

1. Vuelva a redactar las siguientes preguntas, de tal manera que se conviertan en preguntas abiertas:
 - a. Se está usted sintiendo mejor tras el tratamiento respiratorio, ¿o no?
¿Cómo se está sintiendo tras su tratamiento respiratorio?
 - b. ¿Tomó su medicamento hoy?
Hábleme sobre el horario con que toma sus medicamentos. ¿Cómo le está funcionando?
 - c. ¿Comprende estas indicaciones?
Explíqueme cómo interpreta usted estas indicaciones.
2. Mediante el uso de las técnicas de entrevista que se describen en este capítulo, redacte una pregunta para aclarar estas afirmaciones del paciente:
 - a. ¿Piensa usted que debo hablar con mi médico acerca de mi inquietud?
Reflexión o espejeo: **¿Qué piensa usted que necesita hacer?**
 - b. Tuve una pelea con mi compañero de habitación.
Exploración: **¿Cómo es que eso ocurrió?**
 - c. No creo que pueda seguir sin mi esposo.
Verbalice lo implicado: **¿Piensa que será muy difícil estar sola?**
 - d. Me siento con ganas de salir corriendo por la puerta.
Hilo conductor: **¿Qué es lo que hará entonces?**
3. ¿En qué casos puede resultar útil una pregunta con respuesta cerrada? **En una situación de urgencia.**
4. Describa los tres componentes de la base de datos del paciente:
 - a. **Anamnesis de enfermería – obtención de datos a partir de paciente, su familia o personas allegadas por medio de la conversación y la observación.**
 - b. **Exploración física – recolección de datos mediante inspección, palpación, percusión y auscultación.**
 - c. **Estudios diagnósticos – resultados de pruebas de laboratorio y procedimientos diagnósticos.**
5. Las cuatro actividades implicadas en la valoración física son:
 - a. **Inspección**
 - b. **Percusión**
 - c. **Auscultación**
 - d. **Palpación**

6. La base de datos del paciente es importante para la provisión de cuidados al enfermo ya que: **aporta un perfil de la condición de salud del paciente, sobre el que se basa la identificación de necesidades.**
7. Con fines de valoración, la diferencia entre los datos subjetivos y los objetivos es:
Los datos objetivos consisten en lo que el paciente y otras personas cercanas dicen, y que refleja sus propios pensamientos, sentimientos y percepciones. Los datos objetivos son observables y cuantificables, e incluyen información que se obtiene de otras fuentes.
8. Subraye los datos subjetivos y encierre en un círculo los datos objetivos en el caso siguiente:

Caso clínico: Sally acude al Servicio de obstetricia para que se determine la fase de su trabajo de parto. **Los dolores por las contracciones comenzaron hace 3 h (8 p.m.) mientras se encontraba en su trabajo de terapeuta respiratoria. Las contracciones ocurren cada 5 min y han tenido duración de 30 seg en los últimos 45 min.** PA, 146/84 (brazo izquierdo/decúbito); FC, 110 lpm; FR 24 rpm. Peso, 70.3 kg (**aumento de 1.8 kg esta semana**). Cuello uterino con dilatación de 4 cm, membranas íntegras. Cabeza fetal encajada, ruidos cardiacos fetales con intensidad un poco disminuida en el cuadrante inferior derecho del abdomen, FC fetal, 132 lpm. **Presenta náuseas desde que comió pollo frito hace 4 h. Está ansiosa e irritada porque su médico no está presente. Orinó hace 1 h; no ha presentado evacuaciones durante dos días. Dejó de fumar hace ocho meses. Campos pulmonares limpios. No presenta alergias. Está casada y su esposo planea estar presente durante el nacimiento. Tiene dos hijos a los que cuida la abuela esta noche.** Se le aprecia bien arreglada con uniforme de maternidad adecuado y zapatos con tacón bajo. **Solicita que se permita a sus contactos ingresar para observar el nacimiento. La última exploración física se realizó una semana antes. Gestación de 37 semanas, con fecha probable de parto en tres semanas más (11/03/2012).**

9. Una ventaja importante de la “investigación” o la revisión de la información disponible antes de la entrevista es: **obtener información y generar preguntas.**
10. Una entrevista debe ser “solicitada” ya que:
esto promueve una interacción más positiva.
11. Marque las fuentes de información que pueden ser útiles para ayudar a la enfermera a prepararse para la entrevista:
- | | |
|--|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> Familiar/persona allegada | <input checked="" type="checkbox"/> Notas del médico |
| <input checked="" type="checkbox"/> Registros médicos antiguos | <input checked="" type="checkbox"/> Libros de texto/revistas de referencia |
| <input checked="" type="checkbox"/> Estudios diagnósticos | <input checked="" type="checkbox"/> Otras enfermeras o proveedores de la atención de la salud |
12. La sensibilidad de la enfermera es importante durante la entrevista con el objetivo de: **respetar el derecho del paciente a la confidencialidad y fomentar la confianza.**

13. Liste tres habilidades de la enfermera que resultan necesarias para obtener una base de datos relevante del paciente:
 - a. **Base de conocimiento**
 - b. **Elección de preguntas a formular**
 - c. **Técnica para la formulación de preguntas**
 - d. **Habilidad para interpretar una respuesta**
14. En el caso siguiente agrupe y registre los datos de la valoración (siguiendo los números) en las categorías diagnósticas apropiadas que se listan abajo. Refiérase al cuadro 2-1 para identificar el tipo de datos que se incluye en las categorías específicas, con el objetivo de facilitar la agrupación de la información.

Caso clínico: Robert, un (1) varón afroamericano de 72 años ingresó a un servicio médico de hospitalización a la 1 p.m. por (2) neumonía bilateral en los lóbulos inferiores. (3) Durante varios días sólo ha ingerido líquidos por vía oral. (4) Su última evacuación fue dos días antes, de color café y bien formada; (5) orinó a la 1:20 p.m. (orina de aspecto transparente y color amarillo oscuro). Indica (6) “me duele el pecho”, al tiempo que se sostiene el tórax mientras tose. (7) Con la tos expulsa a una cantidad escasa de esputo verde espeso. (8) Parece ansioso, juguetea con las sábanas, su expresión facial es tensa, observa a la enfermera con intensidad. (9) Temperatura timpánica, 38.3 °C; (10) PA, 178/102 (brazo izquierdo/decúbito); FC, 100 lpm/rítmica; (11) FR, 28/superficial. (12) Piel cálida y húmeda; membranas mucosas pálidas. (13) Tiene dificultad para oír las preguntas; dejó su auxiliar auditivo (oído derecho) en casa. (14) Refiere que “Es el segundo episodio en un mes”. (15) El médico le prescribió antibiótico (de nombre desconocido) hace un mes; el paciente no terminó el tratamiento. (16) Indica que vive solo (es viudo) y (17) es responsable de cubrir sus propias necesidades. Al revisar los estudios diagnósticos usted observa que (18) la radiografía de tórax revela infiltrados en ambos lóbulos pulmonares inferiores, y (19) una tinción de Gram del esputo identifica bacterias gramnegativas.

Categorías diagnósticas

| | | |
|----------------------------------|-------------------------------|----------------------------------|
| Actividad/reposo: ninguno | Higiene: 17 | Sexualidad: ninguno |
| Circulación: 7, 10, 12 | Neurosensitivo: 13 | Interacción social: 1, 16 |
| Integridad del ego: 8 | Dolor/malestar: 6 | Enseñanza/aprendizaje: |
| Excreción: 4, 5 | Respiración: 7, 11, 18 | 2, 14, 15 |
| Alimentos/líquidos: 3 | Seguridad: 9, 13, 19 | |

El siguiente capítulo presenta el segundo paso del proceso de atención de enfermería (el diagnóstico). En ese capítulo, se recurre al proceso de razonamiento diagnóstico para analizar y sintetizar la información que se obtiene a partir de la base de datos del paciente, y para identificar las necesidades de cuidado de la salud del individuo o los diagnósticos de enfermería que constituyen la base para el desarrollo del plan de cuidados.