

PRÁCTICAS PROFESIONALES EN LOS SERVICIOS DE SALUD



PILAR
MUNICIPIO

Capacitación, Desarrollo y Comunicación
Subsecretaría de Recursos Humanos

Expectativas de logro

- Reconocimiento del campo de la práctica profesional de Enfermería en los distintos servicios de atención;
- Implementación de prácticas profesionales con enfoque en la salud integral del adulto y pediátrico, sustentadas en el Proceso de Atención en Enfermería.
- Análisis de las actividades que realiza el enfermero dentro de los diversos entornos profesionales y como parte del equipo de salud.
- Utilización de técnicas y procedimientos relacionados a los cuidados de enfermería de acuerdo a las demandas de los servicios.
- Una convocatoria explícita generadora de intereses movilizados y de motivaciones aglutinantes;

Valoración clínica

SÍNTOMA

Lo que el paciente manifiesta.

SIGNO

Lo que el enfermero observa en el paciente.

Coloración de la piel

- **Palidez:** en anemias, hemorragias, emociones, frío.
- **Cianosis:** (coloración azulada o violácea), observada en hemorragias severas, intoxicaciones, obstrucción de vías aéreas.
- **Rubicundez:** (color rojo intenso) en intoxicaciones agudas por atropina y barbitúricos, esfuerzos corporales intensos, enfermedades febriles, alcoholismo crónico, ira.

A veces puede ser necesario, según el color de piel de cada sujeto, que haya que observar el cambio de color de las superficies internas los labios, boca y párpados.

Algunas coloraciones en las mucosas pueden darnos idea de los problemas que puede tener el paciente.

Evaluación del paciente

CABEZA

Buscar los posibles traumatismos que se puedan presentar, palpando suavemente los huesos de la cabeza.

Dirigir la atención hacia los huesos que lo conforman, simetría, deformidad.

TÓRAX

La revisión debe comenzar por las costillas, lo más cercano a la columna vertebral y seguir gradualmente hacia adelante hasta llegar al esternón, evitando mover al lesionado.

ABDOMEN

Inspeccionar si hay edemas, masas, heridas, exposición de vísceras, o dolores en sitios particulares que darán cuenta de los órganos comprometidos.

PELVIS

El examen debe ser llevado a cabo por métodos similares a los adoptados para las costillas. Puede haber emisión involuntaria de orina.

EXTREMIDADES

Examinar cada hueso de los miembros inferiores y superiores para verificar si hay heridas. Si no hubiera signos de fractura conviene probar el movimiento de las articulaciones para excluir las dislocaciones.

Hay tres parámetros a tener en cuenta para la evaluación del paciente:

- **La respuesta verbal:** No habla, los sonidos son incomprensibles, el lenguaje es confuso o anormal.
- **La apertura ocular:** No abre los ojos, lo hace sólo al dolor o al hablarle, o los abre espontáneamente.
- **La respuesta motora:** No hay movimientos, hay movimientos de flexión o extensión anormales, los movimientos son orientados, obedece a las órdenes.

Signos vitales

Son las señales o reacciones que presenta un ser humano con vida que revelan las funciones básicas del organismo.

Los signos vitales son: **Respiración, Pulso, Reflejo Pupilar, Temperatura, Presión Arterial.**

Es importante valorar el funcionamiento del organismo y detectar las alteraciones que son frecuentes en caso de accidentes; para ello es necesario controlar la respiración y el pulso.

El control de la respiración y el pulso, además de ser necesario para determinar los cambios que se presenten como consecuencia del accidente, orientan al personal de salud para iniciar el tratamiento definitivo.

Respiración

Es el intercambio gaseoso entre el organismo y la atmósfera. Durante la **inspiración** se introduce el oxígeno a los pulmones de la atmósfera y en la **expiración** se elimina dióxido de carbono.

En la respiración, no sólo los órganos del aparato respiratorio son los que actúan, sino que también intervienen la contracción de los músculos del tórax y los movimientos de las costillas. Por eso, en caso de lesiones a este nivel, es importante el control de este signo vital.

→ Cifras normales de la respiración:

Niños de meses	30 a 40 respiraciones por minuto
----------------	----------------------------------

Niños hasta seis años	26 a 30 respiraciones por minuto
-----------------------	----------------------------------

Adultos	16 a 20 respiraciones por minuto
---------	----------------------------------

Ancianos	menos de 16 respiraciones por minuto
----------	--------------------------------------

Hay factores que hacen variar el número de respiraciones, entre ellas:

- **El sexo:** en la mujer, la respiración tiende a ser más rápida que en el hombre.
- **El ejercicio:** la actividad muscular produce un aumento temporal de la frecuencia respiratoria.
- **La hemorragia:** aumenta la respiración.
- **La edad:** a medida que se desarrolla la persona, la frecuencia respiratoria tiende a disminuir.

→ Procedimiento para controlar la respiración

Para controlar la respiración, usted como auxiliador, debe contar los movimientos respiratorios, tomando la inspiración y la espiración como una sola respiración.

1. Coloque al lesionado en una posición cómoda, acostado, en caso de vómito con la cabeza hacia un lado.
2. Afloje las prendas de vestir.
3. Inicie el control de la respiración observando el tórax y el abdomen, de preferencia después de haber tomado el pulso, para que el lesionado no se dé cuenta y evitar así que cambie el ritmo de la respiración.
4. Cuente las respiraciones por minuto utilizando un reloj con segundero.
5. Anote la cifra para verificar los cambios y dar estos datos cuando lleve el lesionado al centro asistencial

Pulso

Es la expansión rítmica de una arteria, producida por el paso de la sangre bombeada por el corazón. Por esto mismo se controla para determinar el funcionamiento del corazón.

Cuando el volumen de sangre bombeado por el corazón disminuye, el pulso sufre modificaciones, y cuando hay cambios en la elasticidad de las arterias, también.

→ Cifras normales del pulso:

El pulso varía, principalmente, de acuerdo a la edad, pero también puede variar por diferentes factores.

Niños de meses 130 a 140 pulsaciones por minuto

Niños 80 a 100 pulsaciones por minuto

Adultos 72 a 80 pulsaciones por minuto

Ancianos 60 o menos pulsaciones por minuto

→ **Sitios para tomar el pulso:**

El pulso se puede tomar en cualquier vena superficial que pueda comprimirse contra un hueso, pudiendo ser las siguientes:

- En la sien (temporal)
- En el cuello (carotídeo)
- Parte interna del brazo (humeral)
- En la muñeca (radial)
- Parte interna del pliegue del codo (cubital)
- En la ingle (femoral)
- En el dorso del pie (pedio)
- En la tetilla izquierda de bebés (pulso apical).

Los pulsos más identificados son el radial y el carotídeo.

→ **Recomendaciones para tomar el pulso:**

- Palpe la arteria con sus dedos índice, medio y anular. No palpe con su dedo pulgar, porque el pulso de este dedo es más perceptible y confunde el suyo.
- No ejerza presión excesiva, porque no se percibe adecuadamente.
- Controle el pulso en un minuto en un reloj de segundero.
- Registre las cifras para verificar los cambios.

Manera de tomar el pulso carotídeo:

En primeros auxilios se toma este pulso porque es el de más fácil localización y el que pulsa con más intensidad.

La arteria carótida se encuentra en el cuello a lado y lado de la tráquea, para localizarlo haga lo siguiente:

1. Localice la nuez de Adán.
2. Deslice sus dedos hacia el lado de la tráquea.
3. Presione ligeramente para sentir el pulso.
4. Cuente el pulso por minuto.

Cómo tomar el pulso radial:

Aunque éste sea el de mayor acceso, en caso de accidente puede hacerse imperceptible.

1. Palpe la arteria radial, que está localizada en la muñeca, inmediatamente arriba en la base del dedo pulgar.
2. Coloque sus dedos (índice, medio y anular) haciendo ligera presión sobre la arteria.
3. Cuente el pulso en un minuto.

Cómo tomar el pulso apical:

Es el pulso que se toma en la punta del corazón. Se toma en niños pequeños (bebés).

1. Coloque sus dedos sobre la tetilla izquierda.
2. Presione ligeramente para sentir el pulso.
3. Cuente el pulso en un minuto

Presión Arterial

La **presión arterial** es la fuerza de la sangre contra las paredes de los vasos sanguíneos. Se mide en milímetros de mercurio (mm Hg).

La **hipertensión** o **hipertensión arterial** es un trastorno por el cual los vasos sanguíneos tienen persistentemente una tensión elevada. La sangre se distribuye desde el corazón a todo el cuerpo por medio de los vasos sanguíneos. Con cada latido, el corazón bombea sangre a los vasos.

Se puede decir que la **tensión arterial considerada ideal es de 119/79 mm/Hg**, pero lo cierto es que la tensión arterial normal tiene un rango más amplio que este. Se trata de hipertensión arterial cuando la tensión es superior a 140/90 mm/Hg, o 140 mm/Hg de presión sistólica y 90 mm/Hg de presión diastólica, y se habla de hipotensión arterial si la tensión es inferior a 100/60 mm/Hg, es decir, 100 mm/Hg de presión sistólica y 60 mm/Hg de presión diastólica.

TABLA DE VALORES NORMALES DE TENSION ARTERIAL				
EDAD (años)	PRESIÓN SISTÓLICA		PRESIÓN DIASTÓLICA	
	HOMBRE	MUJER	HOMBRE	MUJER
16 a 18	105 – 135	100 – 130	60 - 86	60 – 85
19 a 24	105 – 139	100 – 130	62 – 88	60 – 85
25 a 29	108 -139	102 – 135	65 – 89	60 – 86
30 a 39	110 – 145	105 – 139	68 – 92	65 – 89
40 a 49	110 – 150	105 – 150	70 – 96	65 – 96
40 a 59	115 – 155	110 – 155	70 – 98	70 – 98
60 y más	115 – 160	115 - 160	70 – 100	70 – 100

Para poder saber el valor de la presión arterial normal cabe destacar el hecho de que son muchos los factores que influyen en los valores de presión arterial de cada persona como, por ejemplo, el sexo, la edad, los hábitos, la alimentación, etc. Así como también otras variables del momento en que se toma la tensión

como el esfuerzo, la digestión, las emociones, los excitantes, el sueño, entre otros factores.

Es por todas estas circunstancias -junto con muchas otras- que los números tienen una relativa fiabilidad y deben acompañarse con el estudio de todos los factores que intervengan. Aun así, se han establecido unos valores de tensión normal, dentro de los cuales y teniendo en cuenta un amplio margen, se considera que la presión sanguínea es correcta.

→ **Seguir el protocolo que viene debajo:**

- No conversar.
- Apoyar el brazo a la altura del corazón. No apoyar el brazo hasta 10 mmHg.
- Colocar el manguito en el brazo sin ropa.
- Usar el tamaño de manguito adecuado.
- Apoyar los pies.
- No cruzar las piernas.
- Tener la vejiga vacía.
- Apoyar la espalda.

Equipo automático validado y calibrado en el último año. Manguito adecuado al tamaño del brazo. Sistema de cierre (velcro) que sujete con firmeza. El sistema neumático debe ser estanco, sin fugas ni holguras.

Ajustar el manguito sin holgura y sin que comprima. Retirar prendas gruesas. El centro de la cámara debe coincidir con la arteria braquial. El manguito debe quedar a la altura del corazón

Sostén el medidor en la palma abierta de la mano en la que tienes el brazalete para que puedas verlo bien. Luego aprieta la bomba rápidamente con la otra mano hasta que el medidor indique 30 puntos por encima de tu **presión** sistólica habitual. (Asegúrate de inflar el brazalete rápidamente). Deja de apretarlo.

Reflejo pupilar

Normalmente las pupilas se contraen al estímulo de la luz. Si ambas pupilas están más grandes de lo normal (dilatadas), la lesión o enfermedad puede indicar shock, hemorragia severa, agotamiento por calor, o drogas tales como cocaína o anfetaminas.

Si ambas pupilas están más pequeñas de lo normal (contraídas), la causa puede ser una insolación o el uso de drogas tales como narcóticos. Si las pupilas no son de igual tamaño, puede existir una herida en la cabeza o parálisis.

→ **Cómo tomar el reflejo pupilar:**

- Si posee una linterna, alumbre con el haz de luz el ojo y observe como la pupila se contrae.
- Si no posee el elemento productor de luz, abra intempestivamente el párpado superior y observe la misma reacción.
- Si no hay contracción de una o de ninguna de las dos pupilas, existe la posibilidad de que haya un daño neurológico grave.

Toma de guardia y report

El cambio de turno o pase guardia es un momento clave para la continuidad del cuidado y seguridad del paciente. Es definido como un informe holístico mediante el cual el profesional de enfermería transfiere la responsabilidad de los pacientes a su colega del turno entrante. Es de suma importancia en la práctica de todos los días ya que la calidad de la atención y la seguridad del paciente dependen del intercambio y comprensión efectiva de la información brindada. Este traspaso de información y responsabilidad profesional permite la retroalimentación entre los profesionales de la salud, y es el que garantiza unificación de criterios al momento de otorgar continuidad de cuidados por

diferentes proveedores de salud con un único plan terapéutico: contribuir en mejorar la salud del paciente y garantizar continuidad de cuidados.

1. La toma de guardia se realiza como máximo diez minutos antes del horario, en caso de que una de las enfermeras no llegare a horario, tomara la guardia su compañera y luego pasara las novedades (en ningún caso quedara la guardia sin pasar o recibir)
2. Se tomara la guardia paciente por paciente y se firmara en el Report la conformidad de la toma de guardia (en caso de no estar conforme con algo, se debe escribir en el momento y la enfermera saliente lo debe leer y firmar).
3. El Report debe realizarse con, por lo menos, los siguientes datos:
 - Número de cama
 - Nombre y apellido
 - Diagnóstico
 - Apreciaciones generales (descanso, ingesta, diuresis, catarsis, demanda, compañía, baño, higiene o cambios (pañal, sabanas, etc.) y estado emocional (triste, enfadado, irritable, ubicado, desubicado, etc.)
 - Necesidades alteradas por sistemas (respiratorio, gastrointestinal, cardiovascular, neurológico, cuidados de piel, evaluación del dolor).
 - Tipo de aislamiento (si lo tuviera)
 - Laboratorio-cultivos-RX
 - Accesos vasculares: sitio de colocación, lugar donde se fijó, planes, drogas, nutrición parenteral, otros accesos (sonda vesical, k108, sng, drenajes) con sus observaciones (ej.: Sng abierta con escaso debito porraceo)
 - Alimentación enteral: volumen y forma de administración.
 - **IMPORTANTE:** Todos los turnos deben registrar la lista de psicofármacos (sin excepción)
 - Cuestiones pendientes a realizar e intervenciones realizadas (curaciones, cambio de sondas, etc.)

4. Todo dispositivo invasivo que tenga el paciente debe estar rotulado (y permanecer rotulado, no retirar y si se sale, reponer rotulo), con la siguiente información:
 - Fecha de colocación.
 - Hora y turno de colocación.
 - Firma del que rotula.

5. Nota: las bolsas colectoras de orina solo se descartan por estar rotas, contener residuos viscosos o mal olor (sangre, alimento, liquido porraceo, etc.) y cuando se realiza cambio de sonda. Las bolsas colectoras cerradas, con pico unidireccional y válvula anti reflujo (como las que tenemos) no se descartan por fecha, solo en base a lo mencionado anteriormente.
IMPORTANTE: antes de descartar cualquier bolsa, se debe VACIAR, ya que los residuos patogénicos son pagados por su peso, por lo que aumentamos notablemente su costo.

La jerarquización de la profesión está directamente relacionada al reconocimiento, por parte nuestra de la importancia de nuestros cuidados. Un pase de guardia completo, sistematizado, planificado, utilizando planillas individuales para cada paciente que necesite cuidados especiales y previendo el tiempo adecuado de duración del pase, da cuenta de nuestra responsabilidad y compromiso colectivo, con el cuidado del paciente. Es importante que el plantel de enfermería maneje un mismo código: terminología, diagnósticos, procedimientos, por ello es tan relevante el contenido de lo dicho y de lo escrito.

Triage

La principal función del triage consiste en clasificar a los pacientes que acuden a un Servicio de Urgencias Hospitalario (antes de que reciban prestación asistencial) siguiendo criterios de gravedad clínica que permita diferenciar el

grado de urgencia y /o emergencia. Una correcta clasificación evita el perjuicio de tiempos de espera prolongados para las urgencias reales en beneficio de las patologías banales, permitiendo una actuación más adecuada.

El perfil clínico de los pacientes potencialmente derivables a un centro de Atención Primaria, en función de los recursos de los que dispongan, puede ser lesiones y traumatismos, cura de heridas, inflamación, fiebre, alergia y reacciones cutáneas.

→ Niveles de clasificación utilizados

- **Nivel I** (código rojo, urgencia vital): prioridad absoluta con atención inmediata y sin demora. Estos pacientes no necesitan triage informático y su acceso es inmediato.
- **Nivel II** (código amarillo, urgencia): procesos agudos, no críticos y estables hemodinámicamente con potencial riesgo vital que probablemente exige pruebas diagnósticas y/o terapéuticas. Demora máxima de 60 minutos.
- **Nivel III** (código verde, semiurgente): urgencia menor, potencialmente sin riesgo vital para el paciente. Son procesos banales y pueden requerir asistencia médica, en su mayoría, en un Centro de Salud de Atención Primaria. Demora máxima de 120 minutos.

Funciones

Cabe destacar que en este Hospital se dispone de Servicio de Triage de 06 a 20 horas, de lunes a domingo.

El personal de enfermería asignado a la clasificación realiza las siguientes actividades:

- **Recepción del paciente:** Aquí, la enfermera especializada realiza una valoración y control de las constantes vitales para determinar el nivel de triage y el facultativo que lo recibirá.
- Se recibe a todos los pacientes, a excepción de aquellos que llegan en código rojo que pasan directamente al servicio de Guardia.

Valoración inicial, consta de:

- **Entrevista:** consiste en la realización de una serie de preguntas relativas al motivo de consulta y antecedentes previos, para intentar definir la gravedad del cuadro, así como añadir posibles alergias y medicación implicada en el proceso. Se trata de obtener la mejor información en el menor tiempo posible.
- **Inspección del estado general,** respiración, circulación, neurológica, piel y mucosas, etc.
- **Toma de constantes vitales,** realización de ECG si procede, y prestar cuidados básicos necesarios. No se realizan técnicas de enfermería en la sala de triage.

Una vez que a los pacientes son valorados en el servicio de triage, se recepcionarán en la Admisión y esperarán en la sala contigua a ser llamados por el nombre y apellido en la y el consultorio designado.

Cuidados de enfermería del adulto y adulto mayor con problemas de salud

- **Cardiovascular:** síndrome coronario, hipertensión arterial, insuficiencia cardiaca, arritmias, insuficiencias arteriales y venosas, accidente vascular, tromboembolismo pulmonar.
- **Respiratorios:** bronquitis aguda, EPO (asma, enfisema, EPOC), gripes estacionales insuficiencia respiratoria aguda y crónica, neumonía, cáncer pulmonar. TBC hanta. - Periodo perioperatorio en el adulto que requiere intervención quirúrgica.
- **Digestivos:** esofagitis, gastritis cáncer gástrico, úlceras, hemorragia digestiva, daño hepático crónico, hepatitis colelitiasis cáncer de vía biliar, pancreatitis, peritonitis, cáncer de colon, obstrucción intestinal.
- **Metabólicos y endocrinos de tipo médico:** Diabetes. Insulinoterapia Síndrome metabólico, detección y prevención. Alteraciones de la glándula tiroides y suprarrenal.
- **Renales y urológicos:** insuficiencia renal aguda y crónica, infección del tracto urinaria, Litiasis, pielonefritis, alteraciones urológicas adenomas y cáncer de próstata.
- **Hidroelectrolíticos, cálculo de dosis y dilución.** Interpretación de trastornos ácido base.

- **Nutricionales:** requerimiento nutrición enteral y parenteral, obesidad mórbida. - Dolor: Cuidados paliativos.
- **Hematológicos:** neutropenia y trombocitopenia. - De transmisión sexual: VIH, sífilis, hepatitis B, gonorrea, herpes, vulvovaginitis.
- **Problemas asociados al uso de medicamentos de alto riesgo:** oncológicos, drogas vasoactivas anticoagulantes, hipoglicemiantes, anticonvulsionantes, psicotrópicos y corticoides, entre otros. Eventos adversos asociados al tratamiento. - Problemas frecuentes de la piel asociados al reposo transitorio o permanente: úlceras y heridas.

Enfermería familiar y comunitaria

La enfermería comunitaria es la parte de la enfermería que desarrolla y aplica de forma integral, en el marco de la salud pública, los cuidados al individuo, la familia y la comunidad en el equilibrio inestable del proceso salud-enfermedad. es una importante rama de la ciencia ya que tiene que ver con el paso y el establecimiento de hábitos, conductas y cuidados que no sólo cuiden la salud de una persona de manera específica, si no que supongan el mantenimiento de un ambiente comunitaria seguro y saludable para todos sus integrantes.

La enfermería comunitaria, tal como lo dice su nombre, se ocupa de las cuestiones relacionadas con la salud en el ámbito de la comunidad. Así, es mucho más abarcativa que la enfermería individual ya que supone beneficios para un grupo poblacional más amplio. Cuando hablamos de enfermería comunitaria entonces hacemos referencia al trabajo que los profesionales de la salud realizan para asegurarse que, por ejemplo, determinadas enfermedades y virus no se

expandan en la comunidad, que la higiene de los ámbitos habitables sea mantenida, que la salud familiar dentro del espacio privado sea siempre asegurada, etc. En este sentido, podemos decir que la enfermería comunitaria tiene mucho de **pedagogía** ya que supone cierta enseñanza y transmisión de conocimiento a aquellas personas que forman parte de una determinada sociedad. Así, a diferencia de lo que puede pasar con otras formas de enfermería, la comunitaria trabaja de manera directa con la comunidad transmitiendo información, datos, campañas públicas, hábitos y **costumbres** que se deben tomar para obtener resultados más profundos y efectivos.

De este modo, al contribuir a la concientización sobre lo importante que el cuidado del ambiente, de la salud familiar, de la salud reproductiva, de los hábitos que hacen a la salud, la enfermería comunitaria se vuelve algo extremadamente necesario para que una sociedad o comunidad alcance los mejores niveles de **salubridad** y salud posibles.