

## Proceso de Atención de Enfermería

### Proceso de Atención de Enfermería

Enfermería se basa en un amplio marco teórico para tratar las respuestas humanas a los problemas reales o potenciales de la salud de las personas. El Proceso de Atención de Enfermería "P.A.E", es el método mediante el cual se aplica el marco de los conocimientos científicos a la práctica de enfermería, para planificar y administrar cuidados individualizados, lógicos y racionales de acuerdo a un enfoque holístico de cada persona o grupo de persona.

El P.A.E, es un método que consiste en una serie de pasos ordenados y sistemáticos que le permite al profesional de enfermería poder obtener información, identificar los problemas del individuo, la familia y la comunidad, a fin de poder planificar, ejecutar y evaluar el cuidado brindado por enfermería.

### *¿Qué es el Proceso de Enfermería?*

Básicamente, el proceso de enfermería es un método sistemático y organizado para administrar "*Cuidados de Enfermería*", individualizados, que se centra en la identificación y tratamiento de las respuestas humanas.

### *¿Por qué deberíamos utilizar el Proceso de Enfermería?*

#### Por que el Proceso de Enfermería:

- Ayuda al profesional de enfermería a asignar cuidados de forma sistemática y organizada.
- Guía a enfermería a realizar y analizar cada etapa para identificar y tratar los problemas de cada paciente.
- Realza la comunicación y la continuidad de los cuidados, disminuyendo de este modo las omisiones y duplicaciones en los cuidados del paciente, mediante la anotación del plan de cuidados.
- Tiene un enfoque holístico, considerando a la persona en su totalidad como un ser humano individualizado, diferenciándose del modelo médico, que se centra en el tratamiento de la enfermedad.

El enfoque holístico de enfermería complementa el trabajo del médico, y asegura a que se cubran las necesidades de atención únicas y particulares de cada individuo, de la familia, la comunidad y no sólo a tratar la enfermedad.

Por lo tanto el:

- *El Proceso de Atención de Enfermería, es la aplicación del método científico en la práctica de enfermería.*
- *El proceso de enfermería, le da a la profesión la categoría de ciencia.*

Por la propia naturaleza de la evolución de enfermería el proceso fue evolucionando en sus etapas a partir de los años (1955 al 1963) se hablaba de un proceso de tres etapas, por el año (1967), se conformo en un proceso de cuatro etapas, y desde los años (1974 al 1976) al agregarle la fase diagnóstica es lo que da lugar a un proceso de cinco etapas. La conformación de esas cinco etapas le da validez al “Proceso de Enfermería” como la estructura para identificar y revalorizar el ejercicio de la enfermería.

Pero, para poder llevar a cabo la aplicación del proceso de enfermería, el profesional de enfermería debe poseer ciertas habilidades cognitivas (intelectuales), motrices (técnicas), afectivas (interpersonales). Habilidades que contribuirán a mejorar la atención y el cuidado de la salud del paciente, como a así mismo a cuidar su propio estado de salud.

### *Objetivos*

El propósito de aplicar el “P.A.E”, en la práctica de enfermería, es constituir una estructura, que le permita:

- Establecer una base de datos.
- Individualizar las necesidades del individuo, de la familia y de la comunidad.
- Identificar y tratar las necesidades de atención reales y/o potenciales.
- Establecer planes de cuidados individuales, familiares o comunitarios.

....“El proceso de enfermería implica la existencia de una relación con interacción entre el paciente y la enfermera, en donde el objetivo es el paciente. La enfermera corrobora sus datos con el paciente, participando conjuntamente ambos en el proceso. Ello ayuda al paciente a enfrentarse con los cambios en su salud tanto actuales como potenciales, y en consecuencia es la atención sanitaria individualizada”. (Iyer, Patricia W 1999)

### *Características del Proceso de Enfermería*

Las características del proceso de enfermería son: “*finalidad – sistemático – dinámico – interactivo – flexible – posee una base teórica*”

- *Tiene una Finalidad:* porque el proceso de enfermería se dirige hacia un objetivo.
- *Es Sistemático:* ya que parte de un planteamiento organizado para alcanzar el objetivo.
- *Es Dinámico:* porque responde a un cambio continuo, o permite realizar cambios.

- Es Interactivo: en base a la relación recíproca que se establece entre el paciente y el profesional de enfermería.
- Es Flexible: porque puede adaptarse al ejercicio de la enfermería en cualquier lugar o área que se trate con individuos, grupos de personas o comunidades, y sus fases pueden utilizarse de forma conjunta o sucesivamente.
- Posee una Base Teórica: porque surge a partir de numerosos conocimientos, (teóricos-prácticos-científicos), del área profesional, como el de otras disciplinas y se puede aplicar a cualquier modelo teórico de enfermería.

### *Repercusiones del Proceso de Enfermería*

La aplicación del proceso de enfermería a la práctica tiene repercusiones o ventajas sobre la profesión de enfermería, el paciente y la propia enfermera:

#### 1. Repercusiones sobre la Profesión

- El proceso permite definir la función del profesional de enfermería ante el paciente y los otros profesionales del equipo de salud, ya que a partir de las cinco fases (etapas), queda demostrado de manera concreta el campo de actuación del ejercicio de la enfermería.

#### 2. Repercusiones sobre el Paciente

- Estimula la participación del paciente, y de la familia, a que estén involucrados de forma activa en el cuidado de su propia salud. Además permite a que el paciente reciba cuidados individualizados, y a lograr la continuidad de los cuidados.

#### 3. Repercusiones sobre la Enfermera

- Constituye un instrumento para evaluar la continuidad de los cuidados. Permite realizar las actividades de forma ordenada a fin de lograr efectividad y eficacia ante los cuidados planificados para la resolución de los problemas de salud reales o potenciales; y en consecuencia aumenta la satisfacción laboral.

## Respuestas Humanas – Proceso de Enfermería

*“El proceso de atención de enfermería permite crear un plan de cuidados centrado en las respuestas humanas”.*

Permite tratar a la persona como un todo; el paciente es un individuo único, que necesita atenciones de enfermería enfocadas específicamente en él y no solo a su enfermedad.

La atención de los profesionales de enfermería está dedicada a tratar los fenómenos o respuestas humanas, como por ejemplo: “Las reacciones grupales o individuales a los problemas de salud, (respuestas para restablecer la salud)”. “Las preocupaciones individuales o comunitarias sobre problemas sanitarios potenciales, (respuestas para mantener la salud)”.

El diagnóstico a un problema de salud no va a cambiar, pero, las respuestas humanas pueden variar a lo largo de las etapas del proceso. Las respuestas humanas por naturaleza son dinámicas, cambian a medida que el paciente y la familia o ambos superen el límite que existe entre la salud y la enfermedad.

### *Intervenciones de Enfermería para tratar las Respuestas Humanas*

En la práctica las funciones de enfermería se pueden clasificar en tres áreas Funciones/Intervenciones: “*Independiente – Dependiente – Interdependiente*”

#### 1. Funciones Independientes

- Las funciones independientes son aquellas actividades que los profesionales de enfermería están autorizados a realizar en función de sus conocimientos y habilidades, y son las actividades que se consideran incluidas en el campo del diagnóstico y tratamiento de enfermería.
- Estas funciones comprenden los cuidados físicos, la valoración continuada, el apoyo y el soporte emocional, la educación, el asesoramiento, el control del entorno y la referencia a otros profesionales sanitarios.

#### 2. Funciones Interdependientes

- Son las acciones que el profesional de enfermería desarrolla en colaboración con otros miembros del equipo de asistencia sanitaria, como fisioterapeutas, trabajadores sociales, especialistas en dietética, médicos, etc.

- Las actividades interdependientes de enfermería reflejan cómo se superponen las responsabilidades del personal sanitario y las relaciones profesionales

### 3. Funciones Dependientes

- Son las actividades que se llevan a cabo los profesionales de enfermería por prescripción médica.
- El profesional de enfermería es responsable de explicar y aplicar estas prescripciones, que suelen consistir en la administración medicamentos, tratamiento intravenoso, pruebas diagnósticas y tratamientos específicos.

Es importante destacar que las funciones de enfermería quedan definidas mediante leyes que reglamentan el ejercicio de la enfermería, por lo que enfermería, en la práctica profesional asume la responsabilidad para tratar las respuestas humanas a los problemas físicos y emocionales existentes o/potenciales. Es posible que el profesional de enfermería deba escoger una o más intervenciones para tratar con mayor éxito las respuestas humanas.

## **Etapas del Proceso de Enfermería**

El Proceso de Atención Enfermería, consta de 5 etapas y estas son: "Valoración – Diagnóstico – Planificación – Realización/Ejecución – Evaluación", (Iyer, Patricia W.)

### 1. Valoración

- En esta etapa las actividades de la enfermera se centran en la recogida de información sobre el paciente y el sistema paciente – familia o la comunidad, con el fin de averiguar las necesidades de salud, problemas de salud, preocupaciones y respuestas humanas del paciente.

### 2. Diagnóstico

- La etapa diagnóstica es donde los datos recogidos en la valoración son analizados e interpretados minuciosamente. Las conclusiones se consiguen teniendo en cuenta las necesidades, los problemas, las preocupaciones y respuestas humanas.

### 3. Planificación

- En esta fase se desarrollan estrategias para prevenir, minimizar o corregir los problemas identificados en el diagnóstico de enfermería.

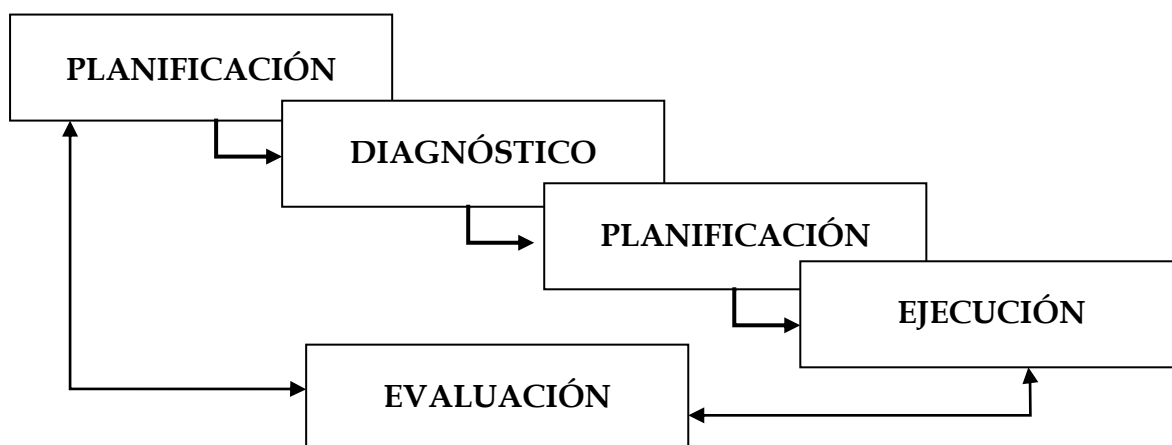
#### 4. Realización

- Esta fase comprende la iniciación o la ejecución de las actuaciones necesarias para alcanzar los objetivos, definidos en la fase de planificación esto supone informar el plan de cuidados a todos los que van participar de dicho plan.

#### 5. Evaluación

- Permite determinar en que medida se han alcanzado los objetivos; además la enfermera valora los progresos del paciente, toma medidas correctoras si hace falta y revisa el plan de cuidados.

### Las Cinco Etapas del Proceso de Enfermería



Cada paso/etapa del proceso depende de la exactitud de la etapa anterior, los pasos a seguir se solapan, porque quizás se tenga que pasar con mayor rapidez de una etapa a otra, (Alfaro-LeFevre R.). La evaluación implica examinar todos los pasos previos realizados, aunque específicamente se centra en el logro de los objetivos.

Mediante las etapas del PAE, el profesional de enfermería realiza acciones, destinadas a proporcionar "*Cuidados de Enfermería*", para:

- Promover, prevenir, mantener y recuperar la salud de las personas.
- Permitir que los individuos o grupos de personas, colaboren y dirijan el cuidado de su propia salud.
- Ayudar a la persona y la familia a afrontar los cuidados hacia una muerte digna.

## VALORACIÓN

La Valoración es la primera etapa del Proceso de Enfermería, constituye una parte fundamental para el desarrollo del "Plan de Cuidado". La etapa de valoración puede definirse como un método sistemático y organizado de recogida y recopilación de datos, a través de diversas fuentes, es el primer paso para disponer de la información necesaria del estado de salud del paciente, y es el punto de partida para las siguientes etapas del proceso de enfermería.

Al crear y proporcionar una base sólida de datos sobre las respuestas al/los problemas de salud, permite planificar y desarrollar cuidados individualizados y de calidad. La recogida precisa y completa de los datos de valoración es necesaria para "*el diagnóstico y tratamiento de las respuestas humanas*", (que son el campo del ejercicio de la enfermería ANA 1980). Por lo tanto, la información completa y organizada que proporciona la etapa de la valoración constituye la base para hacer los diagnósticos de enfermería, lograr los objetivos, llevar a cabo las intervenciones de enfermería y evaluar las actuaciones del plan de cuidado que se haya realizado.

### *Valoración Inicial*

La valoración inicial, permite a que el profesional de enfermería pueda recoger una multitud de datos sobre el/los problemas de salud, y facilita la detección de factores específicos que contribuyen a la existencia del problema de salud. La misma se realiza en un plazo específico y tras el ingreso de la persona al centro asistencial, con el propósito de establecer una base completa de datos para la identificación del problema de salud y las referencias futuras.

Esto permite a que el profesional de enfermería y el paciente planteen los objetivos y facilita a la planificación de las actuaciones/intervenciones de enfermería.

### *Valoración Posterior/Secundaria*

Las valoraciones posteriores permiten confirmar la existencia del problema inicial detectado, ya que es un proceso de valoración continuo y focalizado; a la vez favorece la obtención de información sobre el progreso o no hacia el/los resultados esperados. Estos nuevos datos obtenidos van a determinar si se debe continuar, modificar o interrumpir las intervenciones de enfermería.

Al ser un proceso continuo los datos posteriores pueden indicar si ha surgido algún problema adicional al problema existente, causado por la hospitalización, la evolución de la propia enfermedad, o causado por el tratamiento aplicado. La continuidad del proceso permite detectar cualquier crisis fisiológica o psicológica que ponga en peligro la vida.

El registro continuo de los datos de valoración obtenidos, permitirá comprobar los cambios en el estado de salud del/los pacientes.

### ***Partes que Componen la Etapa de Valoración***

La fase de la valoración está compuesta por dos partes básicas y fundamentales: "*La Recogida de Datos y el Registro de los Datos*". (Patricia W. Iyer).

En la etapa de valoración se llevan a cabo, diferentes procesos tales como:

- La obtención de los datos de valoración mediante diferentes métodos y procedimientos prácticos.
- La organización y actualización de los datos obtenidos.
- La validación de los datos de valoración.
- El registro de los datos obtenidos.
- La comunicación de los diferentes datos obtenidos.

### ***Recogida de Datos***

La recogida de datos constituye la acumulación sistemática de toda la información necesaria para el diagnóstico de las alteraciones de la salud y para la identificación de los factores contribuyentes, dado que esta información es el punto de partida para las demás fases del proceso de enfermería.

### ***Tipos de Datos***

Durante la etapa de valoración el profesional de enfermería recoge cuatro tipos de datos: "*subjetivos, objetivo, actuales, de antecedentes*", la combinación de estos datos proporciona una base precisa y completa.

- *Datos Subjetivos*  
Incluyen las sensaciones, las emociones, los valores, las actitudes, son datos que comprenden las percepciones, los sentimientos, e ideas sobre sí mismo y de su estado de salud personal del propio paciente. Estos datos pueden provenir del propio paciente, como por ejemplo "*tengo dolor, fatiga, incomodidad*", entre otras manifestaciones, esta



misma información puede ser dada por los familiares, u otros miembros del equipo de salud.

- *Datos Objetivos*

Son todos aquellos datos que pueden ser observables, medibles. La información generalmente se obtiene a través de los órganos de los sentidos, como ejemplo de estos datos tenemos "*el peso corporal, la frecuencia cardiaca, el color de la piel*" entre otros datos. La información de estos datos es obtenida durante la valoración.

Es importante tener en cuenta que los datos subjetivos y objetivos se entrecruzan en todo el proceso de la valoración, lo que permite confirmar la presencia de un dato subjetivo manifestado por un paciente, convirtiendo un dato subjetivo en un dato objetivo.

*Ejemplo:*

*Juan dice tener fatiga, la enfermera corrobora que la frecuencia cardiaca de Juan aumento al trasladarse de la cama al baño. Con lo cual la enfermera confirma la fatiga manifestado por Juan.*

Los datos objetivos y subjetivos proporcionan información específica en relación al estado de salud del paciente y permiten localizar el/los problemas causales.

- *Datos Actuales*

Son todos aquellos datos que están presentes al momento de la valoración, ejemplo, "*me duele la pierna*", manifestación referida al momento actual.

- *Datos de Antecedentes*

Precisan hechos o situaciones ocurridas con anterioridad, ejemplo, "*solía fumar 20 cigarrillos por día*", especifica un hábito personal del pasado.

Los datos actuales y de antecedentes ayudan en todo el proceso a establecer las referencias en cuanto al tiempo, los patrones o pautas habituales de comportamiento.

### **Fuentes de Datos**

En todo el proceso de la valoración los datos recogidos pueden provenir de distintas fuentes de información, estas fuentes se clasifican en: "*Fuentes Primarias y Fuentes Secundarias*"

- *Fuente Primaria*

El paciente constituye la fuente primaria, ya que de él se obtienen los datos objetivos, y es quien aporta con precisión los datos subjetivos acerca de las percepciones y los sentimientos sobre la salud, es quien identifica y puede confirmar las respuestas acerca del tratamiento.

- *Fuente Secundaria*

La fuente secundaria es ajena al paciente, esta puede estar constituida por los familiares, los miembros del equipo de salud, los amigos más cercanos, compañeros de trabajo, compañeros de habitación. Los registros de la historia clínica, los informes de laboratorio, los informes de los tratamientos realizados. Muchas veces un miembro de la familia aporta un dato de antecedente que puede ayudar a aclarar los hallazgos durante la exploración física realizada.

La fuente secundaria se utiliza en situaciones en las que el paciente está incapacitado para proporcionar por sí solo la información, o cuando se hace necesario recabar mayor información, para aclarar o confirmar los datos que él ha aportado.

### ***Métodos para Recoger los Datos de Valoración***

Los principales métodos para recoger los datos son: "***La Entrevista, la Observación y la Exploración Física***", estas técnicas permiten recoger los datos de una forma lógica y sistematizada, para el diagnóstico y el plan de cuidados.

#### ***1. Entrevista***

La Entrevista es una comunicación planificada o una conversación que tiene como finalidad obtener o proporcionar información, identificar problemas, evaluar cambios, por lo tanto en la etapa de la valoración la entrevista tiene cuatro finalidades:

- Permite la obtención de la información específica y necesaria para el diagnóstico y la planificación.
- Facilita la relación personal "enfermera-paciente", al ser un motivo de diálogo, (comunicación).
- Permite al paciente informarse y participar en la identificación de sus problemas y en el planteo de los objetivos.
- Ayuda al profesional de enfermería a determinar que otras áreas requieren un análisis específico en el proceso de valoración.

La entrevista de enfermería es una labor que requiere técnicas de interacción y comunicación perfeccionadas, y se diferencia de la de los otros miembros del equipo de salud, ya que se centra en las respuestas que pueden ser tratadas mediante las intervenciones de enfermería, es un proceso que posibilita la información mutua entre paciente-enfermera.

### *Tipos de Entrevista*

- Entrevista Dirigida: es una entrevista muy estructurada y tiene información específica.
- Entrevista No Dirigida: el profesional de enfermería permite que el paciente controle el tema, y lleve el ritmo de la entrevista.

Cada entrevista se ve influenciada por el tiempo, el lugar, la disposición, la distancia entre entrevistado-entrevistador, y el lenguaje.

### **Fases de Entrevista**

La entrevista consta de tres partes o fases: *"Iniciación – Cuerpo – Cierre"*

- **Fase de Inicio - Orientación**

El inicio o comienzo es la primera fase de la entrevista, es la parte más importante de la entrevista, dado que el profesional de enfermería y el paciente comienzan a desarrollar una comunicación "terapéutica", la actitud de enfermería es el factor más significativo en la creación de ese ambiente para el desarrollo de una relación interpersonal positiva.

El profesional de enfermería deberá explicar la finalidad de la entrevista, calcular el tiempo que necesite, valorar los factores que pueden interferir en la entrevista y brindar comodidad al paciente. Deberá orientar las preguntas hacia el paciente y asegurar que la información obtenida será confidencial. La familia y otras fuentes secundarias se utilizarán sólo si el paciente no puede responder.

- **Fase del Cuerpo - Trabajo**

El cuerpo es el núcleo de la entrevista es la fase donde enfermería, deberá centrar la conversación en áreas específicas, con el fin de obtener la información necesaria.

Es importante que el tema principal que compone el cuerpo de la entrevista se plantee en la fase del inicio, para que el paciente pueda expresar lo que siente o lo que piensa.

Por lo general puede comenzar a partir del motivo de consulta o la queja o dolencia principal, y se va ampliando a otras como el historial de salud,

información sobre la familia, y otros datos sobre cuestiones culturales o religiosas.

○ **Fase de Cierre - Finalización**

En el cierre, el profesional de enfermería prepara al paciente para finalizar la entrevista, dando a conocer el tiempo disponible, como por ejemplo, "Bueno, Sra. Luna en veinte minutos finalizamos", es importante no introducir nuevos temas. Antes de finalizar se deberán resumir los puntos más significativos tratados, esto permite confirmar o aclarar dudas, y tranquiliza a la persona entrevistada.

Esta fase constituye la base para establecer y clarificar las metas del proceso.

### **Factores que Afectan la Entrevista**

Existen una serie de factores que influyen sobre el éxito o no de la entrevista, y estos son: "*factores ambientales, técnicas de la entrevista en la comunicación verbal y no verbal*"

#### **Factores Ambientales**

- El ambiente donde se desarrolle la entrevista puede afectar enormemente la capacidad de participación del entrevistador como del entrevistado. El lugar debe silencioso, que fomente y permita una interacción desahogada y cómoda para ambos.

### **Técnicas de la Entrevista**

En la entrevista se consigue la máxima información cuando se utilizan técnicas verbales y no verbales para la obtención de datos. La combinación de ambas permite lograr una base de datos completa y precisa.

#### **Técnicas Verbales**

- El uso habitual es el interrogatorio, la reflexión y las frases adicionales
  - *El Interrogatorio*: permite aclarar la comprensión de las respuestas y verificar los datos objetivos y subjetivos. Las preguntas pueden ser preguntas "*Abiertas- Cerradas – Intencionadas*"
  - *La Reflexión*: consiste en repetir o expresar de otra forma lo que se ha captado de la respuesta del paciente; esto anima al paciente a seguir el dialogo.

- *Las Frases Adicionales*: también llamadas frases suplementarias, sirven de estímulo para continuar el proceso de la entrevista, son frases cortas, como "un...", "siga...", que estimulan la comunicación y el paciente percibe que hay interés por parte de enfermería.
- o *Preguntas Abiertas*  
Por su naturaleza provocan en el paciente la percepción de un hecho, la descripción de sus preocupaciones o sentimientos. Estas preguntas guardan relación con la entrevista no dirigida, ya que permite a que el paciente pueda describir y explorar con mayor libertad.
- o *Preguntas Cerradas*  
Son aquellas que dan lugar a respuestas breves, de una o dos palabras, que no aportan información científica; generalmente se utilizan para obtener datos más concretos.
- o *Preguntas Intencionadas*  
Son las preguntas que tienden a provocar una respuesta o una reacción concreta en el paciente, lo más común son preguntas dirigidas, ejemplo "Hoy Ud se encuentra mejor ¿no?". Estas preguntas pueden ser abiertas o cerradas.

### *Técnicas No Verbales*

Estas técnicas facilitan y aumentan la comunicación mientras se desarrolla la entrevista.

- o *Las Expresiones Faciales*: a menudo son una gran fuente de información, porque a veces la expresión verbal puede no coincidir con lo que expresa la cara, como, "*fruncir el ceño, desviar la mirada, la posición corporal*"
- *Fruncir el Ceño*: puede indicar desacuerdo, falta de comprensión, la presencia de dolor o enfado.
- *Desviar la Mirada*: puede indicar que se siente incómodo, que siente vergüenza, que no le interesa, que está intimidado o retraído.
- *La Posición Corporal*: o la forma de estar, son elementos que interactúan en el mensaje no verbal, tanto en el paciente como en la enfermera. Una postura relajada puede indicar una actitud de predisposición ante la entrevista, la tensión o la rigidez puede indicar dolor o que la persona no está dispuesta a responder.

## 2. Observación

La observación es una técnica sistemática que implica la utilización de los órganos de los sentidos, para obtener la información necesaria acerca del paciente, de cualquier otra fuente significativa y del entorno donde está el paciente; así también de la interacción entre estas tres variables.

Los datos observados mediante los órganos de los sentidos pueden ser indicadores positivos o negativos dependiendo en cada caso, por ejemplo, la expresión de dolor, una respiración superficial, entre otros, pero cada hallazgo observado requiere un estudio posterior que confirme o descarte los mismos.

## 3. Exploración Física

Es método sistemático de recogida de datos mediante técnicas específicas, que permiten detectar el problema de salud, (técnicas que serán estudiadas de forma más detallada más adelante)

El examen físico que realiza el profesional de enfermería se centra en:

- Determinar en profundidad la respuesta del paciente al proceso de la enfermedad, sobre todo para determinar las intervenciones de enfermería.
- Establecer una base de datos para establecer comparaciones y valorar la eficacia de las actuaciones de enfermería.
- Confirmar los datos subjetivos obtenidos durante la entrevista.

### **Técnicas del Examen Físico**

#### ○ **Inspección**

La inspección es el examen visual para determinar estados o respuesta que pueden indicar alguna anomalía. En sí es una observación que tiene un carácter más detallado y sistemático, que se centra en características físicas tales como, forma, tamaño, posición anatómica, color, movimiento y simetría.

#### ○ **Palpación**

La palpación es la técnica que se realiza mediante la utilización del tacto para determinar ciertas características de la estructura corporal por debajo de la piel. Esta técnica también permite valorar tamaño, forma, textura, temperatura, humedad, vibraciones, movimientos, consistencia y el pulso.

- **Percusión**

La percusión es la técnica que implica dar golpes con uno o más dedos de las manos, sobre la superficie corporal del paciente. Mediante esta técnica se pueden obtener sonidos, delimitar el tamaño, la localización y los límites de un órgano. La composición de cada órgano emiten diferentes sonidos los se clasifican en, sonidos sordos, mate, hipersonoro y timpánico.

- **Auscultación**

La auscultación consiste en escuchar los sonidos producidos por los órganos del cuerpo. La misma se realiza de forma directa "*acercando sólo la oreja*" o mediante la utilización de un instrumento el "*estetoscopio*", que permite captar la intensidad, la calidad y duración de los sonidos auscultados.

El examen físico se complementa con la valoración o **Medición** de:

- *El Peso y la Talla*
- *Los Signos Vitales*: la frecuencia respiratoria, el pulso, la temperatura y la presión arterial.

### *Como Realizar el Examen Físico?*

Existen diferentes formas de útiles y prácticas de abordaje que permiten enfocar de forma sistemática la valoración del paciente, en un examen físico completo y preciso es esencial seguir un método sistemático para no omitir ningún detalle.

a) *Examen desde la Cabeza a los Pies, "Cefalocaudal"*

Este tipo de examen comienza desde la cabeza del paciente y sigue de forma sistemática y simétrica a lo largo del cuerpo del paciente hasta llegar a los pies. (esté método se estudiará de forma más detallada más adelante)

b) *Sistemas Principales por "Órganos –Aparatos"*

Mediante este método de examina el cuerpo por sistemas o aparatos y por partes aisladas. La información obtenida durante la entrevista y la observación permite determinar qué sistema necesita ser examinado y/o estudiado con mayor detenimiento.

### c) *Patrones Funcionales*

Con la valoración mediante los patrones funcionales se obtiene una importante cantidad de datos relevantes de la persona tanto, físicos, como psíquicos, sociales y del entorno, es una manera detallada y ordenada de obtener la información, lo que a su vez facilita el análisis de los datos de valoración obtenida.

## *Validación de Datos*

La información recogida durante la fase de la valoración debe ser completa, objetiva y exacta ya que los diagnósticos y las intervenciones de enfermería se basan en esa información. La validación consiste en una "*doble comprobación o verificación de los datos*", para confirmar si son exactos y objetivos.

### *La validación de los datos permite*

- Asegurarse de que la información recogida durante la valoración es completa.
- Asegurarse de que los datos objetivos y subjetivos relacionados concuerden.
- Obtener información adicional que pueda haberse pasado por alto.
- Diferenciar los indicios de las deducciones, (son datos objetivos o subjetivos), como por ejemplo lo que le paciente dice, o lo que el profesional de enfermería ve, oye, huele o mide.

## *Registro de los Datos*

Con el registro de los datos se completa la etapa de valoración. Es esencial realizar el registro de forma objetiva, exacta incluyendo todos los datos obtenidos sobre el estado de salud del paciente.

El registro de los datos de la valoración se puede realizar mediante planillas o formatos estandarizados, lista de cotejo para examinar todas las áreas, cada formato conduce a la acumulación sistematizada y lógica de la información del paciente entrevistado



## PATRONES FUNCIONALES DE SALUD

Marjory Gordon define los patrones como una configuración de comportamientos más ó menos comunes a todas las personas, que contribuyen a su salud, a la calidad de vida y al logro de su potencial humano; que se dan de una manera secuencial a lo largo del tiempo y proporcionan un marco para la valoración con independencia de la edad, el nivel de cuidados ó la patología.

Los patrones funcionales se dividen en once patrones, esta división es sólo una división artificial y estructurada del funcionamiento humano integrado, por lo que no deben ser entendidos de forma aislada; la interrelación que se da entre ellos es lógica, la persona es un TODO, todo influye en todo, el entorno, la cultura, el nivel social, los valores, las creencias. Algunos patrones comparten información y ciertos datos pueden estar presentes en más de un patrón, no siendo necesario registrarlos de forma repetida.

Los patrones que son funcionales, eficaces, describen un nivel óptimo de funcionamiento, implican salud y bienestar.

Los patrones disfuncionales o potencialmente disfuncionales, es decir que está alterados o en riesgo de alteración, describen problemas de salud, que limitan la autonomía del individuo, la familia y/o la comunidad.

Puede resultar dificultoso emitir un juicio clínico sobre si un patrón es eficaz, está alterado o en riesgo de alterarse, por lo que es necesario realizar una valoración completa de los diferentes datos obtenidos en cada patrón.

### **Patrón 1: *Percepción- Manejo de salud***

Este patrón valora la percepción que tiene el individuo de su propia salud y el bienestar, y como maneja todo lo relacionado con su salud respecto a su mantenimiento o recuperación. También valora las conductas saludables el interés, el conocimiento y la adherencia a las prácticas terapéuticas, incluyendo las prácticas preventivas que realiza, como hábitos higiénicos, vacunaciones, atención médica.

En la valoración también se incluye las alteraciones de salud (tipo de alteración, cuidados, conocimiento), las hospitalizaciones previas, otro de los aspectos a valorar es la existencia o no de hábitos tóxicos, y las alergias.

**Patrón 2: *Nutricional- Metabólico***

Este patrón valora y describe el consumo de alimentos y líquidos en relación con sus necesidades metabólicas. Los horarios de comida, las preferencias y suplementos o colaciones que realiza, como si hay o no problemas en la masticación o deglutorios en la ingesta de los alimentos. La valoración también incluye problemas digestivos como (náuseas, vómitos, pirosis), inapetencias, intolerancias alimenticias, alergias hacia algún alimento.

También se debe valorar la talla y el peso corporal, y el índice de masa corporal "IMC"

Las condiciones de la piel, las mucosas, de las membranas, y de la temperatura corporal, son parte de la valoración.

**Patrón 3: *Eliminación***

La valoración de este patrón describe las funciones de eliminación urinaria, intestinal y de la piel.

En relación a la eliminación urinaria se valora la cantidad de micciones por día, las características de la orina. También se debe valorar si presenta algún inconveniente al miccionar (dolor), o incontinencias; y si necesita utilizar sistemas de ayuda (colectores, sondas, urostomías).

El patrón de la eliminación intestinal se valora mediante la regularidad que presenta el patrón, la consistencia y características de las heces, como la presencia de sangre en las heces. Si presenta dolor al defecar, si utiliza laxantes, como la presencia de incontinencia o de ostomias.

La eliminación de la piel se valora mediante la presencia de diaforesis, (sudoración copiosa)

**Patrón 4: *Actividad /Ejercicio***

Valora el patrón de ejercicio y actividad, en relación al tiempo al tiempo libre y recreo. La capacidad funcional, el tipo, la cantidad y la calidad del ejercicio; como las actividades de tiempo libre y de ocio. El estilo de vida, sedentario, activo y las actividades recreativas de mayor importancia para la persona; tipo de actividades y el tiempo que le dedica.

Otro aspecto de importancia a valorar son los requerimientos de consumo de energía y la capacidad de la persona para realizar las actividades de la vida diaria como (la higiene y confort personal, vestirse, comer, el mantenimiento del hogar) etc.

Se valora la movilidad funcional en relación a la fuerza, el tono muscular, el grado de movilidad en articulaciones, como debilidad generalizada, o el cansancio.

En este patrón se debe valorar la tolerancia a la actividad fundamentalmente en pacientes con enfermedades cardiacas y respiratorias, como los antecedentes de enfermedades respiratorias, el ambiente laboral, la presencia de disnea, molestias de esfuerzo, tos nocturna, expectoración, indicación verbal de disnea.

Este patrón incluye la valoración del sistema cardiovascular y respiratorio mediante la valoración de la frecuencia respiratoria y sus características, la valoración de la frecuencia cardiaca y sus características y de la presión arterial.

### **Patrón 5: Sueño- Descanso**

Este patrón describe la capacidad de la persona para conseguir dormir, descansar o relajarse a lo largo de las 24 horas del día. La percepción de la cantidad y la calidad del sueño y descanso. Se deberá valorar si necesita ayuda para poder dormir (medicamentos, rutinas, etc.), los hábitos socio culturales (hora de acostarse o levantarse, siestas, descansos)

Es importante valorar si existen problemas de salud física que alteren el sueño-descanso, como la presencia de dolor o malestar, tratamientos farmacológicos que puedan influir en el sueño, como los estados de ánimo ansiedad, depresión, o estrés, (duelos, intervenciones quirúrgicas). Y las situaciones ambientales, la presencia de ruidos, luces, etc.

### **Patrón 6: Cognitivo-Perceptivo**

Este patrón valora los patrones sensorio- perceptuales y cognitivos. En relación al nivel de conciencia y de orientación. El juicio en la comprensión de ideas, la toma de decisiones, la memoria, el lenguaje y las ayudas para la comunicación, el nivel de instrucción: si puede leer y escribir. También se valora la percepción del dolor y del tratamiento para el alivio del dolor.

En este patrón se valora la acomodación de los órganos de los sentidos, en relación a que si presenta o no tiene alteraciones perceptivas por problemas de visión, de audición, de olfato de gusto o sensibilidad táctil.

### **Patrón 7: *Autopercepción- Autoconcepto***

Valora el autoconcepto y percepciones de uno mismo, las actitudes a cerca de uno mismo. La percepción de las capacidades cognitivas, afectivas o físicas. Como de imagen corporal, social, el sentido general de valía.

También se valora el patrón emocional, la postura corporal y movimiento, como el contacto visual, el tono de voz y la conversación. Otros aspectos a valorar son los cambios frecuentes del estado de ánimo, en relación a la asertividad, la pasividad, el nerviosismo la relajación, y los cambios recientes en la imagen corporal.

### **Patrón 8: *Rol- Relaciones***

Valora el patrón de los compromisos en el rol y las relaciones (las relaciones de las personas con los demás). Valora la percepción de los roles más importantes (el papel que ocupan en la familia, sociedad). Se valora con quien vive, la estructura familiar, el rol en la familia; si depende de alguien y su aceptación, o si alguien depende de él y como lleva la situación.

También se valora la satisfacción o alteraciones en familia, trabajo, relaciones sociales, grupo de trabajo.

### **Patrón 9: *Sexualidad y Reproducción***

Mediante este patrón se valora los patrones de satisfacción o insatisfacción de la sexualidad. Las alteraciones en la sexualidad o en las relaciones sexuales, como la seguridad en las relaciones sexuales en la pareja, los problemas o cambios en las relaciones sexuales

En la valoración también se debe valora el patrón reproductivo en relación a la premenopausia y posmenopausia y los problemas percibidos por la persona, los métodos anticonceptivos utilizados, los embarazos, el número de hijos, los abortos, los problemas relacionados con la reproducción.

**Patrón 10: Adaptación Tolerancia al Estrés**

En este patrón se valora las formas o estrategias de afrontamiento general de la persona, valorando las respuestas y habituales que manifiesta el individuo en situaciones que le estresan y la forma de controlar el estrés, y la capacidad de adaptación a los cambios.

Se valora el soporte individual y familiar de afrontamiento con que cuenta el individuo. También se valora la percepción de habilidades para controlar o dirigir situaciones estresantes; como los cambios importantes en los dos últimos años, si ha tenido alguna crisis.

**Patrón 11: Valores y Creencias**

Valora los patrones de valores y creencias que guían las elecciones o decisiones que tomo en la vida; lo que la persona considera correcto, apropiado; bien o mal, bueno o malo.

Se valora lo que es percibido como importante en la vida, las percepciones de conflicto en valores, creencias o expectativas relativas a la salud, las decisiones a cerca de tratamientos, prioridades de salud, vida o muerte.

En este patrón se debe de tener en cuenta las prácticas religiosas que son importantes para la persona.