidados se traduce en la mayor implicación en las conductas de búsqueda de la salud que negocian los receptores.

Afirmación 3: la mayor implicación en las conductas de búsqueda de la salud se traduce en una asistencia de mayor calidad, que beneficia a la institución, y su capacidad de reunir pruebas para las mejores prácticas y políticas.

1.12. TEORÍA DE LYDIA HALL

a) BIOGRAFÍA

Nació en Kansas city, Missouri el 19 de marzo de 1897. En 1918 a la edad de 21 años inicia sus estudios de enfermería en la escuela de enfermería del ejército en Washington d. c. completó su educación básica de enfermería en el año 1927y su título

de licenciatura en enfermería de salud pública en 1937. Más tarde logró un título de maestría en ciencias naturales y se convirtió en el primer director del centro de Loeb para la enfermería, un hospital de rehabilitación en el Bronx, Nueva York, que está todavía en funcionamiento hoy en día. Tal vez el mayor logro de Hall en enfermería fue el diseño y desarrollo del Loeb center for nursing en el montefiore hospital de la ciudad de Nueva York.
La teoría de Hall fue la primera en referirse a la importancia de la persona total que necesita cuidado. También fue la primera teoría que percibe a las enfermeras como profesionales y estableció que la atención debe ser administrada sólo por enfermeras entrenadas. Hall también incluye el cuidado de la familia, además de la familia, y se centró en mantener una salud óptima y la calidad de vida

b) METAPARADIGMAS- ANÁLISIS INTERNO

- **Persona:** Divide a la persona en tres partes: persona, cuerpo y patología, con lo cual incurre en una tautología. Considera la patología como parte integrante dela persona.
- **Entorno**: Alude a que realizar cualquier actividad enfermera que tenga relación con el ambiente debe ayudar al paciente en la obtención de una metapersonal, debe conducir al autodesarrollo.
- **Salud**: una persona sana selecciona conscientemente conductas beneficiosas.
- **Enfermería**: Requiere la participación en los tres círculos en los que se basa el modelo: núcleo, cuidado y curación: desempeñando funciones distintas encada uno de ellos.

c) ANÁLISIS EXTERNO

- **Epistemología**: Hall basa su Teoría en las Ciencias de la Conducta, adaptando modelos de la Psiquiatría y Psicología.
- **Asunción del modelo**: Asume la Enfermería como una profesión con una formación específica, haciendo especial hincapié en el proceso de enseñanza-aprendizaje con el paciente.

d) REGISTRO DE ENFERMERÍA

Identificar cuáles son los datos susceptibles de ser valorados.

e) POSTULADO DE INTROSPECCIÓN

Cuando menor atención médica necesite el paciente más cuidado y enseñanza de la enfermería profesional requerirá.
La enfermería completamente profesional acelera la recuperación

f) APORTES DE LA TEORÍA PARA LA ENFERMERÍA, ESPECIALIDAD Y LOS PACIENTES

- **PACIENTE**: la meta del paciente es la rehabilitación y los procede de la tendencia de auto regeneración de la propia vida", y en un clima psicológico adecuado esta tendencia se expresa libremente.
- **ENFERMERÍA**: la motivación de la enfermera está ligada al liderazgo, entiendo la responsabilidad como la capacidad de hacer las cosas bien.
- **ESPECIALIDAD**: el eje fundamental para una visión científica de la disciplinaEnfermería.

g) CARACTERÍSTICAS DE LA TEORÍA

- **Generalidad:** un paciente adulto que ha pasado la fase aguda de su enfermedad y tiene posibilidades relativamente altas de rehabilitación.

- **Precisión empírica**: la precisión empírica de la teoría de Hall es aún Limitada y se requiere pruebas obtenidas en centros que no se dediquena la atención de adultos.
- **Consecuencias deducibles**: corresponde a ideas vigentes en la actualidad de la necesidad de responsabilidad.

1.13. EVELIN ADAM: MODELO CONCEPTUAL DE ENFERMERÍA

a) BIOGRAFÍA

Nació el 9 de abril de 1929 en Lanark, Ontario, Canadá, se diplomo en enfermería en el hotel Dieu hospital de Kingston, Ontario, en 1950. En 1966.
Recibió el B.Sc. por la universidad de Montreal y, el 1971, M.N. por la Universidad de California, Los Ángeles, en este centro conoce a Dorothy Johnson, la principal influencia de su vida profesional. Ha ejercido como profesora invitada en varias universidades, ha actuado como mediadora y portavoz de varias corporaciones profesionales, centros clínicos, etc. Entre 1983 y 1989 fue miembro del consejo de revisión de: Nurcing Papers. Impartió clases en cursos iniciales y avanzados de la facultad de enfermería de la Universidad de Montreal. Fue secretaria desde 1982 hasta su jubilación en 1989, por lo cual la nombraron profesora emérita. En 1992 la Universidad de Lava le concede el grado de Doctora Honoris Causa. En 1995 la Order of Nurses de Quebec la distingue con su galardón Orden del Mérito por sus importantes aportaciones a la enfermería.
PRINCIPALES OBRAS: En 1979 publica su primer libro Etre in Infirmare, y en 1980 escribió la versión en inglés de tobe a nurse. Es autora de varios capítulos de varios capítulos y coeditora de la personne agèe etses besoins: interventions infirmières. Este libro publicado en 1996, analízalos cuidados de enfermería de los ancianos sobre la base del modelo asistencial de Virginia Henderson. Entre las revistas profesionales ha publicado diversos artículos como: Infirmière Canadienne, Canadian Nurse, Journal of Advance Nursing y Journal of Nursing Education.

b) FUENTES TEÓRICAS

Elige el modelo de Henderson «Conocida parcialmente y de forma deficiente» «Espera con sus publicaciones al reconocimiento del trabajo de Henderson como una útil base conceptual para la práctica, la investigación y la formación en el campo de enfermería. Johnson familiariza a Adam con la estructura del modelo estructura: supuestos, valores y unidades principales.

c) CONCEPTOS Y DEFINICIONES

- **Herramientas de evaluación**: instrumento utilizado por los profesionales para recabar información sobre el beneficiario, para elaborar el historial de enfermería y para recopilar datos. Supuestos: base teórica o científica de un modelo conceptual; las premisas importantes que sustentan las unidades importantes del modelo.
- **Beneficiario**: la segunda unidad de un modelo conceptual; persona o grupos de personas a las que el profesional dirige sus actividades; el usuario; el cliente o el paciente.

- **Cambio:** sustitución de una cosa por otra, alteración. Recopilación de datos: primer paso del proceso de enfermería, recogida de la información sobre el beneficiario y su historial de enfermería. Concepto: idea, imagen mental, generalización formada y desarrollada en la mente.
- **Concepción**: una forma de conceptualizar la realidad, una invención de la mente, una imagen mental. Según el nivel de abstracción, la concepción puede ser una filosofía, una teoría o modelo conceptual. Modelo conceptual: abstracción o forma de conceptualizar la realidad; marco teórico de la referencia suficientemente explícito como para orientar una disciplina en concreto; concepción formada con supuestos, valores y unidades principales. Modelo conceptual de enfermería: representación mental, concepto o concepción de la enfermería que es suficientemente completa y explicita como para orientar todos los campos de actividad de esta profesión.
- **Consecuencias**: sexta unidad de un modelo conceptual; son los resultados de los esfuerzos de los profesionales por alcanzar un objetivo ideal y limitado. Objetivo de la profesión: primera unidad principal de un modelo; se entiende como la meta que se esfuerza por alcanzar los miembros de una profesión. Relación de ayuda: interacción entre el beneficiario y el profesional, que ayuda al primero a vivir con mayor plenitud; intercambio interpersonal en el queel asistente manifiesta cualidades de apoyo como: empatía, respeto y otras.
- **Intervención**: quinta unidad principal de un modelo conceptual, constituida por el foco de interés y la forma de intervención del profesional. Focos de intervención: parte de la quinta unidad principal de un modelo; centro de atención de la intervención con el paciente. Modos de intervención: parte de la quinta unidad de un modelo; son los medios o modos de intervención a disposición del profesional.
- **Unidades principales**: los 6 componentes esenciales de una concepción completa y explicita. Necesidad: requisito. Necesidad fundamental: requisito común a todos los seres humanos, sanos o enfermos.
- **Necesidad individual**: requisito especifico, particular o personal que precede de una necesidad fundamental. Plan de asistencia de enfermería: plan de acción escrito, comunicación escrita que precede de los pasos segundo y tercero del proceso de enfermería; plan que ha de seguirse; proyección delo que se ha de hacer. Proceso de enfermería: forma metodológica y sistemática de enfocar una acción; método lógico y dinámico; un proceso en 5 pasos.
- **Ejercicio profesional**: uno de los 3 campos de actividad de una profesión de servicios; el campo de actividad del gestor y del profesional del servicio. Problema: dificultad que ha de reducirse o eliminarse. Método de resolución: proceso científico de resolución de problemas; forma sistemática de proceder a la hora de resolver el problema.
- **Rol**: tercera unidad principal de un modelo conceptual; papel desempeñado por el profesional, función social del profesional. Fuente de dificultad: cuarta unidad principal deun modelo conceptual; origen probable de la dificultad del paciente, que el profesional debe prepararse para afrontar. Valores: sistema de valores subyacentes en un modelo conceptual.

d) APLICACIÓN DE DATOS EMPÍRICOS

Al elegir los escritos de Henderson como base del modelo conceptual, Adam acepto los principios científicos en los que esta autora fundamentaba su trabajo.

e) PRINCIPALES SUPUESTOS

- Todas las personas desean la independencia y se esfuerzan por conseguirla.
- Cada persona es un todo complejo, constituido pornecesidades fundamentales.
- Cuando una necesidad no se satisface, el individuo no está completo,

integroo independiente.

f) AFIRMACIONES TEÓRICAS

- «La enfermería tiene una función única, comparte algunas con otras profesionales».
- «Cuando una enfermera asume el rol del médico, delega su función primordial en personal que no ha recibido la preparación suficiente».
- «La sociedad desea y espera que el servicio de enfermería sea prestado por enfermeras, y no por otros trabajadores que no se muestren capaces o dispuestos a prestarlos».

g) METODOLOGÍA – SUPUESTOS

«Las suposiciones que consideran aprobadas las personas que emplean el modelo, sus fundamentos».

h) CREENCIAS Y VALORES

«Constituyen el "porque" del modelo, y no están regidos por los criterios de veracidad», «deban reflejar el sistema de valores de la sociedad mayor a la que se desea la profesión»,«ser compartidos por los miembros de la profesión que pretende utilizar el modelo».

i) METODOLOGÍA

- **Objetivo Ideal y Limitado** «ideal por que representan el estado ideal que todos los miembros de la profesión desearían alcanzar y limitado por que perfila los parámetros de la profesión».
- **Beneficiario** «la persona o el grupo de personas al que el profesional dirige su atención», «la enfermera debe tener una clara imagen mental de su paciente, saber si está sano o enfermo».
- **Rol del Profesional** «el papel que desempeña en la sociedad todos los miembros de una disciplina» «se refiere al origen de la dificultad del Pte.; aquel que el profesional, gracias a su formación y experiencia, están preparados para afrontar», «el origen probable de los problemas del Pte. Quela enfermera está preparada para resolverse debe expresarse en forma explícita».

j) METODOLOGÍA – INTERVENCIONES

- **Foco de la Intervención** «interés que centra la atención del profesional en elmomento de su intervención».
- **Modos de Intervención** «son los medios con los que cuenta el profesionala la hora de intervenir».
- **Consecuencias** «son los resultados deseados de las actividades profesionales y deben ser coherentes con la idea mental».

k) ACEPTACIÓN POR LA COMUNIDAD DE ENFERMERÍA

Ejercicio profesional: Considera a la enfermera como un agente que desempeña un rol complementario-suplementario, cuya meta es la independencia del beneficiario para satisfacer sus necesidades. Sirve como guía de referencia para aplicar el proceso de enfermería y el método de resolución de problemas.

- Un problema de enfermería es un problema de dependencia en la satisfacción de las necesidades.
- Diagnóstico de enfermería es una necesidad específica insatisfecha por falta de fortaleza, voluntad o conocimiento.

Formación

El estudiante debe aprender su papel complementario suplementario.

- La meta de enfermería, es conservar o recuperar la independencia delpaciente.
- Descripción detallada de las 14 necesidades.
- Las variaciones individuales en las necesidades fundamentales.
- Los diversos problemas de dependencia, originados por falta de fortaleza, voluntad o conocimiento.
- La explicación del rol complementario suplementario.
- La descripción de las diversas necesidades de intervención.
- El estudio de las consecuencias deseadas.
- El estudio del proceso sistemático y del método de resolución de problemasen su aplicación de enfermería.

l) DESARROLLOS POSTERIORES

El modelo de Adam intenta determinar en el área de investigación de esta disciplina. Podrían realizarse estudios descriptivos y experimentales para identificar temimos descriptivos propios del concepto analizado.

La identificación de estos términos descriptivos constituye un primer paso en el desarrollo teórico.

Los estudiantes universitarios de Ontario lo citan a menudo como base conceptual de partida, es decir, como justificación de sus proyectos de investigación.

m) CONCLUSIONES

- Al tomar Adam el modelo de Henderson y adaptarlo a la estructura preexistente de otro modelo, el resultado es algo más que la suma de 2 fuentes, dando como resultado un modelo conceptual completo, conciso y explícito.
- Establece una clara distinción entre un modelo y la teoría y explica la incidencia que su marco conceptual tiene en la investigación, en la práctica yformación de enfermería.

VII. ACTIVIDADES

Análisis y crítica de la película “Florence Nightingale”.

DESARROLLE Y EXPLIQUE LA TEORIA DE EVELIN ADAM

ACTIVIDADESCOGNITIVAS	• Explique los principales conceptos relacionados conenfermería
	• Sintetice los aspectos biográficos
	• Explique las características de la teoría
ACTIVIDADES PROCEDIMENTALES	• Realice un mapa conceptual de los logros y aporte a la profesión de la Enfermera
	• Elabore un mapa mental de la EVELIN ADAM

DESARROLLE Y EXPLIQUE LA TEORIA DE FLORENCE NIGHTINGAL

	• Realice un cuadro sinóptico que exprese los aportes a la profesión
ACTITUDINALES	• Responsabilidad y respeto
	• Orden y presentación de su carpeta de aprendizaje
	• Puntualidad en la entrega de sus trabajos
	• Explique los principales conceptos relacionados con enfermería

ACTIVIDADES COGNITIVAS	• Sintetice los aspectos biográficos
	• Establezca la diferencia entre los elementos utilizados en el Metaparadigma
	• Compare los aspectos resaltantes relacionado a las necesidades
	• Compare las necesidades de Virginia Henderson y Abrahán • Maslow
ACTIVIDADES PROCEDIMENTA LES	• Realice un mapa conceptual de los logros y aporte a la • profesión de la Enfermera
	• Elabore un mapa mental de la teoría de Virginia Henderson
	• Realice un cuadro sinóptico que exprese los aportes a la profesión (necesidades)
ACTITUDINALES	• Responsabilidad y respeto
	• Orden y presentación de su carpeta de aprendizaje
	• Puntualidad en la entrega de sus trabajos

DESARROLLE Y EXPLIQUE LA TEORIA DE VIRGINIA HENDERSON

ACTIVIDADES COGNITIVAS	• Explique los principales conceptos relacionados con enfermería
	• Sintetice los aspectos biográficos
	• Establezca la diferencia de Modelo y Teoria
	• Compare los aspectos resaltantes de la teoría de Florence Naihtingale y de Jean Wattson
ACTIVIDADES PROCEDIMENTA LES	• Realice un mapa conceptual de los logros y aporte a la • profesión de la Enfermera
	• Elabore un mapa mental de la teoría de FLORENCE NIGHTYNGALE
	• Realice un cuadro sinóptico de los principales reconocimientos y títulos obtenidos
ACTITUDINALES	• Responsabilidad y respeto
	• Orden y presentación de su carpeta de aprendizaje
	• Puntualidad en la entrega de sus trabajos

DESARROLLE Y EXPLIQUE LA TEORIA DE KATHARINE KOLCABA

ACTIVIDADES COGNITIVAS	• Explique los principales conceptos relacionados con enfermería
	• Sintetice los aspectos biográficos
	• Establezca la diferencia entre los elementos utilizados en el Metaparadigma
	• Compare los aspectos resaltantes relacionado a las necesidades DE CONFORT
	• Explique las afirmaciones teóricas utilizadas
ACTIVIDADES PROCEDIMENTA LES	• Realice un mapa conceptual de los logros y aporte a la profesión de la Enfermera
	• Elabore un mapa mental de la teoría de KATHARINE KOLCABA
	• Realice un cuadro sinóptico que exprese los aportes a la profesión
ACTITUDINALES	• Responsabilidad y respeto
	• Orden y presentación de su carpeta de aprendizaje
	• Puntualidad en la entrega de sus trabajos

DESARROLLE Y EXPLIQUE LA TEORIA DE LYDIA HALL

ACTIVIDADES COGNITIVAS	• Explique los principales conceptos relacionados con enfermería
	• Sintetice los aspectos biográficos
	• Explique las características de la teoría
ACTIVIDADES PROCEDIMENTA LES	• Realice un mapa conceptual de los logros y aporte a la • profesión de la Enfermera
	• Elabore un mapa mental de la TEORIA DE LYDIA HALL
	• Realice un cuadro sinóptico que exprese los aportes a la • profesión
ACTITUDINALES	• Responsabilidad y respeto
	• Orden y presentación de su carpeta de aprendizaje
	• Puntualidad en la entrega de sus trabajos

VIII. EVALUACIÓN

Se considerará formato de evaluación de práctica y rúbrica elaborada.

IX. MONITOREO DE DESEMPEÑO

PASO/ TAREA	**CUMPLE**	
	SI	**NO**
Reconoce las teorías de enfermería		
Identifica autores y principales aportes a la profesión		
Propone intervenciones de enfermería con las teorías en la práctica		
Muestra motivación y creatividad.		

X. BIBLIOGRAFÍA

- Raile M.; Marriner A. Modelos y teorías de enfermería (9º ed.) UnitedStates of América.Elsevier, 2018.
- Berman A.; Snyder S. Fundamentos de enfermería, conceptos, procesos ypráctica (9º ed.)México. Pearson. 2013.

XI. ESTRATEGIAS DE EVALUACIÓN DE APRENDIZAJE

- Se llevará a cabo de forma continua y de acuerdo a la Ficha de Evaluaciónelaborado para tal efecto.
- La nota máxima de la práctica es de 20.00 puntos.
- La asistencia a la práctica es del 100 %, si el estudiante presenta una FALTA durante la práctica, deberá justificar por escrito con solicitud a la Decana dentrode las 72 horas siguientes.

Arequipa, 23 abril 2023

Mg. Fresia Manrique Tovar Coordinadora

ANEXOS

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN AGUSTÍN DE AREQUIPA
FACULTAD DE ENFERMERÍA INTRODUCCIÓN AL CUIDADO ENFERMERO
PRÁCTICA CLÍNICA

ESTUDIANTE:_____DOCENTE :_____LUGAR DE PRÁCTICA :_____

COMPETENCIA	VALOR	NOTA
CONCEPTUAL • Define correctamente los procedimientos. • Define la base teórica del procedimiento. • Describe las indicaciones, ventajas, desventajas y contraindicaciones.	06 PTS.	
PROCEDIMIENTAL • Preparación psicológica (consentimiento). • Realiza preparación física. • Preparación de material y equipo. • Ejecución de forma secuencial. • Realiza y practica los procedimientos considerando los principios bioéticos del cuidar y derechos de la persona cuidada. • Aplica juicio crítico y reflexivo para solución de problemas de su competencia. • Registro de Enfermería. • Evaluación del procedimiento.	10 PTS.	
ACTITUDINAL • Presentación personal. • Puntualidad. • Práctica de valores. • Interacción con la persona, familia y equipo de salud.	04 PTS.	
TOTAL	**20 PTS**	
INVESTIGACIÓN FORMATIVA		
RESPONSABILIDAD SOCIAL UNIVERSITARIA		
PROMEDIO FINAL		

SUGERENCIAS:
DOCENTE:

…. ESTUDIANTE:

….

_____ _____

FIRMA DEL ESTUDIANTE FIRMA DEL DOCENTE

RÚBRICA DE EVALUACIÓN DE COMPETENCIAS

Escuela Profesional: ENFERMERÍA		**Estudiante**			
Competencia	**G1 Sabe aprender y regula el propio aprendizaje competencial, Conscientemente.** **G2 Sabe formular y resolver problemas de conocimiento, utilizando el pensamiento Sistémico.**	**E1 Cuida a la persona sana o enferma aplicando el proceso de atención de enfermería, estándares de calidad y considerando el contexto intercultural y la participación de los actores sociales.**		**Calificación obtenida**	
Asignatura	**INTRODUCCIÓN AL CUIDADO ENFERMERO**	**Docente**		**Código**	

CRITERIOS		**PP**	**NIVEL DEL LOGRO**								**RP**
Nº	**DESCRIPCIÓN**		**Excelente (4)**		**Muy Bueno (3)**		**Bueno (2)**		**Regular (1)**		
1	Puntualidad, respeto y compromiso en e desarrollo de la practica	0.15	Destaca en la puntualidad, compromiso y respeto durante el desarrollo de la practica	0.60	Generalmente se esfuerza en la puntualidad, compromiso y respeto enel desarrollo de la practica	0.45	Se esfuerza en la puntualidad y compromiso, respeto en el desarrollo de la practica	0.30	No es puntual y no tiene respeto ni compromiso durante el desarrollo dela practica	0.15	
2	Consulta de bibliografía actualizada en la elaboración de sus trabajos	0.15	Destaca en la consulta de bibliografía actualizada en la elaboración de sus trabajos	0.60	Se esfuerza en la consulta de bibliografía actualizada para la elaboración de sus trabajos	0.45	Ocasionalmente se esfuerza en la consulta de bibliografía actualizada para la elaboración de sus trabajos	0.30	No consulta bibliografía en la elaboración de sus trabajos	0.15	

3	Demuestra conocimiento sobre indicaciones, ventajas, desventajas y contraindicaciones de los procedimientos	0.15	Destaca en demostrar conocimiento sobre procedimientos.	0.60	Se esfuerza por demostrar conocimiento sobre procedimientos	0.45	De vez en cuando demuestra tener conocimientos Sobre los procedimientos.	0.30	No demuestra conocimiento sobre procedimientos	0.15	
4	Demuestra realizar preparación psicológica (**consentimiento**), física, del material y equipo. Ejecución de forma secuencial, registro de enfermería y Evaluación del procedimiento.	0.20	Destaca en demostrar realizar preparación psicológica (consentimiento), física, del material y equipo. Ejecución de forma secuencial, registro de enfermería y Evaluación del procedimiento	0.80	Se esfuerza por demostrar realizar preparación psicológica física, del material y equipo. Ejecución deforma secuencial, registro de enfermería y Evaluación del procedimiento.	0.60	Ocasionalmente demuestra realizar preparación psicológica física, del material y equipo. Ejecución de forma secuencial, registro de enfermería y Evaluación del procedimiento.	0.40	No demuestra realizar preparación psicológica (consentimiento), física, del material y equipo. Ejecución de forma secuencial, registro de enfermería y Evaluación del procedimiento.	0.20	4

5	Demuestra habilidades de comunicación y coordinación con otros integrantes del Sistema de salud.	0.15	Sobresale en habilidades de comunicación	0.60	Establece comunicación fluida con el equipo de salud.	0.45	Se esfuerza por mejorar las habilidades de comunicación	0.30	No demuestra habilidades de comunicación	0.15	
6	Elabora y ejecuta planes de cuidado elaborados para Pacientes con diferentes enfermedades.	0.20	Elabora y ejecuta de forma Destacada el plan de cuidados elaborado.	0.80	Elabora adecuadamente, pero muestra dificultades para la aplicación adecuada del Plan de cuidados	0.60	Elabora con dificultad el plan de cuidados dirigido al paciente.	0.40	No elabora y no ejecuta el plan de cuidados elaborado	0.20	
		1.00		**4.00**		**3.00**		**2.00**		**1.00**	

P.P. Promedio Ponderado = 1.0 **R.P. Resultado Ponderado**

NIVEL DE LOGRO: No logrado: 0 - 1.3 Logrado: 1.4 - 2.6 Logrado plenamente: 2.7 - 4.0