

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE HONDURAS

DEPARTAMENTO DE EDUCACION DE ENFERMERIA

**Funciones de las Enfermeras del Servicio de Cirugía
del Hospital - Escuela en la Valoración
de la Salud del Individuo**

TESIS DE GRADO

PRESENTADA POR LAS PERITOS MERCANTILES

Fidelina Sosa López

Zulema Aguilar Martínez

PREVIA OPCION AL TITULO DE

LICENCIADA EN ENFERMERIA

610.73677
S71

JEGUCIGALPA, D. 6.

1979

HONDURAS, C. A.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE HONDURAS

DEPARTAMENTO DE EDUCACION DE ENFERMERIA

**Funciones de las Enfermeras del Servicio de Cirugía
del Hospital - Escuela en la Valoración
de la Salud del Individuo**

TESIS DE GRADO

PRESENTADA POR LAS PERITOS MERCANTILES

Fidelina Sosa López

Zulema Aguilar Martínez

**PREVIA OPCION AL TITULO DE
LICENCIADA EN ENFERMERIA**

COMITE ASESOR

. Lic. Ana María Dávila de Sánchez_____

Lic. Tessa Hidalgo de García_____

TRIBUNAL EXAMINADOR

SUSTENTANTES:

P.M. y C.P. Fidelina Sosa López

P.M. y C.P. Zulema Aguilar Martínez

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE HONDURAS

AUTORIDADES UNIVERSITARIAS

Rector: Dr. Juan Almdarez B.
Secretario General: Ing. Bayardo Altamirano

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

DECANO:	Dr. Nelson Velásquez
Vice Decano	Dr. Mario A. Zambrana
Secretario	Dr. Pedro Portillo
Pro-Secretario	Dr. César Cáceres
Vocal	Dr. Danilo Alvarado
Vocal	Dr. Gabino Córdova
Vocal	Dr. Marco Tulio Carranza
Vocal	Br. Sadith Cáceres
Vocal	Br. Omar Aguilar
Vocal	Br. Ramón Cáceres
Vocal	Br. Mario Gallardo

DEPARTAMENTO DE EDUCACION DE ENFERMERIA

Jefe del Departamento Lie. Eva Luz de Al varado

DEDICATORIA

A nuestras queridas madres, con mucho -cariño y agradecimiento, por su ayuda brindada en todo momento

A las Asesoras, por su valiosa orientación y cooperación brindada

Con especialidad, a todas aquellas personas, que de una u otra forma nos brindaron su -ayuda, tanto intelectual como moral.

I N D I C E
f? ES ES SS ES .f? SS SF

Introducción -----	1
Problema, Propósito y Objetivo	2
Definición de Variables.-----	3
Revisión de Literatura.....	11
Metodología -----	20
Resumen de los Resultados-----	22
Conclusiones-----	24
Recomendaciones..... ..	26
Sumario.....	27
Anexos.....	29

P R O B L E M A

¿Cuáles deben ser las funciones de las enfermeras del Servicio de cirugía del Hospital-Escuela, en la valoración de la salud del individuo.

PROPOSITO;

Determinar las funciones de las enfermeras del Servicio de cirugía del Hospital-Escuela, en la valoración de la salud, para que sirvan de base para proporcionar una mejor atención de enfermería.

OBJETIVOS:

Definir las funciones de las enfermeras del servicio de cirugía del Hospital-Escuela, en la valoración de la salud del individuo.

Establecer normas de atención de enfermería, para la valoración de la salud del individuo.

Elaborar guías para la valoración de la salud del individuo.

DEFINICION DE VARIABLES

I- FUNCIONES DE LA ENFERMERA:

Se considerarán en ésta: (ver anexo N° 1)

- 1.- Recolectar los datos relacionados con la condición del paciente, mediante el uso del interrogatorio, expediente clínico y entrevista con los familiares.
- 2.- Realizar la anamnesis y el examen físico en los -pacientes, siguiendo el orden establecido en las guías elaboradas para tal fin.
- 3.- Establecer comparación de los resultados de los datos de laboratorio, con la tabla diseñada.
- 4.- Indagar los antecedentes personales y familiares que puedan proveer información, acerca de los problemas actuales o potenciales del paciente.
- 5.- Identificar los problemas de enfermería, estableciendo prioridades.
- 6.- Determinar la condición del paciente de acuerdo a la guía:
"Clasificación de evolución del paciente Según necesidades"
- 7.- Diagnósticos para la valoración de la salud del individuo.
- 8.- Revisar interpretar y evaluar periódicamente las guías, para la valoración de la salud del individuo.
- 9.- Elaborar normas para la valoración de la salud del individuo.

II.- VALORACION DE LA SALUD DEL INDIVIDUO;

Se entenderá por esta, la evaluación del paciente, que realiza la enfermera, a través de la anamnesis, el examen físico, resultados de datos de laboratorio y el diagnóstico de enfermería»

Para definir lo que se incluirá en cada uno de los elementos antes mencionados, se tomará lo descrito en el folleto "Evaluación del paciente" Universidad del Valle, División de Salud, Departamento de Enfermería, Sección Médico-Quirúrgico»

A» A N A M N E S I S:

Se considerarán datos de identificación, causas de consulta, problema actual, antecedentes personales, antecedentes familiares y la situación socio-económica, (ver anexo N° 2)

Datos de identificación: se incluirá

Número de expediente

Nombre

Sexo

Edad

Estado Civil

Ocupación

Nombre de la Unidad y

Número de Cama

En causas de consulta se indagará:

Síntomas o malestares que refiere el paciente»

Molestias concretas que refiere el paciente y Duración de los síntomas

El problema actual se considerará:

Ampliación de las causas de consulta, con información más detallada.

Todos los síntomas y episodios significativos que aparecieron antes del problema actual, cronológicamente descrito.

Descripción completa del estado presente del problema y un resumen de todos los datos positivos y negativos relevantes al problema.

En antecedentes personales se analizará:

Higiene personal, escolaridad, actividades recreativas (tabaquismo, alcoholismo), dietética, eliminación, sueño, alergias, religión, enfermedades de la infancia y de la vida adulta.

En antecedentes familiares se considerará:

Si los padres, hermanos, abuelos, han padecido o padecen de enfermedades como: diabetes, tuberculosis, obesidad, hipertensión, gota, enfermedades cardíacas, así como también causas de muerte.

En situación socio económica se indagará sobre:

Los salarios, otros ingresos y características del ambiente, de donde procede el individuo.

B.- EXAMEN FÍSICO.

Se entenderá por examen físico, a la revisión sistemática del paciente, siguiendo un orden céfalo-caudal y utilizando las técnicas de: palpación, auscultación, inspección, percusión y medición, según guía elaborada para realizar el examen físico, (ver anexo N° 3)

c.- Datos de laboratorio

Se considerará y analizará los resultados de examen de: recuento

globular, orina, heces, glicemia, urea, creatinina, tipo de sangre y factor Rh,, (ver anexo N° 4)

D. DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA;

Se considerará como la identificación de problemas de enfermería, derivada de los datos obtenidos de la anamnesis, examen físico y datos de laboratorio. Estos problemas de enfermería, estarán relacionados con las siguientes necesidades:

- Comer y beber adecuadamente
- Excretar por todas las vías de eliminación
- Mover y mantener la posición conveniente(al caminar, sentarse, acostarse o cambiar posición)
- Dormir y descansar
- Elegir prendas de vestir adecuadas, ponerse y quitarse la ropa
- Mantener la temperatura del cuerpo dentro de los límites normales, mediante el uso de prendas adecuadas y modificando las condiciones ambientales
- Mantener la higiene y aseo personal
- Evitar los peligros e impedir que perjudiquen a otros
- Comunicarse con otros, para expresar emociones, necesidades y otros
- Profesar su religión
- Trabajar en alguna actividad que produzca sensación de rendir provecho
- Jugar y participar en diversas actividades recreativas
Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce al desarrollo y salud normales.

III. NORMAS DE ATENCION DE ENFERMERIA RELACIONADAS CON LA VALORACION DE LA SALUD EL INDIVIDUO

Se considerarán las siguientes: (ver anexo N° 5)

1. " Todo paciente a su ingreso a las unidades de Cirugía, deberá rea-

lizársele una valoración completa de su estado de salud.

2. - La valoración del estado de salud del paciente, será realizada por la enfermera jefe de la unidad y/o por la enfermera general si la misma existiera.
3. - La valoración del estado de salud del paciente, se hará a través de la anamnesis, examen físico y el resultado de los datos de laboratorio.
4. - En la anamnesis, se investigará sobre:
 - Datos de identificación: nombre, sexo, edad, fecha de nacimiento, estado civil y ocupación
 - Causas de consulta: síntomas o malestar que refiere el paciente, molestia concreta que refiere el paciente, duración del síntoma.
 - Problema actual: Ampliación de la causa de consulta, con información más detallada, síntomas y episodios significativos que aparecieron antes del problema actual, cronológicamente descritos, descripción completa del estado presente del problema, resumen de todos los datos positivos y negativos relevantes al problema.
 - Antecedentes personales: Higiene general, lugar de nacimiento, lugar de residencia, escolaridad, deporte, tabaquismo y alcoholismo.
 - Antecedentes familiares: enfermedades como diabetes, tuberculosis, obesidad, hipertensión, gota, enfermedades cardíacas, causas de muerte de los padres y abuelos.
 - Situación socio-económica: salarios, otros ingresos, características del ambiente de donde procede el individuo y otros referentes a hábitos y costumbres.

- 5 - La anamnesis la realizará la enfermera jefe o enfermera general a través del interrogatorio con el paciente, (dependiendo de su estado), familia o acompañante,
- 6, El examen físico, se realizará siguiendo un orden céfalo-caudal, de acuerdo a la guía para realizar el examen físico del paciente (anexo N° 3)

7. El equipo y material a tener listo para realizar el examen físico, debe constar de:

Estetoscopio	Esfigmomanómetro
Termómetro	Reloj con segundero
Lámpara de mano	Depresor
Báscula	Cinta Métrica
Oto-oftalmoscopio	Martillo de reflejos

8. El examen físico, se realizará utilizando las técnicas de inspección, palpación, percusión, auscultación y medición, A través del examen se hará especial énfasis en los siguientes aspectos;

- Grado de conciencia del paciente (comatoso, inconsciente, obnubilado, desorientado, delirante., amnésico, con excitación psíquica y paciente lúcido)
- Estado general del paciente (grave, muy decaído, o activo)
- Estado emocional (tranquilo, preocupado, angustiado),
- Estado nutritivo (obeso, buen estado nutritivo, regular estado nutritivo, caquéxico)
- Estado de hidratación (estado de mucosa y piel y otros signos de hidratación en ojos y fontanelas, presencia de edema local y general)
- Higiene (limpieza de piel, cabello, mucosa y uñas)
- Movilidad (con excitación motora, convulsiones y contracturas, temblores generalizados o locales, camina y se moviliza

sin dificultad, tiene pérdida de movimiento, parcial o total de su cuerpo, o de algún miembro o sector del cuerpo)

Piel y mucosa, (presencia de hematomas o petequias, hemorragia, exantema, anatemas, heridas, escoriaciones, quemaduras, pigmentaciones, secreciones, sudoración, otros.

Visión (definir si va de lo normal, a lo anormal, sin problemas visuales, grado de ceguera parcial o total, presencia de prótesis)

Audición (sin problemas de la audición, con sordera parcial o total, uso de artefactos de audición).

Comunicación verbal (se expresa sin dificultad, no habla, no habla español, tiene disartria, disfonía y afonía)

Eliminación (orina y defeca normalmente, presenta diarrea, vómitos, retención urinaria, poliuria, estreñimiento, timpanismo).

Presencia de dolor (localización y tipo de dolor)

9. -A través de la valoración del paciente, éstos se clasifican en; Independiente, , medianamente dependiente: y dependiente , según sus necesidades, y en base a la guía de "Clasificación de características del paciente" (anexo N° 6)
10. -La enfermera jefe, será la responsable de la interpretación de los siguientes datos de laboratorio; recuento globular, orina, heces, glicemia, urea y creatinina de acuerdo a la tabla comparativa establecida. (Anexo N° 4).
11. -Las acciones de enfermería a realizarse, estarán de acuerdo a la Clasificación que se haga del estado del paciente.

IV. GUIA PARA LA VALORACION DE IA SALUD DEL INDIVIDUO.

Se considerará como tal, los instrumentos que se elaboran para identificar el proceso que se debe seguir para la Valoración de la salud del individuo (anexos N° 3, 4, 5 y 6)

V. E N F E R M E R A :

Es la profesional egresada de una escuela de Enfermería reconocida por el listado y que trabaja en el Servicio de Cirugía

VI. SERVICIO DE CIRUGIA:

Es una unidad técnica administrativa del Bloque Médico-Quirúrgico del Hospital Escuela.

REVISION DE LITERATURA

El objetivo principal de cualquier institución de salud y por consiguiente del personal de enfermería, es proporcionar un cuidado de alta calidad a cada individuo de acuerdo a sus necesidades o Esa atención del paciente para que sea eficaz, debe ser cuidadosamente planeada y seguida por todo el personal de salud a través del proceso de atención que se brinda en el sistema, reflejando características dinámicas, secuenciales y sistemáticas. Esa sistematización de brindar la atención se le ha denominado método de enfermería o proceso de atención de enfermería.

El proceso de enfermería es conceptualizado de diferentes maneras, destacándose en la mayoría de ellas las características que debe tener esa atención. La doctora Sana dice 1/ "El proceso de enfermería es la toma de decisiones clínicas de diagnóstico y terapéutica, las cuales se transforman en juicios clínicos que explican la evidencia clínica y que diseñan el plan y la dirección del tratamiento y cuidado del paciente". Agrega que este proceso proporciona una guía que asegura la consistencia en la regulación de datos, individualiza el cuidado de enfermería, aumenta la calidad y la cantidad de información que se puede obtener del paciente en un período corto de tiempo, proporciona información básica sobre las capacidades funcionales del paciente, la cual se puede utilizar más tarde para identificar cambios en su estado de salud, así como para evaluar la efectividad de los cuidados. Permite establecer desde el principio una relación interpersonal en el paciente y suministra bases para la toma de decisiones respecto a la orientación del cuidado de enfermería.

1/ Josephine M.Sana y Judge Richard. Métodos para el examen físico en la práctica de Enfermería. Colombia. Talleres Gráfica Carvajal, 1977. Pág.

Uno de los aspectos que se destaca en la conceptualización sobre el proceso de enfermería, es que ésta sigue varias fases o pasos. Al respecto dice Smith 1/

"El método en sí mismo consiste en una serie de pasos progresivos, interdependientes sub-procesos que enlazan la formación de juicio con la actividad de la enfermera..
estos sub-procesos pueden utilizarse tanto de modo consecutivo como recurrente según las vigencias de la situación de atención de un paciente particular".

Además comenta que las fases varían nominalmente según unos u otros autores, pero que en todos se identifican los siguientes elementos principales: apreciación, planeación, ejecución y evaluación. Kron 2/ dice que "este proceso está formado por valoración del paciente y sus necesidades, la forma en que se pueden satisfacer sus necesidades, la ejecución de dichos planes y la evaluación de los resultados de la intervención planeada....". Todo ello es corroborado por lo que nos dice la Asociación Americana de Enfermería 3/ quienes visualizan el proceso de enfermería con un enfoque sistemático, identificando las fases de: apreciación del estado del paciente, planeación de la actividad de la enfermera, ejecución del plan y evaluación.

Cabe señalar que para fines de este trabajo, se analizará primordialmente la primera fase, la cual se le denominará valoración de la atención del individuo.

La valoración de la situación del paciente se considera que es una de las fases más importantes del proceso, ya que sirve de base para las subsiguientes. El propósito es recolectar datos sistemática y

1/ Dorothy Smith. Enfermería Médico Quirúrgica 4 'Edición México: Editorial Interamericana 1978 Pag. 6

2/ Thora Kron. Manual de Enfermería México: Editorial Interamericana 1977 Pag. 88

3/ Dorothy Smith. Op Cit Pag. 6

continuamente acerca del estado del paciente, de tal manera que nos permita identificar sus necesidades físicas, psicológicas y sociales y otras permitiéndonos formular el diagnóstico de la situación del paciente. Kron dice 1/ "la valoración es un procedimiento progresivo para recopilar, ratificar e interpretar la información acerca del paciente como unidad individual", Smith 2/ estima que esta fase "se ha definido como una reunión coordinada y precisa de datos de diversos orígenes, acerca de conducta fisiológica, psicológica y social de un paciente".

Algunos consideran que esta fase comprende dos sub-procesos básicos, los cuales son la reunión de datos y el diagnóstico de enfermería.

La recolección de datos es obtenida de diferentes fuentes, tanto primarias como secundarias. La fuente primaria es el paciente y las secundarias comprenden la familia, el equipo de salud, la comunidad, los registros de la atención de salud y otros; estas últimas fuentes se utilizan para convalidar y completar los datos obtenidos del paciente.

Las técnicas utilizadas en ésa recolección de datos comprenden la entrevista, la toma de la historia clínica por otros medios tales como cuestionario, escrito, la observación, la apreciación física a través de la inspección, palpación, percusión y auscultación y la lectura de registros e informes. Algunas tienden a llamar anamnesis a ese proceso de recolección de datos.

La anamnesis se define como "la relación escrita de las molestias del enfermo, su comienzo, su evolución y tratamiento seguidos, obte

1/ Thora Kron. Op Cit Pág. 88

2/ Dorothy Smith. Op Cit Pág. 6

3/ Hugo Pumarino. Elementos de patología general y fisiología clínica médica. Chile; Editorial Andrés Bello Julio 1975 Pág. 72

nida en una entrevista privada y adaptada a su nivel cultural".....
Algunos autores la dividen en dos: próxima y remota, la primera de ellas se refiere a la recolección de datos sobre el problema actual tales como inicio, sintomatología, condiciones causales y curso de la enfermedad y en la segunda se buscan datos sobre antecedentes familiares y personales, así como también datos socio-económicos. Para completar esa recolección de datos y diagnosticar el problema fisiopatológico y otras necesidades, esa anamnesis debe estar precedida por el examen físico.

En relación a la evaluación física dice Sana 1/ que durante mucho tiempo la recopilación de datos por parte de la enfermera, dependía principalmente de la entrevista, observación directa e inspección y que el examen físico era una responsabilidad del médico. No obstante agrega que en la actualidad.....

"....las, habilidades para la evaluación física del paciente se encuentran más y más dentro del campo de acción de la enfermería y se considera como un mecanismo que enriquece la información que sirve de fundamento a los juicios clínicos. La evaluación del estado físico del paciente cuando pasa a ser parte integral de la evaluación de enfermería, proporciona respaldo a las hipótesis que formula sobre las capacidades o incapacidades en el estado funcional del paciente, le permite comprobar sus observaciones y formula juicios racionales acerca de los problemas de cuidado del paciente y la forma de manejarlos.- Además, las habilidades que se aplican en el examen físico proporcionan un fundamento que contribuyen a la evaluación de la efectividad del cuidado de Enfermería por medio del control de los resultados fisiológicos del cuidado".

1/ Josephine M. Sana. Op Cit Pag. 13 y 14

Dada la importancia que tiene el examen físico en la evaluación de la condición de una persona, se considera que la enfermera debe desarrollar destreza en el mismo; es más, se estima que debe tener su propio método sistemático y utilizarlo en una forma tan precisa que la lleve a diagnosticar las necesidades y problemas del paciente.

Su utilidad es tal que permite confirmar las hipótesis que resultan de la entrevista de apreciación y de la observación inicial del paciente, aumentando por consiguiente la adopción de decisiones sobre las actividades que debe realizar, para satisfacer las necesidades diagnosticadas.

La evaluación física para que sea completa y detallada, se realiza no sólo a través de la observación, sino que también por medio de la auscultación, palpación y percusión. La observación o inspección consiste en el examen visual del paciente con el fin de descubrir características físicas significativas. Esta se inicia generalmente cuando se toma la historia clínica y se estima que aunque parezca la menos compleja de las técnicas, exige de quien la realiza un conocimiento básico para observar y gran habilidad de observación. La palpación dice Sana 1/ "que es el proceso de examinar el cuerpo empleando el sentido del tacto con el objeto de determinar las características de los órganos y de los tejidos...". A través de ella se percibe la posición, vibración, movimiento, temperatura, consistencia y forma de los órganos; facilitando llevar a cabo un diagnóstico más preciso. El éxito de la palpación como técnica en el examen físico, depende no sólo de las habilidades de palpación que se tiene y de la competencia que tenga el examinador para discriminar e interpretar el significado de lo que se está palpando.

La percusión consiste en dar golpes a la superficie del cuerpo en forma ligera, lo cual produce sonidos que le permiten a quien examina determinar la posición, tamaño y densidad de una estructura subyacente. La interpretación de los efectos de la percusión requie-

re el empleo de los sentidos del oído y el tacto. La auscultación es el procedimiento que consiste en escuchar los sonidos que producen los diferentes órganos del cuerpo, con el objeto de descubrir variaciones y desviaciones en relación con sus propias características. Se considera 1/ que la clave para lograr una buena auscultación está en escuchar sólo en un lugar a la vez y concentrarse en la que se está oyendo. Es necesario reconocer los ruidos normales y discriminar los anormales, así como también discernir la naturaleza y significado de los hallazgos anormales.

Como podrá constatarse a través de lo dicho anteriormente, el poder completar una historia clínica de un paciente por medio de la anamnesis y el examen físico, requiere de la enfermera una gran capacidad y destreza, en las cuales con la experiencia logra mayor seguridad y precisión. La valoración de la situación del paciente además de que debe realizarse sistemática y cuidadosamente, también debe ser igual en el análisis y síntesis de los datos. Se supone que otra función de la enfermera en relación a este proceso, es el registro de esos datos, los cuales deben ser anotados en forma lógica, ordenada y condensada en forma tal que se eliminen los detalles no esenciales. Un hecho importante en esa síntesis de datos es la declaración de aquellos problemas de salud identificados y que requieren de la actividad de Enfermería, esa fase se le denominan en la actualidad diagnóstico de Enfermería. La identificación de estos problemas se considera que es otra de las funciones básicas de Enfermería, con la cual se completa el proceso de valoración de la salud del individuo. Algunos autores entre ellos Barret 2/ conceptualizan el diagnóstico en una forma más amplia

1/ Kozier y. Du-Gás. Tratado de Enfermería Práctica México: Nueva Editorial Interamericana, 1974 Pág. 59

2/ Barret Jean. Op Cit Pág. 256

abarcando la recolección de datos, su análisis y la identificación de necesidades y problemas salud.

1/ dice que diagnóstico de Enfermería es la identificación de los problemas de Enfermería que presenta el paciente, el cual es sintetizado después del proceso de la evaluación clínica. Smith 2/ comenta que el diagnóstico es " la declaración de los trastornos funcionales del paciente que, a juicio de la enfermera necesitan ser tratados por actos específicamente definidos de Enfermería, así como capacidades funcionales identificadas que deberían conservarse y apoyarse mediante acción de Enfermería...." Estas declaraciones deben ser claras y sencillas, que identifiquen y comuniquen los problemas inherentes del paciente.

El diagnóstico de dichos problemas se realiza tomando de base las necesidades básicas que tiene todo individuo, las cuales son elementales para mantener su salud mental y física. Los tipos de necesidades, problemas y/o su clasificación varían dependiendo del enfoque de autores. Maslow.3/establece una jerarquía de necesidades; su teoría se basa en el concepto de que hay ciertas necesidades básicas que son comunes a todos los individuos de la especie humana y deben ser ordenadas en función de su importancia. Las necesidades por orden de prioridad las clasifica en: fisiológicas, seguridad, amor y pertenencia, estimación, y autorrealización. Abdellah y Levine 4/ han identificado 21 problemas de Enfermería englobados en 4 grupos; los del primero estiman que las presentan todas las personas y se refieren a las necesidades de seguridad, higiene, ejercicio y mecánica corporal. Las del grupo B las rela-

1/ Kozier y Du-Gas. Tratado de Enfermería Práctica México: Nueva Editorial Interamericana, 1974, Pág. 59

2/ Dorothy Smith. Op Cit Pág. 15

3/ Kozier y Du-Gas Op Cit Pág 60

4/ Administración de Servicios de Enfermería Tomo II, Planeamiento del Cuidado del Paciente. OPS. Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la O.M.S. Pág. 12 y 14

ciona con el proceso de funcionamiento corporal normal y alterado como: eliminación, alimentación, mecanismo reguladores y funciones motoras y sensoriales. En el tercer grupo, C, incluye dificultades emocionales e interpersonales y el último se refiere a problemas sociológicos. Otro autor es Henderson 1/ quien nos habla de que "La función propia de la enfermera consiste en atender al individuo, enfermo o sano, en la ejecución de aquellas actividades que contribuyan a su restablecimiento".

Aún con esos diferentes enfoques que pueden ayudar en la identificación y organización de las necesidades y problemas, se considera que no importa cual se utilice, lo relevante en dicha función es tener una metódica o un sistema para tal identificación.

Otra función relacionada con las necesidades es el establecimiento de prioridades de una manera que permita determinar cuáles deben ser atendidas inicialmente por el personal de Enfermería.

En relación a todo este proceso diagnóstico dice Smith 2/ que... "las declaraciones diagnósticas de Enfermería reflejan directamente la capacidad de la enfermera como solucionadora eficaz de problemas.- Someten a prueba profesional tanto los conocimientos científicos y clínicos de la enfermera como su capacidad, para servirse del proceso de apreciación eficazmente... "Barret 3/ se refiere a esta responsabilidad de la profesión de Enfermería de la manera siguiente:

"Tener enfermeras practicantes diestras en diagnósticos de Enfermería, debería ser una meta de la profesión de enfermera. Para conseguirlo es esencial una investigación

1/ Virginia Henderson. Principios básicos de los cuidados de Enfermería. Publicaciones Científicas N° 57, Washington, D.C. 1961, Pág. 6

2/ Dorothy Smith. Op Cit Pág. 16

3/ Jean Barret. Op Cit Pág. 256

continua para crear métodos de diagnóstico de Enfermería y comprobar su efectividad. Pueden adaptarse medidas para este último punto. Para alcanzar la meta, las enfermeras que practican en la actualidad deben ser ayudadas para que estudien y critiquen sus sistemas de comunicación y para que encuentren formas más efectivas para determinar las necesidades del enfermo, que no pueden ser observadas con facilidad, especialmente las de naturaleza psicosocial".

Con todo ello se destaca aún mucho más la responsabilidad que tiene Enfermería en todo el proceso de atención del paciente y en particular en la valoración de la salud del individuo. Se considera que Enfermería no solo es responsable de llevar a cabo esa valoración para que se realice una atención de calidad al paciente sino también de establecer guías que orienten ese proceso diagnóstico tales como: normas y procedimientos de atención de Enfermería en relación a todo el proceso y otros lineamientos que se estiman pertinentes para asegurar una prestación de servicios eficientes. La disponibilidad y utilización de estas guías serán básicas para la continuación de la atención según las siguientes fases del proceso de Enfermería como: planificación, intervención y evaluación de los servicios prestados.

Analizando la revisión bibliográfica antes descrita, se puede deducir la importancia que tiene la valoración de la atención de los pacientes. No obstante, a través de análisis empíricos, se ha podido observar que aunque éste es el quehacer básico de la enfermera, no se ha definido claramente, cuáles son las funciones de Enfermería en estas áreas. Así como también, no se han elaborado guías, ni criterios que nos orienten en la valoración de la salud de los pacientes.

Tomando en base las presunciones antes enunciadas, se ha decidido realizar una investigación operativa normativa que nos permita definir las funciones de la Enfermera en la Valoración de la Salud del Individuo, así como también, establecer criterios y guías que orienten esa responsabilidad que debe desempeñar la Enfermera.

M E T O D O L O G I A

Considerando que el Hospital Escuela, está iniciando su funcionamiento, se decide realizar en el Servicio de Cirugía, una investigación operativa dirigida a establecer lineamientos generales para la valoración de la atención del paciente.

U N I V E R S O :

Para fines de estudio, se tomó en cuenta como universo, todo el personal de Enfermería Profesional del Bloque Médico-Quirúrgico, un total de 32 enfermeras distribuidas en los Servicios de Medicina y Cirugía.

M U E S T R A :

Para la obtención de la muestra, se usó como criterio, tomar las diez Enfermeras que laboran como jefes de Unidad del Servicio de Cirugía.

PROCEDIMIENTO METODOLOGICO;

El proceso a seguir en la ejecución de este estudio, será realizado por los investigadores a través de diseño de las guías generales y discusión y análisis de las mismas, con la muestra seleccionada. Las etapas a seguir, serán las siguientes:

Elaboración de instrumentos, consistentes en el diseño de:

- Hoja de anamnesis
- Guía para el examen físico en la práctica de Enfermería
- Tabla comparativa de Datos de Exámenes de Laboratorio
- Clasificación de características del paciente: Independiente, medianamente dependiente y dependiente, según las necesidades presentadas

Segunda Fase:

Una vez elaboradas y analizadas las guías, se procederá a la elaboración de las funciones y normas de Enfermería, referentes a la valoración de la salud del individuo.

Tercera Fase:

Presentación a la muestra seleccionada de las normas, guías y funciones para la revisión y análisis de las mismas.

Reuniones periódicas con la muestra seleccionada, para la discusión y análisis de las guías, normas y funciones.

Revisión y completación de las guías, normas y funciones diseñadas.

RESUMEN DE LOS RESULTADOS

El análisis y discusión de las funciones, normas y guías, reveló los resultados que se presentan a continuación;

1. - FUNCIONES:

En relación a éstas, fue considerado por la totalidad del grupo, que dichas funciones están completas, pero que deberán ser divulgadas en todos los servicios y a todo el personal laborante para que conozcan su importancia y la gran utilidad que representan en la valoración del individuo.

2. - NORMAS:

La muestra seleccionada considera que en lo referente a normas, éstas deberán ser implementadas en su totalidad, para que sirvan de guía de acción en la valoración del paciente.

3. GUIA PARA LA ANAMNESIS:

En relación a este formulario, la muestra seleccionada manifiesta que en general el instrumento contenía los datos principales. No obstante se hicieron algunos comentarios y. agregados, como los siguientes:

- Dos enfermeras informaron que no establecían la diferencia entre problema actual, molestia concreta y duración del síntoma.
- En relación al área de situación socio-económica y referente a la vivienda, dos agregaron el tipo de "manaca" y piso de "madera".
- Referente a los factores que pueden influir en el cuidado de enfermería, una de ellas comentó que debe agregarse la actitud hacia la hospitalización.

4. - GUIA PARA EL EXAMEN FISICO:

En lo que se refiere a este formulario, la muestra seleccionada manifiesta lo siguiente:

- Está completo y todos los pasos son muy importantes
- Dos de las compañeras manifestaron que en el N° 6, referente a Ojos, inciso "j", debe cambiarse "iris" por "pupila"
- En el N° 9, referente a boca, recomendaron agregar "prótesis". Las modificaciones realizadas fueron limitadas, no obstante el grupo en general dio algunas sugerencias
- Mimeografiar la guía del examen físico de tal manera que facilite el registro de los datos encontrados en la evaluación física

5. - TABLA DE REFERENCIA PARA EXAMENES DE LABORATORIO:

En la reunión, la muestra seleccionada manifiesta que: aunque existen otros exámenes de laboratorio, están de acuerdo de que esos son los más importantes y comunes tanto para medicina, como para cirugía. Sin embargo, manifestaron que se debe agregar, tipo de sangre y factor Rh.

6. - CLASIFICACION DE LA EVOLUCION DE LAS CARACTERISTICAS DEL PA
CIENTE:

La muestra seleccionada, consideran que están muy completas y que serán de gran utilidad para poder elaborar los planes de cuidado.

Debe mencionarse que, en general, la muestra encontrada, contribuyó muy poco en la discusión y análisis de las funciones, normas y guías generales, por lo tanto, fueron pocas las modificaciones realizadas a los formatos presentados.

C O N C L U S I O N E S

Una vez realizado por las enfermeras el análisis de las funciones, normas y guías presentadas por las investigadoras a las encuestadas se concluye lo siguiente:

1. - Las funciones elaboradas están completas y reflejan la responsabilidad de la enfermera en la valoración de la atención del paciente.
2. - Las normas diseñadas para tal fin engloban las referentes a la atención del paciente en esta fase del proceso de enfermería.
3. - La guía sobre la anamnesis se considera que está completa, aunque era necesario agregarle un área referente a la actitud del usuario hacia la hospitalización.
4. - La tabla de referencia para exámenes de laboratorio incluye aquellos que pueden y deben ser utilizados e interpretados por la enfermera para la evaluación clínica. Se agregó el tipo de sangre y el factor Rh.
5. " A la guía para el examen físico no se le realizaron modificaciones ni agregados substanciales, no obstante se dieron algunas sugerencias para la enseñanza e implementación de la evaluación clínica en los servicios.
6. - La guía para la Clasificación de la evolución de las características del paciente se estima que está completa y apropiada para determinar el progreso del paciente.

R E C O M E N D A C I O N E S

De acuerdo a los resultados del presente estudio se plantean a la Jefatura del Departamento de Enfermería del Hospital-Escuela las siguientes sugerencias:

1. - Conocer y analizar las funciones, normas y guías elaboradas para la valoración de la salud del individuo.
2. - Considerar la factibilidad de que estas normas, funciones y guías sean aprobadas e implementadas a nivel de los Servicios de Atención a Pacientes Hospitalizados.
3. - Desarrollar dentro de los Programas de Educación en Servicio, cursos , seminarios u otras actividades sobre la valoración de la salud del individuo.
4. - Elaborar normas, funciones y guías generales sobre las otras fases del Proceso de Enfermería: Planificación, Intervención y Evaluación.

De ser implantadas estas funciones, normas y guías, se recomienda la evaluación de las mismas en el período mínimo de un año, y tomar en cuenta las siguientes sugerencias dadas por las encuestadas:

1. - Orientar y enseñar al personal de enfermería, sobre la técnica del examen físico y el manejo de equipos especiales que se utilizan en el mismo.
2. - Realizar el examen físico en etapas, por la falta de práctica y por otras funciones que tiene que realizar la enfermera.
3. - Dotar a cada unidad de equipo especializado para realizar el examen físico.
4. - Estimar el tiempo necesario para realizar el examen físico de acuerdo al promedio de ingresos para poder distribuirlo en sus horas de trabajo.

S U M A R I O :

El presente estudio de carácter operativo normativo, fue realizado en el Hospital Escuela, durante un período comprendido entre los meses de febrero a noviembre de 1979. Para determinar la calidad de atención que se brinda al paciente hospitalizado por el personal Profesional de Enfermería.

El estudio se realizó con las Enfermeras que trabajan en el servicio de Cirugía el que está integrado por 10 unidades de atención.

La recolección de datos se realizó en 3 fases:

Primera Fase: incluyó elaboración de instrumentos consistentes en el diseño de hoja de anamnesis, guía para el examen físico en la práctica de Enfermería, tabla comparativa de datos de exámenes de laboratorio, clasificación de la evaluación del paciente, según necesidades en independientes, medianamente dependientes e independiente.

Secunda Fase: elaboración de funciones y normas de Enfermería, referentes a la Valoración de la Salud del Individuo.

Tercera Fase: presentación a la muestra de las normas, guías y funciones en reuniones de grupo para revisión y análisis de las mismas.

- Reuniones periódicas con la muestra seleccionada para la discusión y análisis de las guías, normas y funciones,
- Revisión y completación de las guías, normas y funciones, diseñados para tales fines.

Los resultados del trabajo, se circunscriben a presentar las funciones de la enfermera en la valoración de la salud del individuo, las normas que orientan esa atención y las guías diseñadas en la primera fase.

B I B L I O G R A F I A

- Barreth Jean, La Enfermera Jefe. 23 Edición, Nueva Editorial Interamericana, México. 1973
- Blount Mary, Belle Kinny Anna, Clínicas de Enfermería de N.A. Enfermería Neurológica en Neurocirugía, 1a. Edición, Nueva Editorial Interamericana, México 1974
- Kozier y Du-Gas, Tratado de Enfermería Práctica. 2a. Edición. Nueva Editorial Interamericana, México 1974
- Grace Helen K, Traver Goyle, Clínicas de Enfermería de N.A. Intervención en las crisis, atención de las Enfermedades respiratorias. 1a. Edición. Nueva Editorial Interamericana, México 1974
- Kron Thora, Manual de Enfermería. 2a. Edición, Nueva Editorial Interamericana, México 1977
- Pumarino Hugo, Elementos de Patología General v Fisiología Clínica Médica. 1a. Edición, Editorial Andrés Bello, Chile 1975
- Sana Josephine M, Judge Richard, Métodos para el examen Físico en la práctica de Enfermería. Talleres Gráficos Carvajal, Colombia 1977
- Smith Dorothy, Enfermería Médico Quirúrgico. 4a. Edición. Nueva Editorial Interamericana, México 1978
- Meyer Alice T. Deiman Patricia A. "Planeamiento del cuidado del paciente" Administración de Servicios de Enfermería. Tomo II» Washington, OPS/OMS, 1971
- Meyer Alice T. "Supervisión" Administración de Servicios de Enfermería. Tomo III» Washington, OPS/OMS, 1971
- "La enfermera y el cuidado progresivo del paciente" El Hospital, vol. 1 N° 6, Diciembre 1976, Pag. 18 a 23 y 31
- Proceso de Enfermerías Universidad Nacional Autónoma de Honduras. Facultad de Ciencias Médicas. Carrera de Enfermería 1971

Diagnóstico de Enfermería: Universidad Nacional Autónoma de Honduras. Facultad de Ciencias Médicas. Carrera de Enfermería 1971

Unidades de Cuidado Intensivo para la América Latina.

Publicación científica N° 264 (segunda impresión)
Washington, OPS/OMS, 1973

Guía para Examen Físico: Universidad Nacional Autónoma de Honduras. Facultad de Ciencias Médicas. Carrera de Enfermería 1978.

Normas de atención. "Clasificación de las necesidades del Paciente" Departamento de Enfermería Hospital Escuela 1978

A N E X O S

I N S T R U C T I V O

Estimada Colega:

Como es de su conocimiento, actualmente se están determinando las funciones que la enfermera debe desempeñar, para realizar la valoración de la salud del individuo, en cada uno de los bloques que constituyen el Hospital Escuela. Específicamente en el Bloque Médico Quirúrgico, se está, tratando de que las funciones de la enfermera sean las más relevantes, de acuerdo a la situación.

Para tal fin, se han elaborado los formularios adjuntos, en los que se especifican los datos que servirán de guías para realizar la valoración y que consideramos de mayor importancia. Agradecemos que usted los analice detenidamente y posteriormente podamos reunirnos para conocer su opinión y sugerencias al respecto.

HOSPITAL ESCUELA
DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA

Anexo N° 1

FUNCIONES DE LA ENFERMERA;

Se considerarán en ésta:

1. - Recolectar los datos relacionados con la condición del paciente, mediante el uso del interrogatorio, expediente clínico y entrevista con los familiares.
2. - Realizar la anamnesis y el examen físico de los pacientes, siguiendo el orden establecido en las guías elaboradas para tal fin.
3. - Establecer comparación de los resultados de los datos de laboratorio, con la tabla diseñada.
4. - Indagar los antecedentes personales y familiares que puedan proveer información, acerca de los problemas actuales o potenciales del paciente.
5. - Identificar los problemas de enfermería, estableciendo prioridades.
6. - Determinar la condición del paciente de acuerdo a la guía: "Clasificación de evaluación del paciente según necesidades"
7. - Elaborar guías diagnósticas para la valoración de la salud del individuo.
8. - Revisar, interpretar y evaluar periódicamente las guías, para la valoración de la salud del individuo.
9. - Elaborar normas para la valoración de la salud del individuo.

HOSPITAL ESCUELA
DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA

Anexo N° 2

GUIA PARA ANAMNESIS

1. - DATOS DE IDENTIFICACION:

Historia N° _____
NOMBRE: _____ SEXO ____ EDAD: ____
ESTADO CIVIL: _____ OCUPACION:
UNIDAD: _____ CAMA N°: _____

2. - CAUSA DE CONSULTA:

SINTOMA O MALESTAR QUE REFIERE EL PACIENTE: _____

MOLESTIA CONCRETA Y DURACION DEL SINTOMA: _____

3. - PROBLEMA ACTUAL:

4. - ANTECEDENTES PERSONALES:

HIGIENE GENERAL: _____

ESCOLARIDAD: _____

RELIGION: _____

ACTIVIDADES RECREATIVAS: _____

HABITOS: Alcoholismo ____ Tabaquismo ____

DIETETICA: _____

ENFERMEDADES DE LA INFANCIA Y DE LA VIDA ADULTA: _____

5.- ANTECEDENTES FAMILIARES:

	DIA- BETES	T.B.C.	HIPER- TENSION	GOTA	ENF.CAR- DIACA	OBE- SIDAD	OTROS
PADRES							
HERMANOS							
ABUELOS							

CAUSAS DE MUERTE:

6.- SITUACION SOCIO-ECONOMICA:

SALARIOS: _____

OTROS INGRESOS: _____

VIVIENDA:

- MADERA
- MANACA
- LADRILLO
- PISO DE TIERRA
- PISO DE MADERA
- PISO DE LADRILLO
- LETRINA
- SERVICIO SANITARIO
- FECALISMO AL AIRE LIBRE

- AGUA POTABLE

- AGUA DE POZO

- LUZ ELECTRICA

7. - FACTORES QUE PUEDEN INFLUIR EN EL CUIDADO DE ENFERMERIA:

ALIMENTACION

Alimentos que le gustan _____

Alimentos que no le gustan _____

Hora en que prefiere comer _____
(Comidas principales)

ELIMINACION

Tiene problemas en la eliminación _____

A qué horas acostumbra defecar _____

Necesita de algún laxante (dé nombres) _____

SUEÑO

Número de horas que duerme usualmente en la noche _____

A qué horas duerme durante el día _____

Padece de insomnio _____

ALERGICO

Padece de alergia a medicamentos (dé nombres) _____

Padece de alergia a alimentos (dé nombres) _____

ACTITUD HACIA LA HOSPITALIZACION

Nunca ha sido hospitalizado _____

Qué experiencias ha tenido _____

Tiene temor a la operación _____

HOSPITAL ESCUELA
DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA

Anexo N° 3

GUIA PARA EL EXAMEN FISICO EN LA PRACTICA DE ENFERMERIA

Guía para la secuencia del examen físico según posición del individuo, área de evaluación y algunos aspectos a evaluar en cada una de dichas áreas.

A . Persona sentada y el examinador de frente

1. Apariencia general

2. Brazos y manos

- | | |
|-----------------|---------------------------------------|
| a. uñas _____ | e. músculos _____ |
| b. palmas _____ | f. articulación _____ |
| c. mano _____ | g. pulso braquial y
radial , _____ |
| d brazo _____ | h. fuerza y movilidad _____ |
| | i. otros _____ |

3. Signos vitales

- | | |
|----------------------|---------------------------|
| a. pulso _____ | c. presión arterial _____ |
| b. respiración _____ | d. temperatura _____ |
| | e . Otros; _____ |

4 .Cabeza

- | | |
|-----------------|--------------------------|
| a. forma _____ | c. pelo _____ |
| b. tamaño _____ | do cuero cabelludo _____ |
| | e. otros _____ |

5 . Cara

- | | |
|-------------------|---------------------|
| a. forma _____ | d. movimiento _____ |
| b,, tamaño _____ | e. piel _____ |
| c. simetría _____ | f. otros _____ |

6. Ojos

- | | |
|-------------------|---------------------------|
| a» forma _____ | h. sistema lacrimal _____ |
| b. simetría _____ | i* córnea _____ |

- c. conjuntivas _____
- d. esclerótica _____
- e. párpados _____
- f. cejas _____
- g. reflejos _____

- j. pupila _____
- k. movimientos _____
- l. agudeza visual _____
- m. fondo de ojo _____
- n. otros _____

7. Oído

- a. oído externo _____
- b. exámen otoscópico _____

- c. agudeza auditiva _____
- d. otros _____

8. Nariz

- a. forma _____
- b. tamaño _____

- d. mucosas _____
- e. movimientos nasales _____
- f. otros _____

9. Boca

- a. labios _____
- b. dientes _____
- c. encías _____
- d. lengua _____
- e. mucosa _____

- f. paladar óseo _____
- g. velo del paladar _____
- h. glándulas salivales _____
- i. amígdalas _____
- j. uvula _____
- k. voz _____
- l. otros _____

10. Cuello

- a. tamaño _____
- b. forma _____
- c. movimiento _____
- d. posición traqueal _____
- e. ganglios _____

- f. tiroides _____
- g. vasos y pulso _____
- h. músculos _____
- i. fuerza _____
- j. otros _____

11. Tórax

- a. forma _____
- b. tamaño _____
- c. simetría _____
- d. movimientos respiratorios _____

- e. glándulas mamarias _____
- f. axilas _____
- g. pulmones: auscultación lóbulos superiores _____
- h. otros _____

B, Persona sentada y el examinador atrás del paciente.

1. Cuello

a. tiroides _____

2. Tórax

a. forma _____ e. pulmones _____

b. tamaño _____ límites _____

c. simetría _____ sonidos _____

d. movimientos respiratorios _____ percusión lobar _____

_____ f. otros _____

3. Columna vertebral

a. posición _____ c. movimientos _____

b. forma _____ d. sensibilidad _____

e. _____ otros _____

C. Persona acostada y el examinador a la derecha

I. Tórax

a. glándulas mamarias _____ c.- ganglios ■ _____

b. _____ axilas _____ d. corazón:
vasos del cuello
ápice del corazón _____

ruidos cardiacos _ /

e . otros _____

2 . Abdomen

a. forma _____ e. vasos _____

b. tamaño _____ f. órganos _____

c . sensibilidad _____ g. ganglios _____

d. movimientos peristálticos _____
_____ h. otros _____

3 . Extremidades inferiores

a. muslo _____ g. articulaciones _____

b. pierna _____ h. pulso _____

c. pie _____ i. fuerza _____

- d. uña _____
- e. piel _____
- f. músculos _____

- j. movimientos _____
- k. sensibilidad _____
- l. reflejos _____

4. Extremidades superiores

- a. sensibilidad _____
- b. reflejos _____

- c. otros _____

D. Persona sentada

1. Exámen Neurológico: completario

E. Persona de pie

1. Ambulación

- a. paso _____
- b. coordinación _____

- c. equilibrio _____
- d. otros _____

2. Columna Vertebral

- a. movimientos _____

- b. otros _____

3. Exámen genital y rectal

- a. masculino: órganos externos, hernias _____
- b. femenino: órganos externos _____
- c. otros _____

HOSPITAL ESCUELA
DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA

Anexo N° 4

TABLA DE REFERENCIA PARA EXAMENES DE LABORATORIO

HEMATOLOGICO		Q U I M I C A	O R I N A	
Tipo	Hombres			Mujeres
Hto.	40-54	26-47	Glucosa 60-100 mg.	Ph. 4.5 a 8
Hb.	14-18	12-16	Urea 0.6 g%	Proteínas ausentes
Leuco- citos	5.000	a 10.000	Creatinina 1.2 mg/100	Glucosa ausentes
Plaq.	200.000	a 400.000		Hb. ausentes
Tipo sangre				Glob.Rojos 0-2/campo
Fact. Rh.				Urea 15 a 30 g/24 h.
				Leucocitos
				y glóbulos de pus 0.5/campo
				Células Epiteliales presentes
				Cristales presentes

HOSPITAL ESCUELA
DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA

Anexo N° 4

TABLA DE REFERENCIA PARA EXAMENES DE LABORATORIO

HEMATOLOGICO		Q U I M I C A	O R I N A	
Tipo	Hombres			Mujeres
Hto.	40-54	26-47	Glucosa 60-100 mg.	Ph. 4.5 a 8
Hb.	14-18	12-16	Urea 0.6 g%	Proteínas ausentes
Leuco- citos	5.000 a	10.000	Creatinina 1.2 mg/100	Glucosa ausentes
Plaq.	200.000 a	400.000		Hb. ausentes
Tipo sangre				Glob.Rojos 0-2/campo
Fact. Rh.				Urea 15 a 30 g/24 h.
				Leucocitos
				y glóbulos de pus 0.5/campo
				Células Epiteliales presen- tes
				Cristales presentes

HOSPITAL ESCUELA
DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA

Anexo N° 5

NORMAS DE ATENCION DE ENFERMERIA RELACIONADAS CON LA VALORACION DE

LA SALUD DEL INDIVIDUO

Se considerarán las siguientes:

1. - Todo paciente a su ingreso a las unidades de Cirugía? deberá realizársele una valoración completa de su estado de salud.
2. - La valoración del estado de salud del, paciente será realizada por la enfermera jefe de la unidad y/o por la enfermera general si la misma existiera.
- 3.- La valoración del estado de salud del paciente se hará a través de la anamnesis, examen físico y el resultado de los datos de laboratorio.
- 4.- En la anamnesis se investigará sobre:
 - Datos de identificación: nombre, sexo, edad, fecha de nacimiento, estado civil, ocupación.
 - Causas de consulta: síntomas o malestares que refiere el paciente, molestia concreta que refiere el paciente duración del síntoma.
 - Problema actual: ampliación de la causa de consulta, con información más detallada síntomas y episodios significativos que aparecieron antes del problema actual cronológicamente descritos? descripción completa del estado presente del problema resumen da todos los datos positivos y negativos relevantes al problema.
 - Antecedentes personales: higiene general, lugar de nacimiento, lugar de residencia, escolaridad, deporte, tabaquismo y alcoholismo.
 - Antecedentes familiares: enfermedades como diabetes, tuberculosis, hipertensión, gota, enfermedades cardíacas, causas de muerte de los padres y abuelos.
 - Situación socio-económica: salarios, otros ingresos, características del ambiente de donde procede el individuo y otros referentes a hábitos y costumbres.

5.- La anamnesis la realizará la enfermera jefe o enfermera general a través del interrogatorio con el paciente, (dependiendo de su estado), familia o acompañante,,

6.- El examen físico, se realizará siguiendo un orden céfalo-caudal, de acuerdo a la guía para realizar el examen físico del paciente (anexo N° 3)

7.- El equipo y material a tener listo para realizar el examen físico, debe constar de:

Estetoscopio	Esfigmomanómetro
Termómetro	Reloj con segundero
Lámpara de mano	Depresor
Báscula	Cinta métrica
Oto-oftalmoscopio	Martillo de reflejos

8.- El examen físico, se realizará utilizando las técnicas de inspección, palpación, percusión, auscultación y medicación» A través del examen se hará especial énfasis en los siguientes aspectos:

- Grado de conciencia del paciente (comatoso, inconsciente, obnubilado, desorientado, delirante, amnésico, con excitación psíquica y paciente lucido)
- Estado general del paciente (grave, muy decaído o activo)
- Estado emocional (tranquilo, preocupado, angustiado)
- Estado nutritivo (obeso, buen estado nutritivo, regular estado nutritivo, caquéxico)
- Estado de hidratación (estado de mucosa y piel y otros signos de hidratación en ojos y fontanelas, presencia de edema local y general)
- Higiene (limpieza de piel, cabello, mucosa y uñas)
- Movilidad (con excitación motora, convulsiones y contracturas, temblores generalizados o locales, camina y se moviliza sin dificultad, tiene pérdida de movimiento, parcial o total de su cuerpo, o de algún miembro o sector del cuerpo)
- Piel y mucosa (presencia de hematomas o Petequias, hemorra-

- *gia, exantema, anatemas, heridas, escoriaciones, quemaduras, pigmentaciones, secreciones, sudoración, otros*
- *Visión (definir si va de lo normal a lo anormal, sin problemas visuales, grado de ceguera parcial o total, presencia de prótesis)*
- *Audición (sin problemas de la audición, con sordera parcial o total, uso de artefactos de audición)*
- *Comunicación verbal (se expresa sin dificultad, no habla, no habla español, tiene disartria, disfonía y afonía) Eliminación (orina y defeca normalmente, presenta diarrea, vómitos, retención urinaria, poliuria, estreñimiento, timpanismo)*
- *Presencia de dolor (localización y tipo de dolor)*

9.- A través de la valoración del paciente, éstos se clasifican en: Independiente, medianamente dependiente y dependiente, según sus necesidades y en base a la guía de "Clasificación de características del paciente" (anexo N° 6)

10.- La enfermera jefe, será la responsable de la interpretación de los siguientes datos de laboratorio: recuento globular, orina, heces, glicemia, urea y creatinina de acuerdo a la tabla comparativa establecida (anexo N° 4)

11.- Las acciones de enfermería a realizarse, estarán de acuerdo a la clasificación que se haga del estado del paciente»

CLASIFICACION DE LA EVOLUCION DEL PACIENTE SEGUN NECESIDADES

NECESIDADES	PACIENTE INDEPENDIENTE	MEDIANAMENTE DEPENDIENTE	PACIENTE DEPENDIENTE
Respiración	<p data-bbox="737 329 1001 358">Sin alteraciones</p> <p data-bbox="737 558 1049 679">Practica buenos hábitos de higiene de las vías respiratorias superiores</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="1095 329 1463 386">- Dificultad respiratoria moderada. <li data-bbox="1095 411 1453 532">- Necesita posición adecuada para respirar en forma confortable.- <li data-bbox="1095 558 1447 644">- Presenta secreciones en cantidad moderada.- <li data-bbox="1095 701 1383 758">- Dolor torácico o abdominal.- <li data-bbox="1121 782 1447 839">Dificultad para eliminar secreciones. <li data-bbox="1121 865 1447 922">Tiene temor de toser o respirar profundo 	<p data-bbox="1506 329 1892 386">Franca dificultad respiratoria.</p> <p data-bbox="1506 411 1864 504">Secreciones abundantes y espesas de las vías respiratorias.-</p> <p data-bbox="1506 558 1880 679">Necesita de gases auxiliares.- Mantiene tubo de traqueotomía.</p> <p data-bbox="1506 736 1880 829">Precisa de aparatos especiales para mantener su respiración</p>

HOSPITAL ESCUELA

DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA

CLASIFICACION DE LA EVOLUCION DEL PACIENTE SEGUN NECESIDADES

NECESIDADES	PACIENTE INDEPENDIENTE	MEDIANAMENTE DEPENDIENTE	PACIENTE DEPENDIENTE
Alimentación e hidratación	<p>Se alimenta sin ayuda</p> <p>Tiene buen apetito, dieta corriente.-</p> <p>Toma regularmente líquidos.-</p>	<p>Necesita ayuda para alimentarse.</p> <p>Apetito regular o come en exceso.-</p> <p>Dieta especial.</p> <p>Presenta molestias digestivas, vómitos, diarreas, meteorismo, acídés, dolor, dificultad para deglutir, constipación</p> <p>Toma poco líquido</p> <p>Presenta edema.</p>	<p>Incapáz de comer por si solo.</p> <p>Inconciente.</p> <p>Se niega a alimentarse</p> <p>No ingiere líquido.</p> <p>Paciente con nada por boca.</p> <p>Presenta edema generalizado</p>
Eliminación	<p>Controla esfínteres.</p> <p>Tiene buenos hábitos de eliminación higiénicos</p> <p>Buen funcionamiento renal y digestivo.</p> <p>Capáz de levantarse para ir al servicio sanitario</p>	<p>Controla sus esfínteres, pero necesita ayuda para usar orinales, vides, ir al servicio</p> <p>Tiene constipación, diarrea, vómitos, disuria, poliuria, hematuria, hemorroides, antecedentes parasitarios.</p>	<p>No controla esfínteres.</p> <p>Presenta retención urinaria o fecal</p> <p>Sonda vesical permanente</p> <p>Preservativo</p> <p>Sonda gástrica o intestinal.</p>

HOSPITAL ESCUELA

DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA

CLASIFICACION DE LA EVOLUCION DEL PACIENTE SEGUN NECESIDADES

NECESIDADES	PACIENTE INDEPENDIENTE	MEDIANAMENTE DEPENDIENTE	PACIENTE DEPENDIENTE
Eliminación.... (cont.)		<p>Hábitos higiénicos poco satisfactorios</p> <p>Necesita entrenamiento del control de esfínteres.</p> <p>Hábitos irregulares de eliminación.</p> <p>Es tímido o necesita estricta privacidad para evacuar.</p> <p>No puede evacuar en decúbito dorsal o en cama.</p>	<p>Operado de colostomía, cistostomía o de afecciones rectales</p> <p>Paciente inconciente.</p> <p>Paciente con conducta higiénica antisocial</p>
Mantención de la temperatura corporal	<p>Regula bien la temperatura corporal</p> <p>No ha presentado fiebre.</p>	<p>Presenta fiebre moderada, menos de 38o C.</p> <p>Presenta fiebre intermitente</p>	<p>Presenta fiebre alta más de 38o C.</p> <p>Presenta fiebre persistente.</p>

HOSPITAL ESCUEZA

DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA

CLASIFICACION DE LA EVOLUCION DEL PACIENTE SEGUN NECESIDADES

NECESIDADES	PACIENTE INDEPENDIENTE	MEDIANAMENTE DEPENDIENTE	PACIENTE DEPENDIENTE
Mantención de la temperatura.... (cont.)	Usa ropa adecuada	Tolera bién la fiebre Presenta molestias leves	Tolera mal la fiebre (cefálea, sofocación, sudoración intensa, obnubilación) No regula bién la temperatura. Se enfría con facilidad. Mantiene los pies fríos Inconcientemente se mantiene descubierto
Reposo---Actividad Sueño - Posición	Paciente ambulatorio Duerme bién	Necesita ayuda para movilizarse y/o deambular Necesita mantener en reposo o inactividad alguna parte de su cuerpo Necesita mantener una posición terapéutica No se moviliza por dolor o adopta posición viciosa	Paciente inconciente. Paciente con parálisis, inmovilizado o con dolores generalizados Paciente delirante y con irritación motora Con insomnio pertinaz

DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA

CLASIFICACION DE LA EVOLUCION DEL PACIENTE SEGUN NECESIDADES

NECESIDADES	PACIENTE INDEPENDIENTE	MEDIANAMENTE DEPENDIENTE	PACIENTE DEPENDIENTE
Reposo-Actividad (cont.)		Superactivo y/o sin conciencia del peligro Paciente duerme poco.	
Higiene y comodidad	Paciente capaz de lavarse y bañarse solo. Tiene buenos hábitos higiénicos No tiene dolor.	Necesita ayuda para lavarse y bañarse Hábitos higiénicos poco satisfactorios Por su importancia o inmaduración funcional puede ensuciarse Con pediculosis Con hongos en los pies Tiene restricciones para levantarse e irse a la ducha. Presenta dolor leve y ocasional	Incapaz de hacer su aseo personal. Malos hábitos higiénicos Se ensucia frecuentemente y/o transpira profundamente. Tiene extensas lesiones de piel y/o mucosas que requieren cuidados especiales Presenta dolor intenso y persistente. Adopta posiciones especiales

HOSPITAL ESCUELA

DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA

CLASIFICACION DE LA EVOLUCION DEL PACIENTE SEGUN NECESIDADES

NECESIDADES	PACIENTE INDEPENDIENTE	MEDIANAMENTE DEPENDIENTE	PACIENTE DEPENDIENTE
Seguridad Personal	<p>Sabe la enfermedad que tiene.</p> <p>Tiene ideas bastante claras de la naturaleza de su enfermedad.</p> <p>Tiene enfermedad benigna de corta duración.</p> <p>Acepta su enfermedad.</p> <p>No es aprensivo</p> <p>Colabora en su recuperación.</p> <p>Se relaciona con facilidad.</p> <p>Acepta indicaciones de buen grado.</p> <p>Comunica sus dudas, necesidades y molestias.</p> <p>Busca recreación por sí solo y se mantiene ocupado.</p>	<p>Tiene idea de su enfermedad, pero no exactamente.</p> <p>Tiene ideas erradas acerca de su enfermedad.</p> <p>Su enfermedad es benigna, pero de larga duración.</p> <p>Tiene prejuicios con respecto a su enfermedad.</p> <p>Presta alguna colaboración en su recuperación</p> <p>Comunica solo algunas necesidades o molestias</p> <p>Con estado anímico variable</p> <p>Ocasionalmente se recrea en grupo</p>	<p>No tiene idea de su enfermedad.</p> <p>Desconoce totalmente la naturaleza de su enfermedad o tiene conceptos muy errados.</p> <p>Tiene una enfermedad de larga evolución.</p> <p>Su pronóstico es reservado.</p> <p>No acepta su enfermedad</p> <p>No colabora en su recuperación.</p> <p>Es tímido, introvertido, con dificultad de lenguaje o audición.</p> <p>Paciente agresivo, hurafío, insatisfecho, preimpotente.</p> <p>No pregunta sobre su enfermedad y tratamiento, ni manifiesta sus molestias. Habitudo a automedicación y solicita frecuentemente medicamentos.</p> <p>Paciente pesimista, apático, ocioso.-Paciente efectivamente dependiente.</p>