



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA



PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

58

SOBRE

**"CUIDADOS A LA MUJER
 DURANTE EL PUERPERIO"**

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

PRESENTA

Laira Grajales Solís

No. CUENTA 9562417-6

ASESORA

Lic. Margarita Cárdenas Jiménez

150737

NOVIEMBRE DE 2000

150737
 150737
 150737
 150737
 150737



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

INDICE

INTRODUCCION	i
I. JUSTIFICACION	iii
II. OBJETIVOS	iv
III. METODOLOGIA	v
VI. MARCO TEORICO	1
1. Antecedentes históricos de la enfermería	2
2. Concepción de enfermería	5
<i>Conceptos centrales de la disciplina enfermera</i>	9
a) Persona	9
b) Entorno	10
c) Salud	10
d) Cuidado	11
3. Concepción del cuidado	11
<i>Principales concepciones de cuidado de la disciplina enfermera</i>	13
4. Propuestas teóricas de Virginia Henderson	17
a) Antecedentes de Virginia Henderson	17
b) Postulados teóricos	20
Guía para la valoración de las 14 necesidades básicas	29
5. El proceso de atención de enfermería	54
a) Antecedentes del proceso de atención de enfermería	54
b) Etapas del proceso de enfermería	56
<i>Valoración</i>	56
<i>Diagnóstico</i>	63
<i>Planificación</i>	69
<i>Ejecución</i>	78
<i>Evaluación</i>	83
c) Características del Proceso de atención de Enfermería	87
6. El proceso de atención de enfermería basado en el modelo de Virginia Henderson	89
Definición de las catorce necesidades básicas	91
7. Características físicas y psicológicas de una mujer durante el puerperio ..	104
V. APLICACIÓN DEL PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA	108
1. Resumen valorativo	109
2. Jerarquización de las 14 necesidades básicas	113
3. Plan de cuidados	116
4. Registro de los cuidados	122
5. Evaluación	125
6. Plan de alta	128
CONCLUSIONES	129
SUGERENCIAS	131
BIBLIOGRAFIA	133
ANEXOS	136

INTRODUCCION.

El conocimiento de la evolución de la enfermería permite comprender su historia, en la que se reflejan los avances realizados en cada generación en el pasado; y la necesidad de una preparación continua para enfrentar los cambios en el futuro.

Teóricas de la profesión han descrito y definido la enfermería, en las que desarrollan sus propios puntos de vista, centran su atención en el cuidado del individuo, familia y comunidad. Abordan los conceptos de persona, entorno, salud y cuidado. Estas descripciones y definiciones están basadas en modelos que describen las actividades de enfermería necesarias para lograr los objetivos de la enfermería.

El presente Proceso de Atención de Enfermería se elabora en forma teórica y práctica, utilizando el modelo de Virginia Henderson.

En el marco teórico se abordan: antecedentes históricos de la enfermería, concepción de enfermería incluyendo los conceptos de: persona, entorno, salud y cuidado.

En las propuestas teóricas se hace referencia a los antecedentes de Virginia Henderson y sus postulados teóricos abarcando los conceptos de persona, salud, rol profesional y entorno.

También se describen ampliamente el Proceso de Atención de Enfermería y cada una de las etapas: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación.

De la misma manera se detalla el Proceso de Atención de Enfermería basado en el modelo de Virginia Henderson, definiendo las catorce necesidades básicas.

Se hace referencia a las características físicas y psicológicas de una mujer durante el puerperio.

Las etapas del Proceso de Atención de Enfermería aplicados en la práctica se presentan en forma narrativa, elaborando: un resumen valorativo, jerarquización de las catorce necesidades básicas, plan de cuidados, registro de los cuidados, evaluación y plan de alta; incluyendo formatos utilizados durante su aplicación.

I. JUSTIFICACION.

La profesión de enfermería tiene como principal objetivo proporcionar cuidados que contribuyan a promover y desarrollar aquello que hace vivir a las personas.

Por lo tanto para el buen desempeño de la profesión es necesario contar con un método que guíen las acciones de enfermería para dar cuidados de calidad a las personas sanas o enfermas.

Tomando en cuenta que el Proceso de Atención de Enfermería es un método organizado y sistemático, considero que su aplicación a una mujer durante el puerperio, me permitirá identificar y atender sus necesidades de forma individualizada de acuerdo a su cultura, valores y creencias.

El desarrollo de un Proceso de Atención de Enfermería, además de ser la opción elegida para obtener el título de Licenciada en Enfermería y Obstetricia, considero servirá para desarrollar nuevas experiencias que mejorarán mi práctica profesional.

II. OBJETIVOS.

OBJETIVO GENERAL

- Transformar el que hacer de enfermería a través de la investigación clínica y el desarrollo teórico práctico de un Proceso de Atención de Enfermería.

OBJETIVO ESPECIFICO.

- Proporcionar cuidados integrales e individualizados de calidad a una mujer durante el puerperio, aplicando el modelo de atención de Virginia Henderson.

III. METODOLOGIA.

Este Proceso de Atención de Enfermería se aplicó a una mujer durante el puerperio quirúrgico siguiendo el modelo de Virginia Henderson.

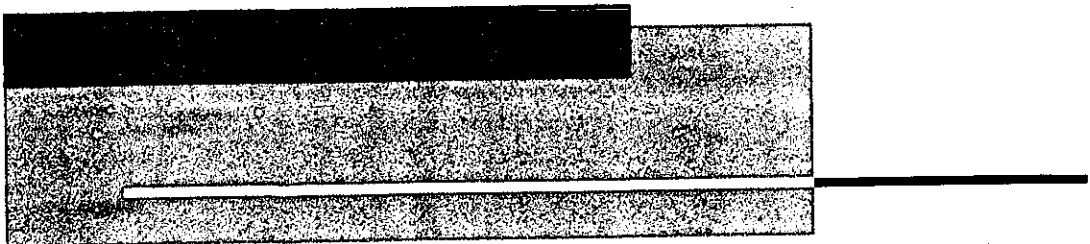
Para la conformación del marco teórico se realizaron revisiones bibliográficas de los antecedentes históricos de la enfermería, de las principales concepciones de enfermería y de cuidado; de los antecedentes de Virginia Henderson, del Proceso de Atención de Enfermería y del modelo elegido, así como también de las características físicas y psicológicas de una mujer durante el puerperio, de las cuales se elaboraron fichas de resumen y textuales.

Este trabajo se realizó en el hospital Dr. Belisario Domínguez de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, en el servicio de gineco-obstetricia, para el cual se le dedicaron seis horas diarias, del 30 de mayo al 01 de junio del año 2000, tiempo que duro la estancia de la persona en el hospital, y posterior a su egreso se le hizo una visita a su domicilio de dos horas, haciendo un total de veinte horas.

En la aplicación de este Proceso de Atención de Enfermería, la obtención de datos para la valoración de necesidades fue a través de la historia clínica, la observación, la entrevista y la exploración física. Se establecieron los diagnósticos de enfermería y en base a ellos se planearon y ejecutaron las intervenciones de enfermería, haciendo posteriormente la evaluación de los objetivos alcanzados.

Se planearon las intervenciones de enfermería en coordinación con las enfermeras de los diferentes turnos que laboran en el servicio.

99. MARCO TEORICO



IV. MARCO TEORICO.

1. Antecedentes históricos de la enfermería.

Durante siglos la enfermería ha tenido la función de cuidar; a los niños a las mujeres en el parto, a los recién nacidos y a las personas enfermas proporcionándoles cuidado, consuelo y apoyo. La enfermería ha evolucionado de acuerdo a las diferentes épocas en la historia, respondiendo a las necesidades de una sociedad.

En muchas culturas, la mujer por su conocimiento del poder curativo de las plantas y por haber conocido la experiencia de la fecundidad , del parto y del nacimiento; como acto de ayuda cuida a otras mujeres , siendo reconocida por su fama y experiencia, transmitiendo a otras su saber. Es la mujer la que cura y cuida al humano durante algunos períodos de la vida, como: la infancia, vejez, enfermedad y muerte. Esta práctica de la mujer curandera vivida y transmitida por mujeres fue condenada y reprobada por la iglesia. (Colliere, 1993).

Dentro de la Edad Media se manifiesta el cristianismo y las órdenes monásticas se ocuparon de estas actividades, integrándolas en sus actividades normales. La primera orden de enfermería , las Hermanas Agustinas , fue probablemente la primera orden de enfermería organizada puramente sanitaria que se creó para el servicio público. La iglesia católica mantuvo la organización y dirección de los hospitales hasta antes de la Reforma Protestante del siglo XVI. (Kozier, 1993).

Durante las Cruzadas, por ejemplo, algunas órdenes militares de caballeros también ofrecían enfermerías, y la más famosa era la de los **Caballeros Hospitalarios** (también conocida por los Caballeros de san Juan de Jerusalén). En países budistas los miembros de la orden religiosa **Shanga** han sido tradicionalmente los encargados de los cuidados sanitarios. En Europa, y sobre todo tras la Reforma, la enfermería fue considerada con frecuencia como una ocupación de bajo estatus adecuada sólo para quienes no pudieran

encontrar un trabajo mejor, debido a su relación con la enfermedad y la muerte, y la escasa calidad de los cuidados médicos de la época.(www.terra.es/personal/eac00002/enferm.htm).

A principios de 1517 disminuyó en gran medida el interés por la iglesia y la religión, lo cual provocó el nacimiento del llamado **período oscuro** de la enfermería . Los hospitales eran lugares insalubres , oscuros y denigrantes. En este período de la atención de los enfermos se ocuparon mujeres crueles e inmorales , descritas como amigas de la bebida, que no necesitaban ninguna formación especial para ejercer como enfermera. Sus labores eran realizar las tareas domésticas del hospital, lavar la ropa y hacer la limpieza, todo ello por un escaso salario, laborando entre 12 y 40 horas consecutivas. (Kozier, 1993).

La enfermería moderna comenzó a mediados del siglo XIX. Uno de los programas oficiales de formación para las enfermeras inició en Alemania , en 1836 , a cargo del pastor protestante Theodor Fliedner , la escuela de Fliedner es digna de mencionar por haberse formado en ella la reformadora de la enfermería británica Florence Nightingale . Su experiencia le brindó el ímpetu para organizar la enfermería en los campos de batalla de la guerra de Crimea; con esfuerzos logró que la enfermería se convirtiera definitivamente en una profesión formalmente reconocida , transformando la concepción de enfermería. Entre sus muchos logros destaca la fundación de la escuela de enfermería, el St. Thomas Hospital de Londres, centro que desarrolló un programa de formación para enfermeras. (www.terra.es/personal/eac00002/enferm.htm).

Florence Nightingale es identificada como la primera teórica en enfermería. Ella siguió los principios relacionados con la limpieza, el aire fresco, los buenos alimentos, el descanso, el sueño y el ejercicio. Fue la primera que describió a la enfermería en sus notas de enfermería. (Donahue, 1998.).

Anterior a la Revolución Americana (1775-1783). En Norte América se creó la Nurse of Philadelphia, que ofrecía a las mujeres la instrucción mínima de obstetricia necesarias para capacitarlas para ayudar a las parturientas.

Al final del año 1800 se produjo una rápida reforma de los servicios de enfermería en Estados Unidos y Canadá, se pusieron en marcha escuelas de enfermería con planes y programas de formación adecuados. De ellas salieron las primeras líderes de la profesión.

A finales de 1800 surge entre las enfermeras la necesidad de organización, especialmente en Inglaterra y se crean diferentes organizaciones de profesionales de enfermería en varios países con ideas de defender las causas de la enfermería, así como sus intereses.

La tendencia general desde la creación de las primeras organizaciones de enfermería en 1800 hasta la Primera Guerra Mundial fue la rápida expansión de Hospitales y de escuelas de enfermería. (Kozier, 1993).

Los avances científicos y médicos que se realizaron durante y después de la II Guerra Mundial dio como resultado el surgimiento de las especialidades . Estas surgieron a finales del siglo XIX , estas especialidades fueron : la enfermería partera y la enfermería anestésista que surgieron como una necesidad social; la primera para mejorar el cuidado materno-infantil y la segunda como parte de la creciente sofisticación de la cirugía, a principios de los años 1900. En la década de los sesenta se desarrollaron todo tipo de campos de especialización.

Durante 1939-1952, se desarrollaron programas de diplomados de diferentes tipos.

En 1953-1964 fue cuando la licenciatura fue reconocida como el nivel avanzado de la formación de enfermería.

Actualmente se ofrecen programas de doctorado en enfermería. (Donahue, 1998).

En la enfermería se han producido cambios trascendentales en la que han influido factores como: guerras , problemas de bienestar social, adelantos en la ciencia y la tecnología, entre otros, acrecentando las responsabilidades de las enfermeras y ha obligado a introducir modificaciones radicales en los cuidados de enfermería. (Donahue, 1998).

2.- Concepción de enfermería.

La enfermería como profesión ha sido definida por las siguientes personalidades en el campo de ésta, así como las organizaciones profesionales, y en relación a sus funciones.

La definición más antigua de la enfermería fue la de Florence Nightingale (1860). La definió como: “la actuación sobre el entorno del paciente para ayudarlo en su recuperación.”

Virginia Henderson fue una de las primeras enfermeras modernas que definieron la profesión. En 1960 escribió “la función propia de la enfermera es ayudar al individuo, sano o enfermo, para que realice aquellas actividades que contribuyen a su salud o a su recuperación (o a su muerte tranquila); tareas que el individuo realizaría por sí mismo si tuviera la fuerza, voluntad o los conocimientos necesarios, y todo de forma que el individuo se sienta capaz de llevarlas a cabo lo más pronto posible.” (Kozier, 1993)

Hildegard Peplau (1952). Es un proceso significativo, terapéutico, interpersonal. Funciona conjuntamente con otros procesos humanos que posibilitan la salud de los individuos en las comunidades. Un instrumento educativo, una fuerza que ayuda a empujar a las personas hacia la creatividad, la construcción, la productividad, la personalidad y la vida comunitaria. (Kozier, 1993).

Faye Abdellah (1960). Servicio a los individuos y familia; además, a la sociedad. Un arte y una ciencia que moldean actitudes, las competencias intelectuales, y las experiencias

técnicas de la enfermera dentro del deseo de ayudar a las personas, sanas o enfermas, cubriendo sus necesidades de salud. Puede llevarse a cabo bajo la dirección médica general o específica. (Kozier, 1993).

Martha Rogers (1970). Una ciencia humanística dedicada al compromiso con el mantenimiento y la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, y la atención para rehabilitar al enfermo e incapaz. La enfermería busca promover la interacción armoniosa entre el medio y la persona, fortalecer la coherencia e integridad de los seres humanos, y dirigir los modelos de interacción entre la persona y el medio para el logro de una máxima salud. (Kozier, 1993).

Myra Levine (1973). Una interacción humana; una disciplina arraigada en la dependencia orgánica del individuo o en relación con otros seres humanos. Una subcultura que refleja las ideas y valores únicos para las enfermeras , incluso aunque los valores reflejen el modelo social que las ha creado. (kozier, 1993).

Dorothy E. Johnson (1980). Una fuerza reguladora externa que preserve la organización e integración del comportamiento de los clientes en un nivel óptimo, bajo aquellas condiciones en las que la conducta constituye una amenaza a la salud física o social, o en la que se encuentra la enfermedad. (Kozier, 1993).

Imogene King (1971,1981). Una profesión de apoyo que ayuda a los individuos y grupos sociales a obtener, mantener y restaurar la salud. Si esto no es posible, las enfermeras ayudarán a los individuos a morir con dignidad. La enfermería percibe, piensa, relaciona, juzga y actúa frente a frente ante la conducta de aquellos individuos que implica una actuación sanitaria. Una situación en enfermería constituye el ambiente y la realidad espacial y temporal, en la que la enfermera y el cliente establecen una relación para luchar por los estados de salud y ajustar cambios en las actividades de la vida diaria, si la situación

lo requiere. Es un proceso interpersonal de acción, reacción, interacción y transacción por el cual la enfermera y el cliente participan de sus propias percepciones de la situación.

Bette Neuman (1982). Una profesión única que se preocupa por todas las variables que afectan a la responsabilidad de los individuos, que son intra, inter, y extrapersonales por naturaleza. El interés de la enfermería es prevenir la tensión, o tras la tensión, proteger la estructura básica del cliente y obtener o mantener el nivel del bienestar máximo. La enfermera ayuda al cliente, a través de formas de prevención primarias, secundarias y terciarias, a adaptarse a la tensión ambiental y a mantener su estabilidad . (Kozier, 1993).

Madeline Leininger (1984). Un arte humanístico y una ciencia que se enfoca en los comportamientos personalizados (individuales o conjuntos, en las funciones y en los procesos dirigidos hacia la promoción y mantenimiento de la conducta para la salud o hacia la recuperación en la enfermedad). Los comportamientos tienen un significado físico, psicocultural, y social para aquellos seres, asistidos generalmente por una enfermera profesional o una de similares competencias. (Kozier, 1993).

Sor Callista Roy (1976,1984). Un sistema teórico de conocimientos que prescribe un proceso de análisis y acción relacionados con la atención del enfermo, o con las personas potencialmente enfermas. Como una ciencia, la enfermería es un sistema desarrollado de conocimientos sobre la persona para observar, clasificar, y relacionar los procesos por los cuales las personas afectan positivamente a su estado de salud. Como disciplina práctica, que es el conjunto de conocimientos de la enfermería, se emplea para ofrecer un servicio esencial a las personas y promover aquello que afecta a la salud positivamente. (Kozier, 1993).

Dorothea Orem (1985). Un servicio de ayuda o asistencia a las personas que son total o parcialmente dependientes –niños, adolescentes y adultos- cuando ellos, sus padres, tutores u otros adultos responsables de su cuidado no son capaces de darle o supervisar esta

atención. Un esfuerzo creativo de un ser humano para ayudar a otros seres humanos. La enfermería es una acción deliberada, una función de la inteligencia práctica de las enfermeras, y una acción sobre la condición humana de las personas y el medio ambiente. Se distingue de otros servicios humanos y de otras formas de atención para centrarse en los seres humanos. (Kozier, 1993).

La American Nurses' Association (ANA, 1973), describe la práctica de la enfermería como: "directa, orientada, hacia una meta, y adaptable a las necesidades del individuo, la familia y la comunidad durante la salud y la enfermedad". En 1980 la ANA publicó la siguiente definición; "La enfermería es el diagnóstico y tratamiento de las respuestas del ser humano a los problemas actuales o potenciales de salud". En 1987 la ANA adoptó una declaración sobre el alcance de la enfermería práctica: "Existe un espacio para la práctica de la enfermería clínica. El núcleo, o esencia de esa práctica es el diagnóstico de enfermería y el tratamiento de las respuestas del ser humano ante la salud y la enfermedad". La nueva declaración describe más ampliamente las diferencias entre la enfermería profesional o técnica: "La profundidad y amplitud a la que una enfermera llega a alcanzar en la práctica clínica son definidas bajo la base del conocimiento de la enfermera, el rol de la enfermera, y la naturaleza de la población dentro del entorno de su práctica" (ANA, 1987).

La Canadian Nurses' Association (CNA) publicó una definición en 1984 que se utiliza como modelo profesional por las enfermeras de Canadá.

"La enfermería o la práctica de la enfermería significa, la identificación y el tratamiento de las respuestas del ser humano a los problemas de salud actuales o potenciales e incluye la práctica y supervisión de funciones y servicios que, directamente o indirectamente, en colaboración con un cliente o equipo de salud, a parte de las enfermeras, tiene como objetivo la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, alivio del sufrimiento, restauración de la salud y el desarrollo óptimo del potencial de salud e incluye todos los aspectos del proceso de enfermería". (Kozier, 1993).

La ciencia enfermera es una disciplina profesional que esta ante todo orientada hacia una práctica profesional (Donaldson y Crowley, 1978). Según su perspectiva única y sus propios procesos de reflexión, conceptualización e investigación, las disciplinas profesionales tienen por objeto desarrollar los conocimientos que servirán para definir y guiar la práctica. (Kérouac, 1995).

Con el fin de precisar las características de la disciplina enfermera Fawcett (1984), ha examinado los escritos de varias enfermeras teorizadoras y ha reconocido como Flaskerud y Halloran (1980), que los conceptos: persona, entorno, salud y cuidado están presentes en estos escritos a menudo de manera explícita y a veces de manera implícita. (Kérouac, 1995).

Conceptos centrales de la disciplina enfermera:

a) Persona.

Orientada a la salud pública. Posee los conocimientos físico, intelectual, emocional y espiritual. Tiene la capacidad y la responsabilidad de cambiar su situación.

Orientado hacia la enfermedad. Es un todo formado por la suma de sus partes, cada una de las cuales es reconocida e independiente. No participa en sus cuidados.

Orientado hacia la persona. Es un todo formado por la suma de sus partes que están relacionadas (ser bio-psico-socio-cultural-espiritual). Participa en sus cuidados.

Orientado a la apertura al mundo. Es un todo indivisible mayor que la suma de sus partes y diferente de esta en relación mutua y simultanea con el entorno en continuo cambio. Orienta los cuidados según sus prioridades. (Kérouac, 1995).

b) Entorno.

Orientado a la salud pública. Compuesto por elementos externos a la persona, que puedan ser controlados a fin de que ésta pueda movilizar sus energías para la curación o la conservación de la salud.

Orientado a la enfermedad. Separado de la persona. Definido en sus aspectos físicos, social, cultural. Percibido como factor que debe ser manipulado y controlado.

Orientado a la persona. Constituido por los contextos históricos, social, político, etc. Rico en estímulos positivos y negativos.

Orientado a la apertura del mundo. Compuesto por el conjunto del universo del que la persona forma parte íntegramente. Caracterizado por su propio ritmo y una orientación imprevisible. (Kérouac, 1995).

c) Salud.

Orientado a la salud pública. Deseo de utilizar bien cada capacidad que la persona posee.

Orientado a la enfermedad. Estado de equilibrio y altamente deseable, percibido positivamente.

Orientado a la persona. Salud y enfermedad: distintos pero en interacción dinámica. Ideal que se ha de conseguir según el contexto en que la persona vive.

Orientado a la apertura del mundo. Valor y experiencias vividas según las perspectivas de cada persona. Realización del potencial de creación de la persona. (Kérouac, 1995).

d) Cuidado.

Orientado a la salud pública. La intervención: proporcionar el mejor entorno posible para que las fuerzas de la naturaleza permitan la curación o el mantenimiento de la salud. La enfermera obedece las reglas y consignas aprendidas.

Orientado a la enfermedad. La intervención: “hacer para”, eliminar los problemas, cubrir los déficit, suplir a los incapacitados, la enfermera es la experta que posee conocimientos y habilidades.

Orientado a la persona. La intervención: “actuar con”. Determinar las necesidades de ayuda teniendo en cuenta las percepciones o la globalización del otro. La enfermera es la consejera experta que ayuda a escoger los comportamientos de salud mejor adaptados.

Orientado a la apertura del mundo. La intervención: “estar con”. Acompañar a la persona en sus experiencias de salud. Individualizar los cuidados. La enfermera y la persona son colaboradores en los cuidados. (Kérouac, 1995).

3. Concepción del cuidado.

Cuidar. Es ante todo un acto de vida, en el sentido de que cuidar representa una infinita variedad de actividades dirigidas a mantener y conservar la vida y permitir que ésta se continúe y se reproduzca .

Cuidar. Es un acto individual que uno se da a sí mismo cuando adquiere autonomía, pero del mismo modo , es un acto de reciprocidad que se tiende a dar a cualquier persona que temporal o definitivamente, requiere ayuda para asumir sus necesidades vitales. (Colliere, 1993).

El vocabulario inglés, más rico que la lengua francesa respecto a la noción de los cuidados ha mantenido dos tipos de cuidado de naturaleza diferente.

Los cuidados de costumbre y habituales "care", relacionados con las funciones de conservación, de continuidad de la vida. "to care": cuidar de.

Los cuidados de curación: "cure" relacionados con la necesidad de curar todo aquello que obstaculiza la vida. "to cure" : curar, tratar suprimiendo el mal.

Los cuidados de costumbre y habituales o cuidados de conservación y mantenimiento de la vida "care" representa a todos los cuidados permanentes y cotidianos que tienen como función mantener la vida reaprovisionándola de energía , en forma de alimentos o de agua, de calor , de luz o de naturaleza afectiva o psicosocial .

Los cuidados de costumbre y habituales están basados en todo tipo de hábitos, de costumbres y de creencias. (Colliere, 1993).

Estos cuidados representan el tejido, la textura de la vida y aseguran su permanencia y su duración.

Los cuidados representan todo este conjunto de actividades que aseguran la continuidad de la vida como: beber, comer, evacuar, lavarse, levantarse, moverse, desplazarse, así como todo aquello que contribuye al desarrollo de la vida, de nuestro ser, formando, manteniendo la imagen del cuerpo, las relaciones, estimulando los intercambios con todo aquello que es fundamental para la vida, las fuentes de energía vital, la luz, el calor, la relación con personas conocidas, los objetos familiares, etc.. (Colliere, 1993).

Los cuidados de curación o tratamiento de la enfermedad: "cure". Garantiza la continuidad de la vida encuentra obstáculos, entre los que los principales son: el hambre, la enfermedad, el accidente, la guerra. (Colliere, 1993).

Florence Nightingale (1859- 1969) fue la primera en presentar una concepción de la disciplina enfermera que ha guiado la práctica, la formación y la gestión de los cuidados enfermeros durante varias generaciones. Esta autora declaró que “ la medicina y la cirugía no pueden hacer otra cosa que quitar los obstáculos, ni la una ni la otra curan; solo la naturaleza puede curar. Lo que la nursing hace es colocar al paciente en las mejores condiciones para que la naturaleza actúe sobre él”. (Kérouac, 1995).

Las principales concepciones de cuidado de la disciplina enfermera son :

Florence Nightingale. Servicio a la humanidad, basado en la observación y la experiencia que consiste en poner a la persona enferma o sana en las mejores condiciones posibles a fin de que la naturaleza pueda restablecer o preservar su salud. (Kérouac, 1995).

Escuela de las necesidades.

Virginia Henderson. Asistencia a la persona enferma o sana en las actividades que no puede hacer por sí misma por falta de fuerza, de voluntad o de conocimientos con el fin de conservar o de restablecer su independencia en la satisfacción de sus necesidades fundamentales.

Dorothea E. Orem. Campo de conocimiento y servicio humano que tiende a cubrir las limitaciones de la persona en el ejercicio de auto cuidado relacionados con su salud y reforzar sus capacidades de auto cuidado.

Faye Abdellah. Utilización del método de resolución de problemas con el fin de ayudar a la persona a adaptarse en sus veintiuna necesidades de salud que son de la competencia enfermera. (Kérouac, 1995).

Escuela de la interacción.

Hildegard Peplau. Relación interpersonal terapéutica orientada hacia un objetivo que favorezca el desarrollo de la personalidad según un proceso en cuatro fases: orientación, identificación, profundización y resolución.

Ida Orlando. Interacción entre la enfermera y la persona que tiene una necesidad de ayuda; proceso que pide a la persona validar sus necesidades y la ayuda recibida con el fin de mejorar su salud.

Josephine Paterson y Loretta Zderad. Refuerzo de bienestar y de superación por un proceso de transacción inter subjetivo en el que las necesidades relacionadas con la salud / enfermedad son percibidas.

Ernestine Wiedenbach. Mezcla deliberada de pensamientos, sentimientos, actuaciones y percepciones para comprender a la persona, su condición, situación y sus necesidades con el fin de mejorar sus cuidados, prevenir la reaparición del problema y acomodarse con su ansiedad, su incapacidad y su angustia.

Imogene King. Proceso de interacción reciproca entre la enfermera, la persona y el entorno conduciendo a transacciones y a conseguir objetivos, dirigidos a un estado funcional de salud. (Kérouac, 1995).

Joyce Travelbee. Proceso interpersonal y servicio dirigido a asistir a la persona o familia a fin de prevenir la enfermedad o de acomodarse con el sufrimiento; asistir a la persona con objeto de encontrar un significado a su experiencia y darle esperanza. (Kérouac, 1995).

Escuela de los efectos deseables.

Callista Roy. Ciencia y práctica de la promoción de la adaptación de la persona que tiende a evaluar los comportamientos del cliente y los factores que influyen su adaptación en los cuatro modos, y a intervenir modificando estos factores (estímulos focales, contextuales y residuales) con el fin de contribuir a mejorar su estado de salud, su calidad de vida o permitirle morir con dignidad.

Lidia Hall. Acto profesional en el cual la enfermera interactúa con el cliente en un proceso complejo de enseñanza y aprendizaje, en el que la enfermera se centra en los conocimientos de los cuidados que se han de prodigar al cuerpo humano de forma que se modifiquen los procesos unidos con la patología y el tratamiento, y que se corrijan, teniendo en cuenta la personalidad del cliente.

Dorothy Johnson. Arte y ciencia que tiende a la restauración, mantenimiento y logro de un equilibrio dinámico del sistema comportamental en el grado más alto posible.

Betty Neuman. Intervención que se orienta hacia la integridad de la persona: que se interesa por todas las variables que tiene un efecto sobre la respuesta de la persona a los agentes de estrés con el fin de reducir sus efectos.

Myra Levine. Interacción humana basada en principios científicos dirigidos a conservar la energía e integridad mediante los cambios en el entorno y mediante los cuidados individualizados según las necesidades particulares de las personas orientadas a sostener su adaptación. (Kérrouac, 1995).

Escuela de la promoción de la salud.

Moyra Allen. Ciencia que promueve las interacciones de salud y la respuesta profesional en la búsqueda natural de una vida sana en un proceso de atención en la situación de salud. (Kérouac, 1995).

Escuela del ser humano unitario.

Martha E. Rogers. Promoción de la salud favoreciendo una interacción armoniosa entre el hombre y el entorno; centrado en la integralidad de los campos de energía.

Rosemarie R. Parse. Ciencia y arte centrados en el ser humano en tanto que unidad viviente en la actualización y en la calidad de vida mediante la participación cualitativa de la persona en sus experiencias de salud.

Margaret Neuman. Ciencia que reconoce los patterns y favorece la expansión de la conciencia creando una relación mutua entre la enfermera y la persona. (Kérouac, 1995).

Escuela del caring.

Jean Watson. Arte y ciencia humana del caring, ideal moral y procesos transpersonales dirigidos a la promoción de la armonía “cuerpo-alma-espíritu” utilizando diez factores de cuidados.

Madeleine Leininger. Ciencia y arte humanista aprendidos centrados en los comportamientos las funciones y los procesos de cuidados personalizados dirigidos hacia la

promoción y conservación de los comportamientos de salud o su recuperación, preservando, adaptando y reestructurando los cuidados naturales. (Kérouac, 1995).

4. Propuestas teóricas de Virginia Henderson.

a) Antecedentes de Virginia Henderson.

Virginia Henderson nació en 1897 en Kansas City Missouri, pasó su infancia y adolescencia en Virginia, ya que su padre era abogado en Washington .

Durante la primera guerra mundial, Henderson desarrolló su interés por la enfermería, y en 1918 ingresó a la Army School of Nursing de Washington D.C., se graduó en 1921, aceptando el puesto de enfermera en el Henry Street Visiting Nurse Service de Nueva York. En 1922 inició su actividad como profesora de enfermería en el Norfolk Protestant Hospital de Virginia. Cinco años más tarde ingresó en el Teacher's college de la Universidad de Columbia, donde obtuvo los títulos de B.S y M.A. en formación de enfermería. En 1929 Henderson trabaja como supervisora de enfermería en el Strong Memorial Hospital de Rochester, Nueva York. En 1930 vuelve al Teacher's College como miembro de la facultad, impartiendo cursos sobre el proceso analítico en enfermería y sobre el ejercicio profesional hasta 1948. (Marriner, 1996).

Henderson tiene en su haber una larga carrera como autora e investigadora. Rescribió la cuarta edición de la obra de Bertha Harmer, **Textbook of the Principles and Practice of Nursing**, siendo publicada esta edición en 1939. La quinta edición de este libro de texto se publicó en 1955 y contenía la definición de Henderson sobre la enfermería. Desde 1959 a 1971 dirigió el Nursing Studies Index Project, patrocinado por Yale. El Nursing Studies Index fue elaborado en cuatro volúmenes comentados que ordenaban la literatura biográfica, analítica e histórica sobre la enfermería desde 1900 a 1959. Su folleto, **Basic**

Principles of Nursing Care, fue publicado en 1960, siendo traducido a más de 20 idiomas. Su libro, **The Nature of Nursing**, se publicó en 1966, y en él describía su concepto de la función única y primaria de la enfermería. La sexta edición del **The Principles and Practice of Nursing**, publicada en 1978, fue elaborado conjuntamente con Gladys Nite, siendo editada por Henderson. Este libro de textos se ha tomado como referencia para los planes de estudio de muchas escuelas de enfermería, habiéndose traducido a más de 25 idiomas. Su influencia y los logros conseguidos en la profesión de enfermería le han reportado múltiples reconocimientos. (Marriner, 1996).

En la decisión de Henderson de crear su propia definición de la enfermería influyeron principalmente tres factores:

En primer lugar en la revisión del **Textbook of Principles and Practice of Nursing** en 1939, ve en el trabajo que realizó con este texto el origen de su percepción de la **necesidad de aclarar las funciones de la enfermera**.

Otra razón fue su participación como miembro de un comité en una conferencia regional del **National Nursing Council** en 1946. Su trabajo en el comité fue incluido en el artículo de Esther Lucile Brown de 1948, **Nursing for the future**. Henderson cree que este artículo representaba **mi punto de vista modificado por lo que pensaban los demás miembros del grupo**. (Marriner, 1996).

Finalmente, Henderson se interesó por los cinco años que la **American Nurses Association** había realizado sobre la función de la enfermera, ya que no estaba totalmente de acuerdo con la definición que había adoptado la ANA en 1955.

Henderson considera su trabajo una definición más que una teoría. Describe su interpretación como la **síntesis de muchas influencias, unas positivas y otras negativas**. (Marriner, 1996).

En *The Nature of Nursing*, identifica las siguientes fuentes de influencia durante sus primeros años de enfermería.

De Annie W. Goodrich decana de la Army School of Nursing, donde Henderson, recibió su formación básica de enfermería, y sirvió de inspiración para Henderson, quien recuerda: **cada vez que visitaba nuestra unidad, nos animaba a mirar más allá de las técnicas y tareas rutinarias.** También se refiere a Goodrich cuando dice: **Mi descontento inicial con la atención al paciente, excesivamente reglamentada, en la que yo participaba y el concepto de enfermería como mera labor auxiliar de la medicina.**

Caroline Stackpole era profesora de Fisiología, cuando Henderson era una estudiante graduada. Le transmitió la importancia de mantener un equilibrio fisiológico.

Jean Broadhurst era profesora de microbiología. La importancia de la higiene y de la asepsia impactaron a Henderson.

El Dr. Edward Thorndike era psicólogo que dirigía trabajos de investigación sobre las necesidades fundamentales de los seres vivos. Henderson reconoce que **las enfermedades es más que un estado patológico** y que en los hospitales no se atienden las necesidades más importantes. (Marriner, 1996).

Del Dr. George Deaver. Henderson observó que la meta de la rehabilitación en el Instituto for the Crippled and Disabled era la reconstrucción de la independencia del paciente.

Bertha Harmer, una enfermera canadiense, fue la autora original del *Textbook of the Principles and Practice of Nursing*, que Henderson revisó. Henderson nunca conoció a Harmer, pero las similitudes entre sus respectivas definiciones de la enfermería son evidentes.

La definición de Harmer de 1922 comienza así: **La enfermería se basa en las necesidades de la humanidad.** (Marriner, 1996).

Ida Orlando. Henderson considera que Orlando influye en su concepto de la realización enfermera-paciente. Dice: **Ida Orlando (Pelletier) me ha hecho comprender con que facilidad la enfermera puede actuar basándose en una idea equivocada de las necesidades del paciente si no comprueba su interpretación de las mismas con él.**

Henderson incorporó principios fisiológicos y psicológicos a su concepto de enfermería. (Marriner, 1996).

b) Postulados teóricos.

En el libro *The Nature of Nursing*, Henderson define la función propia de la enfermera de la siguiente forma:

La única función de la enfermera es asistir al individuo, sano o enfermo en la realización de aquellas actividades que contribuyen a la salud o a su recuperación (o a una muerte serena), actividades que realizaría por sí mismo si tuviera la fuerza, conocimiento o voluntad necesaria. Todo ello de manera que le ayude a recobrar su independencia de la forma más rápida posible. (Fernández, 1995).

A partir de esta definición, se extraen una serie de conceptos y subconceptos básicos de Henderson.

1. - PERSONA.

Necesidades Básicas.

2. - SALUD.

Independencia.

Dependencia.

Causas de la dificultad o problema.

3. - ROL PROFESIONAL.

Cuidados básicos de enfermería.

Relación con el equipo de salud.

4. - ENTORNO.

Factores ambientales.

Factores socioculturales. (Fernández ,1995).

PERSONA.

Henderson considera persona. Objeto de los cuidados. (Fernández ,1995).

Ser biológico, psicológico y social que tiende hacia la independencia en la satisfacción de sus catorce necesidades fundamentales (Kérouac, 1995).

Henderson dice que:

La personas debe mantener un equilibrio fisiológico y emocional.

La mente y el cuerpo de la persona son inseparables.

El paciente requiere ayuda para ser independiente.

El paciente y su familia forman una unidad. (Marriner, 1996)

Las necesidades del individuo están cubiertas por los 14 componentes de enfermería. (Marriner, 1996)

No se encuentra una definición específica de necesidad, pero Henderson identifica 14 necesidades básicas en el paciente, que constituyen los componentes de la asistencia de enfermería. Dichas necesidades son:

- 1.- Necesidad de Oxigenación.
- 2.- Necesidad de Nutrición e Hidratación.
- 3.- Necesidad de Eliminación.
- 4.- Necesidad de Moverse y Mantener una Buena Postura.

- 5.- Necesidad de Descanso y Sueño.
- 6.- Necesidad de Usar Prendas de Vestir Adecuadas.
- 7.- Necesidad de Termorregulación.
- 8.- Necesidad de Higiene y Protección de la Piel.
- 9.- Necesidad de Evitar Peligros.
- 10.- Necesidad de Comunicarse.
- 11.- Necesidad de Vivir Según sus Creencias y Valores.
- 12.- Necesidad de Trabajar y Realizarse.
- 13.- Necesidad de Jugar / participar en actividades recreativas.
- 14.- Necesidad de aprendizaje. (Fernández, 1995).

Estas necesidades son comunes a todos los individuos. Cada persona en su unicidad, tiene la habilidad y capacidad de satisfacerlas de modo diferente con el fin de crecer y desarrollarse a lo largo de su vida. Las diferencias personales en la satisfacción de las catorce necesidades básicas vienen determinadas por los aspectos biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales, inherentes a cada persona, así como por la interrelación existente entre las diferentes necesidades, que implica que cualquier modificación en cada una de ellas pueda dar modificaciones en las restantes. Desde un punto de vista holístico, esto quiere decir que el estudio por separado de cada una de estas necesidades, en ningún momento nos da la visión del ser humano en su totalidad sino solamente de una parte de la realidad de la persona siendo necesaria la interrelación de cada una de estas necesidades con las restantes, para resolver el estado del individuo como un todo. (Fernández, 1995).

SALUD.

Capacidad de actuar de forma independiente en relación con las catorce necesidades fundamentales. (Kérouac, 1996).

Henderson considera la salud en función de la capacidad del paciente para realizar sin ayuda los catorce componentes de la asistencia de enfermería. Dice que es **la calidad de la salud más que la vida en sí misma, esa reserva de energía mental y física que permite a la persona trabajar de una forma más efectiva y alcanzar su mayor nivel potencial de satisfacción en la vida.**

La salud representa calidad de vida.

La salud es necesaria para el funcionamiento humano.

La salud requiere independencia e interdependencia.

La promoción de la salud es más importante que la atención del enfermo.

Los individuos recuperarán la salud o la mantendrán si tienen fuerza, voluntad y conocimientos necesarios. (Marriner, 1996).

Virginia Henderson desde una filosofía humanista considera que todas las personas tienen determinadas capacidades y recursos, tanto reales como potenciales. En este sentido buscan y tratan de lograr la independencia y por lo tanto, la satisfacción de las necesidades de forma continuada, con el fin de mantener en estado óptimo la propia salud. Cuando esto no es posible aparece una dependencia que se debe según Henderson a tres causas y que identifica como *falta de fuerza, falta de conocimiento o falta de voluntad*. (Fernández, 1995).

Independencia.

Puede ser definido como la capacidad de la persona para satisfacer por sí misma sus Necesidades Básicas, es decir, llevar a cabo las acciones adecuadas para satisfacer las necesidades de acuerdo con su edad, etapa de desarrollo y situación.

Dependencia.

Puede ser considerada desde dos aspectos. Por un lado, la ausencia de actividades llevadas a cabo por la persona con el fin de satisfacer las catorce necesidades. Por otro lado puede

ocurrir que se realicen actividades que no resulten adecuadas o sean insuficientes para conseguir la satisfacción de las necesidades. (Fernández, 1995).

Los criterios de independencia como los de dependencia, deben considerarse de acuerdo a los componentes específicos de cada persona (biofisiológicas, psicológicas, socioculturales y espirituales). (Fernández, 1995).

Causas de dificultad.

Las causas de dificultad son los obstáculos o limitaciones personales o del entorno que impiden a la persona satisfacer sus propias necesidades. Henderson las agrupa en tres posibilidades.

Falta de fuerza. Se interpreta como fuerza la capacidad física o habilidades mecánicas y capacidad del individuo para llevar a cabo las acciones pertinentes a la situación, determinado por el estado emocional, estado de las funciones psíquicas y capacidad intelectual. (Fernández, 1995).

Falta de conocimientos. En lo relativo a las cuestiones esenciales sobre la propia salud y situación de enfermedad, autoconocimiento y sobre los recursos propios y ajenos disponibles.

Falta de voluntad. Incapacidad o limitación de la persona para comprometerse en una decisión adecuada a la situación y en la ejecución y mantenimiento de las acciones para satisfacer las catorce necesidades.

Cabe señalar que la presencia de estas tres causas pueden dar lugar a una dependencia total o parcial, así como temporal o permanente. Estos aspectos deberán ser valorados para la planificación de las intervenciones de enfermería. (Fernández, 1995).

Con relación al paciente, Henderson afirma que ...”todos los miembros del grupo deben considerar a la persona que atienden como la figura central y comprender que, primordialmente su misión consiste en “asistir” a esta persona. Si el paciente no acepta ni comprende el programa tratado con él y par él, ni coopera en su desarrollo, se perderán gran parte de los esfuerzos del equipo”. El paciente es visto como un sujeto activo y responsable de su propia salud, que participa en las decisiones y logro de sus metas. (Fernández, 1995).

Supuestos Principales adaptados a partir de las publicaciones de Henderson:

La enfermera tiene la función única de ayudar a los individuos sanos o enfermos.

La enfermera actúa independientemente del médico , pero apoya su plan si hay algún médico de servicio. Henderson subrayaba que la enfermera (por ejemplo la comadrona) puede actuar independientemente y debe de hacerlo así si es el profesional sanitario mejor preparado para una determinada situación. La enfermera puede y debe diagnosticar y tratar si la situación lo requiere. (Marriner, 1996).

La enfermera está formada en ciencias biológicas y sociales.

La enfermera puede apreciar las necesidades humanas básicas.

Los catorce componentes de la asistencia abarcan todas las funciones posibles de la enfermería. (Marriner, 1996)

ENTORNO

Analizando el contenido del modelo de Henderson , la autora menciona unas veces de forma implícita y otras explícitamente , la importancia de los aspectos socioculturales y del entorno físico (familia, grupo, cultura, aprendizajes, factores ambientales....), para valorar las necesidades y planificar los cuidados. (Fernández, 1995)

Entorno se conceptualiza como: factores externos que actúan de forma positiva o negativa. (Kérouac, 1996).

Aplicación del Modelo de Virginia Henderson.

El Modelo de Henderson como marco conceptual, es perfectamente aplicable en todas y cada una de las diferentes etapas del Proceso de Atención:

En las etapas de valoración y diagnóstico, sirve de guía en la recogida de datos y en el análisis y síntesis de los mismos . En esta etapa se determina:

- ✓ El grado de independencia / dependencia en la satisfacción de cada una de las 14 necesidades.
- ✓ Las causas de la dificultad en tal satisfacción.
- ✓ La interrelación de unas necesidades con otras.
- ✓ La definición de los problemas y su relación con las causas de dificultad identificadas.

En las etapas de planificación y ejecución, sirve para la formulación de objetivos de independencia en base a las causas de la dificultad detectadas , en la elección del modo de intervención (suplencia o ayuda) más adecuado a la situación y en la determinación de actividades de enfermería que impliquen al individuo , siempre que sea posible en su propio cuidado. Esto significa determinar el modo de intervención más adecuado a la situación. Todos estos criterios serán los que guiarán la etapa de ejecución. (Fernández, 1995).

En la etapa de evaluación, el modelo de Henderson ayuda a determinar los criterios que nos indicarán los niveles de independencia mantenidos y / o alcanzados a partir de la puesta en marcha del plan de cuidados , ya que según esta autora nuestra meta es ayudar al individuo a conseguir su independencia máxima en la satisfacción de las necesidades lo más rápidamente posible. Evidentemente , esto no significa que nosotras le proporcionemos la independencia , sino que nuestra actuación va encaminada a ayudarle a

alcanzar dicha independencia por sí mismo de acuerdo con sus propias capacidades y recursos. (Fernández, 1995).

Factores que influyen la satisfacción de las necesidades:

Biofisiológicos . Que hacen referencia a las condiciones genéticas de la persona y al funcionamiento de sus aparatos y sistemas u órganos de acuerdo con su edad , etapa de desarrollo y estado general de salud.

Psicológicos. Se refieren a sentimientos , pensamientos, emociones, inteligencia, memoria, psicomotricidad , nivel de conciencia, sensopercepción y habilidades individuales y de relación (estrategias o habilidades de afrontamiento). (Fernández, 1995).

Socioculturales. Se refieren al entorno físico de la persona (próximo y más lejano) y a los aspectos socioculturales de este entorno que están influenciando a la persona . Así el entorno físico es el de la casa, del trabajo , el hospitalario, etc . El entorno físico más lejano se refiere al de la comunidad donde vive el individuo. El entorno sociocultural incluye a los valores y normas que proporciona la familia , la escuela, las leyes y políticas por las que se rige la comunidad de referencia. Todo ello mediatiza las propias creencias y valores que se van elaborando a través de las influencias intergeneracionales familiares y de los grupos con los que la persona se relaciona. (Fernández, 1995).

A continuación se desarrolla la GUIA PARA LA VALORACION DE LAS 14 NECESIDADES BASICAS, siguiendo el modelo de Henderson:

Guía para la valoración de las 14 necesidades básicas.

A continuación se desarrolla la GUIA PARA LA VALORACIÓN DE LAS 14 NECESIDADES BASICAS, siguiendo el modelo de Henderson de acuerdo con los principios anteriormente expuestos.

1. NECESIDAD DE OXIGENACION.

Factores que influncian esta necesidad.

- Biofisiológicos. Edad, alineación corporal, talla corporal (relación talla / peso), nutrición e hidratación, sueño /reposo/ ejercicio, función cardíaca, función respiratoria, estado de la red vascular (arterial y venosa).
- Psicológicos. Emociones (miedo, ira, tristeza, alegría, etc.), ansiedad /estrés, inquietud, irritabilidad, etc.
- Socioculturales. Influencias familiares y sociales (hábitos y aprendizajes tales como estilo de vida, hábito de fumar), entorno físico próximo (trabajo, casa, habitación hospital), entorno físico de la comunidad (altitud, temperatura, clima, contaminación ambiental).

Observaciones

- Signos vitales (pulso central y periféricos, tensión arterial, temperatura y patrones respiratorios), ruidos respiratorios, movimientos del tórax, secreciones, tos, estado de las fosas nasales, aleteo nasal, color de la piel y mucosas, temperatura de la piel, circulación de retorno (venas varicosas).
- Dolor asociado con la respiración. Dificultad respiratoria.
- Estado de conciencia, existencia de agitación.

- Calidad del medio ambiente: polución, humedad, sistemas de ventilación, corrientes de aire, espacios verdes.

Interacciones

- Si fuma, ¿qué sabe acerca del fumar?, ¿Desde cuando fuma?, ¿Cuántos cigarrillos/puros/ etc. fuma al día? ¿Varia la cantidad según su estado emocional?
- ¿Cómo influencia la realización de las actividades de la vida cotidiana en su respiración? (Sensación de ahogo al subir al subir escaleras, cambios en el ritmo respiratorio al andar deprisa, etc.).
- ¿Cómo influencia en su estado de animo en su respiración? (Si aumenta o disminuye la frecuencia, ritmo, etc.)
- ¿Tiene conocimiento sobre una respiración correcta?
- ¿Conoce y/o utiliza técnicas que cree que le mejoran su respiración (relajación, yoga...)?
- ¿Tiene cambios de temperatura en las extremidades que no guarden relacion con la temperatura ambiental?
- ¿Es propenso a sufrir hemorragias? ¿De que tipo?
- ¿Tiene algun antecedente de problemas cardiorrespiratorios? (Dolor precordial, taquicardia, asma, alergias, etc.).

2. NECESIDADES DE NUTRICION E HIDRATACIÓN

Factores que influncian esta necesidad

- Biofisiológico. Edad, talla, constitución corporal y patrón de ejercicio.
- Psicológico. Emociones, sentimientos y pensamientos respecto a la comida/bebida.
- Socioculturales. Influencias familiares y sociales (hábitos y aprendizajes), status socioeconómicos, entorno físico próximo (casa, comedor, olores), entorno físico

lejano (clima, temperatura), religión, trabajos (horarios, tiempo disponible, tiempo entre comidas, comer solo o acompañado...)

Observaciones

- Antropometría (peso, talla, pliegue de la piel y diametro del brazo), estado de la piel, mucosa, uñas y cabello: funcionamiento neuromuscular y esquelético: aspecto de los dientes y encías: capacidad para masticar y deglutir. Funcionamiento tracto digestivo.
- En caso de heridas, tipo y tiempo de cicatrización.
- Dolor, ansiedad, estrés, trastornos del comportamiento, disminución de energía, apatía, debilidad, irritabilidad, trastornos de la conciencia y agitación.
- Condiciones del entorno que faciliten / dificulten la satisfacción de esta necesidad.

Interacciones

- ¿Cómo influencia el estado de animo en su alimentación e hidratación? (Ansiedad, estrés, conflictos: si aumenta o disminuye la ingesta, o sea, relación con anorexia y polifagia.)
- ¿Qué antecedentes familiares tiene con respecto a talla , corpulencia, peso y hábitos alimentarios?.
- ¿Qué sentido le da a las comidas? (castigo, amor, recompensa, supervivencia, paliativo del aburrimiento...)
- ¿Con quien come habitualmente?
- ¿Dónde come? (restaurante, casa, otros)
- ¿Cuáles son los patrones familiares con respecto a la comida? (Motivo de encuentro e intercambio –momento destinado a ver la TV, oír la radio, leer- y distribución de roles alrededor de la comida).
- ¿Qué alimento ha tomado en las ultimas 72 horas? (Registro dietético para valorar si conoce los cuatro grupos básicos de alimentación y que tipo de alimentación realiza.)

- ¿Qué horario y número de comidas habitualmente realiza? (Relación de trabajo y patrones culturales.)
- ¿Qué cantidad y tipo de líquido bebe al día? ¿Cuál es la pauta de ingesta?
- ¿Qué preferencia/ disgusto siente por determinados alimentos? (impedimentos ideológicos o religiosos con respecto a la comida, influencias socioculturales –si relaciona obesidad con salud-) por la temperatura de los mismos
- ¿Qué dificultades encuentra para procurarse, almacenar y prepararse alimentación adecuada? (Del entorno, económica, de conocimientos, de habilidad / capacidad personal).
- ¿Conoce las necesidades de alimentación e hidratación y su relación con la edad y con la actividad?
- ¿Conoce los factores que favorecen su ingestión y asimilación? (No comer alimentos que produzcan flatulencia, comer despacio, masticando e insalivando bien, no acostarse inmediatamente después de comer, etc.).
- ¿Ha habido cambios recientes de dieta o de peso?, ¿Por qué? (Relacionados con modas, costumbres, auto imagen).
- ¿Tiene algún problema al masticar y/o tragar la comida/bebida? ¿Con qué cree que esta relacionado? (problemas de salud, dentales...).
- ¿Tiene en la actualidad algún problema digestivo? (Ardores , nauseas, vómito, pérdida de peso...)

3. NECESIDAD DE ELIMINACIÓN.

Factores que influyen en esta necesidad.

- **Biofisiológicos.** Edad, nivel de desarrollo, nutrición e hidratación, ejercicio.
- **Psicológico.** Emociones, ansiedad, estrés, estado de ánimo.
- **Socioculturales.** Organización social (Servicio público, cumpliendo normas de salubridad), estilo de vida, hábitat, entorno adecuado, influencias familiares y sociales (hábitos, aprendizajes, aspectos culturales condicionantes), clima.

Observaciones

- Orina (coloración, claridad, olor, cantidad, PH, frecuencia, densidad, presencia de proteínas, sangre, glucosa y cuerpos cetónicos); heces, (coloración, olor, consistencia, frecuencia, configuración, presencia de sangre y constituyentes anormales); sudor (cantidad y olor); menstruación (cantidad, aspecto, color).
- Estado del abdomen y el periné.
- Estado de conciencia, capacidades sensoriales, preceptuales, neurológicas y motrices.
- Condiciones del medio que ayudan / dificultan la satisfacción la satisfacción de esta necesidad.

Interacciones.

- ¿Cuáles son sus patrones habituales de eliminación? (Heces, orina, menstruación, sudoración)
- ¿Cómo influyen las emociones en sus patrones de eliminación?
- ¿Se siente satisfecho en sus patrones habituales de eliminación? (Frecuencia, diurna y nocturna, cantidad y calidad, confortabilidad, sensación de bienestar, etc.)
- ¿El cambio de entorno (viajes, lugar, intimidad, postura, etc.) ¿Modifica los hábitos de eliminación? ¿Cuáles?
- ¿El cambio de horario modifica los hábitos de eliminación? ¿Cuáles?
- ¿Qué tipo de hábitos higiénicos utiliza en las necesidades de eliminación? La modificación de estos hábitos ¿le causa algún tipo de problema?
- ¿Conoce medidas no medicamentosa de ayuda? (Masajes, dietas, hidratación, ejercicio físico). ¿Cuáles?
- En la actualidad, ¿Tiene algún problema relacionado con la necesidad de eliminación? (Ardor al orinar, necesidad de laxante para evacuar, hemorroides, dolor al defecar u orinar, dolor menstrual, etc.).

- En caso de problemas en la eliminación (incontinencia, colostomía, sudoración excesiva o de olor desagradable). ¿Cómo le afectan en su autoconcepto /imagen y en su vida de relación?
- En el supuesto anterior, ¿realiza o ha realizado los aprendizajes necesarios para resolver o neutralizar los problemas?.

4. NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA.

Factores que influencia esta necesidad

- Biofisiológicos. Constitución y capacidad física (nivel de energía individual, edad, crecimiento y desarrollo físico)
- Psicológicos. Emociones, personalidad de base y estado de ánimo.
- Socioculturales. Influencias familiares y socioculturales (hábitos, aprendizajes, razas, valores, creencias y costumbres, rol social, organización social, tiempo dedicado a la actividad / ejercicio, hábitos de ocio / trabajo, entorno físico lejano (clima, temperatura, altitud), entorno físico próximo (temperatura, mobiliario, barreras ambientales)

Observaciones

- Estado del sistema musculoesquelético (fuerza / debilidad muscular, firmeza en la marcha, tono muscular, gama de movimientos, postura adecuada de pie, sentado y acostado), necesidad de ayuda para la ambulación y/o mantenimiento de una postura correcta, coordinación voluntaria, presencia de temblores, ritmos de movimientos; constantes vitales (pulso, tensión arterial)
- Estado de apatía, de postración, estado de conciencia, estado depresivo, sobreexcitación agresividad.
- Cualidades ergonómicas de su entorno inmediato.

Interacciones.

- ¿Cuál es su postura habitual relacionada con su ocupación, rol social o pertenencia a determinado grupo cultural?
- ¿Cuántas horas del día cree usted, que esta sentado, andando, de pie, reclinado?
¿Se considera una persona activa o sedentaria?
- ¿Conoce la importancia de esta necesidad y medidas saludables con respecto a ella? (Consecuencias de la hipoactividad o de malas posturas prolongadas, elección de mobiliario y calzado adecuado, etc.).
- ¿Sabe como realizar ejercicios activos y pasivos que mejoren la movilidad y la tonicidad muscular?
- ¿Cómo influyen sus emociones en esta necesidad?
- ¿Cómo influyen sus creencias y/o valores de comunicación intercultural en esta necesidad? (Posturas y movimientos aceptados por determinadas culturas...).

5 . NECESIDAD DE DESCANSO Y SUEÑO

Factores que influyen esta necesidad

- Biofisiológico. Edad, ejercicio, alimentación / hidratación.
- Psicológicos. Estados emocionales, ansiedad, estrés, estado de ánimo, hipnograma (características del sueño de la persona)
- Socioculturales. Influencias familiares y sociales (hábitos, aprendizaje, normas sociales, prácticas culturales –siesta-), trabajo, entorno próximo o del hábitat (iluminación , ruido, colores, mobiliario), entorno lejano (clima, altitud, temperatura) creencias y valores, estilo de vida (horario de trabajo...)

Observaciones.

- Nivel de ansiedad/estrés, lenguaje no verbal (ojeras, postura, bostezos, concentración y atención), estado que presentan los ojos (enrojecimiento, hinchazón) expresión de irritabilidad o fatiga, dolor, inquietud, laxitud y apatía, cefaleas. Estado de conciencia y respuesta a estímulos.
- Condiciones del entorno que ayudan/impiden la satisfacción de esta necesidad (sonido, luz, temperatura, adaptación de la cama, colchón, almohada o ropa, a la talla o situación de la persona).

Interacciones

- ¿Cuál es su patrón habitual de sueño? (Horas, horarios, duración, siesta, si se despierta por las noches, necesidad de levantarse durante las noches, sueño profundo, si se despierta con estímulos suaves o no...) ¿Le resulta suficiente o adecuado?
- Habitualmente ¿duerme solo /a o acompañado /a?
- ¿Los cambios en el entorno, en su situación y hábitos, modifican o alteran su patrón de sueño? Especificar cuales y como.
- ¿Cuánto tiempo necesita para conciliar el sueño?
- ¿Cómo lo influyen las emociones en la necesidad de dormir y reposar? (En situaciones de estrés, ansiedad, modificaciones, en el peso, en constantes vitales, etc.)
- ¿Sabe como reducir o controlar las tensiones y el dolor?
- ¿Qué hace normalmente cuando necesita descansar? (Leer, dormite, relajarte, etc.). ¿Hay algo que interfiera en su descanso en ese momento?
- ¿Qué sentido tiene para Ud. el dormir? (Como rutina, obligación, placer, relajación, evasión, compensación). ¿Conoce los efectos positivos y negativos de cada una de estas formas de comportamiento?
- ¿Tiene sueños / pasadillas cuando duerme?

- ¿Utiliza algún medio con el fin de facilitar el sueño? (Masajes, relajación, visualización, música, entretenimiento, lectura).
- ¿Utiliza algún tipo de medicamento para dormir para dormir o estimularse? Si lo utiliza ¿Conoce sus efectos?
- ¿Cuánto tiempo diario utiliza para el reposo /descanso? ¿Dónde? (Trabajo, casa, entorno social-masajista, bar...).

6. NECESIDAD DE USAR PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS

Factores que influyen esta necesidad.

- Biofisiológicos. Edad, desarrollo psicomotor, talla corporal, tipo de actividades.
- Psicológicos. Emociones (alegrías, tristeza, ira), personalidad de base, estado de animo y auto imagen.
- Socioculturales. Influencias familiares (hábitos, aprendizaje), status social, trabajo, cultural (moda, pertenencia a un determinado grupo social, actitudes de reserva y pudor), creencias (uso del color negro para expresar el duelo), religión, significado personal de la ropa, entorno próximo (temperatura del hábitat) entorno lejano (clima, temperatura, medio rural / urbano).

Observaciones.

- Edad, peso, estatura, sexo, handicap. Capacidad psicomotora para vestirse y desvestirse.
- Utilización incontrolada del vestirse y desvestirse (negativa, exhibicionismo, desinterés / rechazo frente a la necesidad, apropiación de los vestidos de otro). Vestido incompleto, descuidado, sucio o inadecuado a la situación. Tipo y cantidad de accesorios/ abalorios.
- Condiciones del entorno (espacio para guardar la ropa limpia y sucia, para lavar, secarla).

Interacciones

- ¿Qué significado tiene la ropa en cuanto a su imagen o cobertura de alguna otra necesidad? (Autoestima, relaciones con los demás, etc.).
- ¿Cree que el modo de vestir marca diferencias personales, sociales, culturales, etc.?
- ¿Puede decidir por sí mismo/ a la ropa que se pone habitualmente? (En el hospital, residencia de ancianos, trabajo...).
- ¿Conoce la relación entre calidad / cantidad de ropa necesaria para la adecuada acomodación al propio cuerpo y la temperatura ambiente?
- ¿Necesita algún tipo de ayuda para decidir el tipo de ropa o para vestirse / desvestirse? En caso afirmativo, ¿conoce cómo adaptarse a una limitación o handicap en esta necesidad y dispone de los recursos materiales o humanos para ello? (Ante una dificultad en abrocharse los botones, cambiarlos por velcro como sistema de cierre, disponer de más tiempo para realizarlo, etc.).
- Ante situaciones de la vida causantes de estrés o conflicto, ¿Se afecta su modo de vestir?, ¿Cómo?.
- ¿Tiene algún objeto accesorio del vestir que tenga significación especial para usted?, ¿Cuál es?
- ¿Tiene algún tipo de indumentaria relacionada con valores o creencias que considere necesario mantener?
- ¿De que forma le afecta el vestirse o el desvestirse en un sitio extraño, ante personas o con ayuda de otras personas? (Intimidad...)

7. NECESIDAD DE TERMORREGULACIÓN

Factores que influyen en esta necesidad

- Biofisiológicos. Edad, sexo, ejercicio, tipo de alimentación, ritmos cardíacos.

- Psicológicos. Ansiedad, emociones.
- Socioculturales. Entorno físico próximo (casa, lugar de trabajo, habitación), entorno físico lejano (clima, altitud, temperatura), raza o procedencia étnica / geográfica, status económico.

Observaciones

- Constantes vitales (temperatura), coloración de la piel, transpiración, temperatura ambiental.
- Discomfort, irritabilidad, apatía.
- Condiciones del entorno físico próximo que ayude / limiten la satisfacción de esta necesidad (sistema de calefacción, control sobre ellos, etc.)

Interacciones

- ¿Qué temperatura le produce sensación de bienestar, el calor o el frío? ¿Se adapta fácilmente a los cambios de temperatura ambiental?
- ¿Tiene alguna creencia o valor que mediatice sus comportamientos en la necesidad de termorregulación? (uso de alcohol para entrar en calor...). (Fernández, 1995).
- ¿Qué recurso utiliza (bebidas calientes, ropa, actividades físicas, aire acondicionado) y que limitaciones –de conocimientos, económicas- tiene en las situaciones de cambios de temperatura?
- Las emociones intensas (miedo, ansiedad, ira...) ¿cómo le afectan esta necesidad?, ¿Sabe como controlarlas?

8.NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL.

factores que influyen esta necesidad

- Biofisiológicos. Edad, desarrollo, alimentación, ejercicio / movimiento, temperatura corporal.

- Psicológico. Emociones, estado de ánimo, inteligencia, auto imagen, psicomotricidad.
- Socioculturales. Cultura, educación, corrientes sociales, modas (productos de belleza), organización social (casa, lugar de trabajo), influencias familiares (hábitos y aprendizajes), ambiente lejano (clima, temperatura ambiente).

Observaciones.

- Capacidad de movimiento, estado de la piel (color, textura, turgencia, presencia de manchas, temperatura, humedad, lesiones), estado del cabello, uñas, orejas, ojos, nariz, boca (aliento, dientes...) y mucosa olor corporal.
- Expresión facial / corporal de confort, efectos del baño o ducha (relajación física y psicológica)
- Condiciones del entorno (equipamiento y material adaptados a las necesidades individuales y hábitos personales).

Interacciones.

- ¿Conoce la relación entre estilo de vida y satisfacción de esta necesidad?
- ¿Qué significado tiene para usted la limpieza? (auto imagen, reflejo del estado emocional, relación o comunicación con los demás)
- Describa la forma en que cuida de su cuerpo en relación con las actividades de higiene (tipo, frecuencia, cantidad).
- ¿Cómo le afecta el hecho de que sus necesidades de higiene sean satisfechas con ayuda de otra persona o ante personas?
- ¿Tiene preferencias horarias respecto a su aseo diario?
- ¿Qué hábitos higiénicos considera imprescindibles mantener? (Lavarse dientes o manos antes / después de comer o eliminar..)
- ¿Tiene por costumbre utilizar algún producto específico? (colonias, antisépticos bucales, compresas, cremas...)

- ¿Existen condiciones en su entorno inmediato que limitan o imposibilitan unos hábitos saludables de higiene? (Creencias o valores familiares –no lavarse durante la regla, no debe lavarse la cabeza a diario, ducha a diario nociva...-, condiciones de hábitat, equipamiento, material, condiciones económicas, creencias personales, modas.)
- Ante situaciones de la vida causantes del estrés o conflicto, ¿se afecta su necesidad de higiene?, ¿Cómo? (Influencia de emociones: aumento de transpiración, secreciones, etc.)

9. NECESIDAD DE EVITAR LOS PELIGROS

Factores que influyen esta necesidad

- **Biofisiológicos.** Edad, etapa del desarrollo, mecanismo de defensa fisiológicos (termorregulación, sistema inmunológico), estabilidad psicomotora.
- **Psicológico.** Mecanismo de defensa, métodos de afrontamiento (competencias personales), estrés, estabilidad psíquica, personalidad de base, emociones y diferentes estados de ánimo.
- **Socioculturales.** Sistema de apoyo familiar y social, cultura, religión, educación, status socioeconómico, rol social, estilo de vida, organización social, valores y creencias, entorno lejano (clima, temperatura, humedad, ruido, etc.), entorno próximo (iluminación, mobiliario, ruidos, etc.)

Observaciones.

- Integridad neuromuscular, de los sentidos y del sistema inmunológico.
- Ansiedad, falta de control, falta de habilidad de afrontamiento, inhibición, desconfianza, agresividad, alteraciones en la sensopercepción o en la conciencia originadas por sobre exposición a estímulos o por privación, interacciones con personas significativas, comportamientos peligrosos.

- Auto concepto / autoestima (si protege o evita mirar o tocar zonas de su cuerpo, armonía en el aspecto físico, existencia de cicatrices, deformidades congénitas o no, alteraciones en el funcionamiento del cuerpo)
- Condiciones en el ambiente próximo (temperatura, humedad, iluminación, barreras ambientales –suelo encerado, mojado, barandillas en la cama, etc. –ruidos), salubridad del ambiente lejano (alcantarillas, polución...).

Interacciones

- ¿Qué miembros componen su familia de pertenencia? ¿Qué miembros componen sus familias de referencia?
- ¿Cómo influyen las emociones intensas en su necesidad de seguridad física y psicológica? (Se queda paralizado, hiperactivo,...)
- ¿Conoce las medidas de prevención de accidentes en su trabajo y en su casa? (Almacenaje de productos tóxicos o de limpieza, medicamentos, conducciones de gas, sistema eléctrico, etc.) ¿Las utiliza? ¿Controla su funcionamiento periódicamente?
- ¿Realiza los controles de salud periódicos recomendados para cada edad y situación de la persona y familia? (Cartillas de vacunación infantil, vacunaciones antigripales para los ancianos o personas de riesgo, vacunaciones y control de animales domésticos, revisiones médicas, control de la tensión arterial, etc.)
- ¿Conoce las medidas de autocontrol para prevenir enfermedades? (Examen periódico de mamas, testículos, visión, audición, etc.), ¿Las utiliza?
- Si necesita algún tipo de ayuda (para la deambulación, visión, audición, etc.) ¿la utiliza y está adaptada a sus necesidades?
- ¿Conoce las medidas de prevención de enfermedades infectocontagiosas y agresiones del entorno? (Tormentas, rayos, inundaciones, fuego.) ¿Las utiliza?
- ¿De que modo maneja las situaciones de tensión en su vida? (Enfadarse consigo mismo o con los demás, culpabilizar a los demás de su situación, hablar con las personas esta implicadas en el problema, sentirse ansioso, rezar, leer, escuchar

música, o realizar actividades relajantes, dedicarse a actividades intelectuales, infravalorarse, adoptar un comportamiento inhibido, sumiso o activo.)

- ¿De que forma maneja su familia las situaciones de estrés? (Flexibilidad en el reloj, quien toma las decisiones, solución a la disparidad de criterios entre los miembros del grupo familiar.)
- ¿Cuál es el rol y estatus que ocupa en la familia?
- ¿Ha sufrido alguna alteración física que haya alterado su imagen / auto concepto?
- ¿Es o ha sido muy difícil de lo previsible aceptar los cambios ocurridos a raíz de una situación de cambio o crisis? (Enfermedad, amputación, cirugía.)
- ¿Pertenece a alguna organización social, asociación o grupo social o religioso? ¿Le proporciona sentimientos de pertenencia y de seguridad?
- ¿Qué personas o grupos le han ayudado a sobrellevar su situación de crisis?, ¿Cómo?
- ¿Qué personas pueden ayudarlo en la actualidad? (Familia, amigos, vecinos.) ¿Cuáles cree Ud. que le proporciona sentimientos de seguridad y que estarían dispuestas a ayudarlo?
- ¿Cómo ha reaccionado la familia ante sus problemas actuales de salud? (Actitud de aceptación y apoyo, rechazo, abandono o indiferencia)
- En situaciones anteriores de crisis o de cambio, ¿ha sido capaz de identificar las necesidades de apoyo, las personas – recursos que pueden prestarlo y abiertamente?
- ¿Cómo percibe su situación actual en cuanto a mantener un tipo de vida en armonía consigo y su entorno?
- ¿Cuáles son sus metas en un futuro próximo (3-5 años)?, ¿Cómo planea lograrlas?
- ¿Dispone de espacio propio en su entorno inmediato –casa, trabajo u hospital-? En caso negativo, ¿en qué medida le afecta en sus sentimientos de seguridad psíquica?
- ¿Se encuentra en una situación económica que le proporciona seguridad física y psicológica? ¿Prevé cambios? ¿Le preocupa respecto al futuro?

- ¿Tiene sentimientos de control sobre sí mismo (equilibrio entre dependencia e interdependencia) y sobre el medio?
- ¿Cuáles son sus hábitos respecto a droga, alcohol, tabaco, café, té, bebidas con cola y medicamentos?
- ¿Qué cantidad día /semana consume? ¿En compañía o en solitario? ¿Cuál / es cree Ud. que es / son la /s causa /s de este consumo?
- ¿Conoce los efectos del consumo de estas sustancias sobre su salud y sus relaciones?.
- ¿Conoce técnicas para mejorar su estado de bienestar, su salud, sus relaciones consigo mismo y con los demás, y para aumentar las competencias en el manejo del estrés? (Técnica de asertividad, técnicas de relajación, técnicas de resolución de problemas...)

10. NECESIDAD DE COMUNICARSE.

Factores que influyen esta necesidad

- Biofisiológico. Integridad de los órganos de los sentidos, edad, etapa de desarrollo.
- Psicológico. Inteligencia, percepción, memoria, conciencia, (atención, orientación), carácter, estado de ánimo, humor de base, auto concepto, pensamiento.
- Socioculturales. Entorno físico próximo (personas, lugares), entorno físico lejano (vías de acceso, vivienda aislada), cultura, status social, rol, nivel educativo, influencias familiares y socioculturales (hábitos y aprendizajes, valores y creencias de la familia / grupo social, profesión.

Observaciones.

- Estado de los órganos de los sentidos (en caso de prótesis, adecuación de éstas) y del sistema neuromuscular.

- Dificultad respiratoria, fatiga y debilidad.
- Comunicación verbal (directa y abierta, poco clara o evasiva, habilidades de comunicación –asertiva, feedback, etc.-, barreras idiomáticas, dificultades en la fonación (tartamudeo, balbuceo,...). Comunicación no verbal (contacto visual, lenguaje corporal, gestos, tono de voz, congruencias con la verbal, expresión de sentimientos por el tacto). Utilización de la expresión escrita. (Fernández, 1995).
- Cantidad y calidad de las interacciones con la familia y con las personas del entorno (facilidad de expresión de sentimientos y pensamientos, pertenencia a un grupo, relaciones armoniosas con la familia, grupo, etc.)
- Actitudes facilitadoras de la relación (confianza, receptividad, empatía, compromiso, concreción, disponibilidad).
- Utilización de mecanismos de defensa (negación, inhibición, agresividad / hostilidad, desplazamiento.etc).
- Condiciones del entorno que ayudan / limitan la satisfacción de esta necesidad (sonorización, luz, intimidad, compañía, etc.)

Interacciones.

- ¿En que medida le ha afectado en su necesidad de comunicación, la existencia de limitaciones físicas, enfermedad, cicatrices? (A nivel personal, familiar y de relaciones con los demás.)
- De las personas significativas de que dispone como recurso, ¿con cuales puede intercambiar puntos de vista o compartir problemas o inquietudes? ¿Puede hacerlo a menudo o cuando cree necesario?
- ¿Cuanto tiempo pasa solo /a?, ¿Por qué? ¿Con cuantas personas suelo relacionarse diariamente?
- ¿Tiene contactos sociales en forma regular y que le resulten satisfactorios?
- ¿De que forma expresa generalmente sus sentimientos y pensamientos a los demás (verbal y directamente, a través de alusiones y del comportamiento)? Si en algunas situaciones no los expresa, ¿Cuándo y por que?, ¿Cómo se siente?

- ¿Cree necesario y/o adecuado manifestar lo que siente u opina a su familia o amigos?, ¿Por qué?
- ¿Se encuentra a gusto siendo tal como es en relación a sí mismo o a los demás (familia, amigos, colaboradores, compañeros) en cuanto al aspecto físico –peso, apariencia-, psicológico y social?
- ¿Qué tipo de humor tiene por lo general (Deprimido, alegre.) ¿Tiene a menudo cambios de humor? ¿Le causa problemas de relación consigo mismo o con los demás?
- ¿De que manera se relaciona su familia como un todo? (Reuniones periódicas, celebraciones.)
- ¿Qué posición ocupa en el seno de su familia? ¿Cómo se ve Ud.? ¿Cómo lo ven los demás?
- ¿Existe algún conflicto importante de relación con su familia y/o entre los miembros del grupo familiar?
- ¿Con cual de sus familiares tiene mejor relación?, ¿Por qué?
- ¿Qué otras personas son importantes para Ud.? ¿Cómo se ve en la relación con los demás? ¿Qué cree que esperan de Ud.?
- ¿En que tipo de vivienda habita? (Número de habitaciones, espacio) ¿Le afecta en su necesidad de comunicación?
- ¿Tiene algún tipo de mascota o animal domestico? ¿De que manera le ayuda en su necesidad de comunicación? (Le hace compañía, le hace sentirse seguro /a...)
- Ante situaciones de la vida causantes del estrés o conflicto, ¿se afecta su necesidad de comunicación?, ¿Cómo? (Arreglo físico, aislamiento, búsqueda de relaciones, inactividad / hiperactividad, problemas de concentración / atención, de expresión, etc.)
- ¿Tiene sentimientos, pensamientos o comportamientos competitivos con alguien de su familia o amigos? (Aspectos materiales, de status, físicos.) Si su situación actual los modifica, ¿en qué medida le preocupa y le afecta?

- ¿Siente que sus necesidades sexuales están cubiertas de forma satisfactoria para Ud.? En caso negativo, ¿le resulta un problema digno de mención? En caso afirmativo, ¿Cree que la causa es personal o situacional?.

11.NECESIDAD DE VIVIR SEGÚN SUS CREENCIAS Y VALORES

Factores que influyen esta necesidad.

- Biofisiológico. Edad y etapa de desarrollo, integridad del sistema neuromuscular.
- Psicológicos. Emociones, actitudes, estado de ánimo, personalidad de base, pensamientos, inteligencia, percepción puntual del entorno (catástrofe, enfermedades...)
- Socioculturales. Cultura, religión y creencias (sentido de la vida y de la muerte, deseo de vivir con una filosofía o ideas, noción de trascendencia), influencias familiares y sociales (hábitos, aprendizajes, patrones y estructura de la comunidad).

Observaciones

- Formas de vestir de la persona, familia y amigos (hábitos, vestimentas específicas de un grupo social o religioso) y actitud ante ello (si trata de esconder signos distintivos).
- Indicadores de valores en las interacciones (diálogo abierto, estimulante, motivador, etc., utilización o evitación del tacto como medio de expresión).
- Nivel de integración de los valores en su vida diaria (realización de ritos, congruencia entre creencias / valores y comportamientos, etc.)
- Condiciones del entorno que ayuda / limitan la satisfacción de esta necesidad (existencia y accesibilidad a lugares determinados: iglesias, lugares de reunión y encuentros, etc.). Presencia de algún objeto, en el entorno próximo o en la propia persona, indicativo de determinados valores o creencia. Existencia de indicadores

de valores en el ambiente (tipo de objetos –libros, publicaciones, muebles, objetos personales-, orden y conservación de varios objetos).

Interacciones.

- ¿Cómo le influye el estado de ánimo, las tensiones o el estrés, en la satisfacción de esta necesidad?
- ¿En que tipo de creencias religiosas fue educando en su infancia? ¿Cuáles de ellas son significativas ahora para Ud.? ¿Supone una ayuda o le genera conflictos personales, familiares, o algún tipo de problema en su entorno?
- ¿Qué tipo de ritos o comportamientos (dietas, posturas, gestos...) asociados a sus creencias debe practicar? ¿Con qué frecuencia? ¿Con que exigencias o requerimientos específicos? ¿Puede practicarlo sin dificultad en la actualidad?
- ¿Cuáles son los valores relevantes propios de su grupo familiar? (Valor a la honestidad, a la unión familiar, al trabajo, al dinero, al éxito, al ocio, etc.) ¿Qué significa para Ud. en este momento? (le supone ayuda, conflicto,...)
- ¿Cuáles son sus propios valores personales integrados en su estilo? (Importancia al trabajo, familia, salud, vida, muerte, dinero, amistad, disponibilidad...) ¿Qué orden de prioridad establece?
- ¿En que medida sus valores personales están siendo alterados por su situación actual? ¿Qué sentimientos y pensamientos problemáticos para Ud. le provocan esta situación?
- ¿En caso de necesidad, desearía tener la oportunidad de expresar sus últimas voluntades? (donación de órganos, servicios religiosos, testamento, cartas, etc., etc.)

12. NECESIDAD DE TRABAJAR Y REALIZARSE

Factores que influyen en esta necesidad.

- Biofisiológico. Edad, etapa de desarrollo, constitución, capacidades físicas.

- Psicológicos. Emociones, personalidad de base, inteligencia, estado de animo.
- Socioculturales. Influencias familiares y sociales (hábitos, aprendizajes, valores, creencias, demandas sociales), cultura, educación, rol, status, posibilidad de realizar un trabajo satisfactorio.

Observaciones.

- Estado del sistema neuromuscular, del sistema nervioso y de los sentidos.
- Relaciones armoniosas consigo mismo y con las demás personas que le rodean.
- Distribución equilibrada entre el tiempo dedicado al trabajo y a las actividades de ocio y relación.
- Auto concepto positivo / negativo de sí mismo (apariencia física, postura, expresión). Conciencia de sus capacidades y limitaciones de forma realista. Capacidad de decisión y de resolución de problemas.

Interacciones.

- ¿Qué tipo de trabajo u ocupación realiza? (Intelectual o fisico), ¿Cuánto tiempo le dedica?, ¿Qué energías personales y nivel de implicación le supone su trabajo?
- ¿Cómo se siente en relación a su trabajo? (Satisfactorio, valorado, participación, relación con superiores, iguales y/o inferiores, posibilidades de promoción.)
- Su remuneración ¿le permite cubrir sus necesidades básicas y/o las de su familia?
- Su rol profesional, ¿le supone que tener que superar algún conflicto con otros roles familiares o sociales? (Madre, padre, policías, etc.)
- ¿Se ha producido o puede producirse alguna modificación en sus roles a raíz de su situación actual? ¿Qué tipo de problemas le ha supuesto? ¿Ha recibido ayuda de su grupo familiares la nueva distribución de roles? ¿Ha recibido ayuda en su grupo de trabajo?
- ¿Cómo vive Ud. esta actual situación de cambio? (Perdida de status, incapacidad de adaptarse al nuevo al nuevo rol, incapacidad asimismo del grupo familiar para

proporcionar ayuda, disminución o no del auto concepto, falta de expectativas, etc.)

- ¿De que manera se enfrenta a la situación? (Activa o pasivamente). ¿Se plantea formas alternativas de estilo de vida? (Nueva filosofía de vida adaptada a la situación, nuevas maneras de disfrutar en el tiempo libre y de enfocar el trabajo, modo de adaptarse a nuevos roles, relación con la familia y amigos.)
- ¿Las situaciones de tensión o conflicto influyen en la satisfacción de esta necesidad?, ¿De qué modo?
- ¿Conoce la existencia de los recursos de apoyo disponibles en la comunidad? (Asociaciones, grupos de autoayuda y de ayuda a los demás, ayuda profesional) ¿Los utiliza o estaría dispuesto a utilizarlos?

13. NECESIDAD DE JUGAR / PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS

Factores que influyen esta necesidad.

- Biofisiológicos. Edad, etapa de desarrollo, constitución, capacidades físicas.
- Psicológico. Madurez personal, sensopercepción, inteligencia, pensamiento, emociones, motivación, personalidad de base, humor de base, estado de ánimo, auto concepto.
- Socioculturales Cultura, rol social (trabajo / ocio) influencias familiares y sociales (hábitos, aprendizajes, estructura de recursos y servicios), estilo de vida.

Observaciones.

- Estado del sistema neuromuscular, integridad del sistema nervioso y de los sentidos.

- Estado de ánimo (sonrisas, risas, lloros, aspecto tranquilo y sereno, alegre y distendido, triste, apatía, indiferencia, agitación, inhibición,...). Expresiones espontáneas, directas o indirectas que indiquen aburrimiento (“no sé que hacer”, “las horas se hacen largas”, “el tiempo se me hace eterno”, etc.).
- Rechazo a este tipo de actividades (por aprendizaje o cogniciones erróneas)
- Comportamientos lúdicos en relación con el estado de desarrollo evolutivo de la persona.
- Condiciones del entorno que ayudan / limitan la satisfacción de esta necesidad (recursos de la institución, de la comunidad)
- Existencia de material que indique hobbies, pasatiempos u otras actividades recreativas (libros, colecciones, música, deporte,...)

Interacciones

- ¿Qué actividades recreativas de ocio desarrolla en su tiempo libre? ¿Son importantes para Ud.? ¿Por qué? ¿Tiene alguien con quien llevarlas a cabo? En caso negativo, ¿es un problema para Ud.?
- Las situaciones de estrés y emociones intensas ¿le influyen en la satisfacción de esta necesidad? ¿De que modo?
- ¿Aprendió la importancia del uso del tiempo libre en su grupo familiar o bien la ha incorporado de adulto?
- ¿Considera que el tiempo que Ud. dedica al ocio habitualmente es suficiente en proporción al tiempo y energía que dedica a su trabajo?
- ¿Tiene los recursos para poder dedicarse a cosas que le interesan (materiales, transporte, tiempo, energía, ...)? En caso negativo, ¿ha encontrado alguna alternativa satisfactoria?
- ¿Conoce las diferentes posibilidades recreativas que tiene a su alcance en la comunidad? ¿Las utiliza?
- ¿Cuándo participo por ultima vez en alguna actividad lúdica o recreativa?

- ¿Ha tenido que introducir alguna modificación en ese tipo de actividades debido a su situación actual? ¿Qué tipo de problemas le ha puesto? ¿Cómo vive esta situación de cambio, ¿qué piensa hacer? ¿Cree que alguien (familia, enfermera, amigos,...) pueda ayudarle a encontrar la forma de satisfacer esta necesidad?

14. NECESIDAD DE APRENDIZAJE.

Factores que influyen en esta necesidad.

- **Biofisiológicos.** Edad, etapas de desarrollo, capacidades físicas.
- **Psicológicos.** Emociones, capacidad intelectual, motivación (significado del aprendizaje, importancia del conocer y aprender sobre si mismo), carácter (activo, pasivo), estado de ánimo.
- **Socioculturales.** Educación, nivel socioeconómico, status según instrucción o educación, influencias familiares y sociales (hábitos y aprendizajes, ambiente, estructura social), raza, religión, creencias de salud relacionadas con el sexo masculino o femenino.

Observaciones.

- Capacidad física (órgano de los sentidos, estado del sistema nervioso) y psicológico (capacidad de auto cuidado, interés por aprender y/o cambiar actitudes y comportamientos, capacidad de relación /comunicación de compromiso).
- Situaciones que alteran la capacidad de aprendizaje (ansiedad, dolor, pensamiento, sentimientos...)
- Comportamientos indicativos de interés en el aprendizaje para resolver los problemas de salud (pregunta, escucha, demuestra interés / desinterés, propone alternativas, etc.

Interacciones.

- ¿Qué estudios ha realizado? ¿Puede leer, escribir...?

- ¿Las situaciones de emociones intensas le influyen en la satisfacción de esta necesidad?, ¿De qué modo?
- ¿Ha tenido alguna vez dificultades en aprender cosas nuevas? ¿Qué tipo de situaciones o cosas le han creado esta dificultad?
- ¿Cómo le resulta más fácil aprender o retener conceptos o habilidades nuevas? (leyendo, escribiendo, observando, varias a la vez...)
- ¿Ha tenido alguna vez dificultad en poner en marcha y mantener comportamientos generadores de salud, que resultan de un nuevo aprendizaje? (Dejar de fumar, hacer ejercicios o dietas...)
- ¿Tiene conocimientos sobre sí mismo, sus necesidades básicas, su estado de salud actual, tratamiento y auto cuidados necesarios? ¿Considera que son suficientes?
- ¿Tiene problemas de relación dignos de mencionar con su familia, amigos o personas significativas? En caso afirmativo, ¿cree que afirmativo, ¿Cree que aprender a mejorar la forma de comunicarse y relacionarse la ayudaría?
- ¿Tiene conocimientos sobre el ser humano y su desarrollo a lo largo del ciclo vital? ¿Considera que son suficientes para comprender las conductas de las personas significativas y relacionarse de forma satisfactoria?
- ¿Tiene suficiente conocimiento sobre la familia como grupo y su evolución a lo largo del ciclo familiar, que le permita comprender los comportamientos de sus miembros y hacer frente a las situaciones de cambio y de crisis de manera adaptativa?
- ¿Conoce las diferentes fuentes de apoyo de que dispone en la comunidad ¿Sabe como utilizarlas? ¿Las utiliza? En caso negativo, ¿por qué?
- ¿Desearía incrementar sus aprendizajes en aspectos relativos a su salud / enfermedad? (Técnicas de autocontrol emocional, cambios en el hábito de vida, funcionamiento del propio cuerpo en situación de salud y enfermedad, alternativas en estilos de vida, procedimientos, etc.). (Fernández, 1995).

5. El proceso de Atención de Enfermería.

a) Antecedentes del Proceso de Atención de Enfermería.

La ciencia de la Enfermería se basa en un amplio sistema de teorías. El Proceso de Enfermería es el método mediante el cual se aplica este sistema a la práctica de la enfermería. Se trata de un enfoque deliberativo para la resolución de problemas que exige habilidades cognitivas, técnicas e interpersonales y va dirigido a cubrir las necesidades del cliente o del sistema familiar. El Proceso de Enfermería consta de cinco fases sucesivas e interrelacionadas: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación. Estas fases integran las funciones intelectuales de la resolución del problema en un intento por definir las acciones de enfermería. (Iyer, 1997).

El Proceso de Enfermería ha evolucionado hacia un proceso de cinco fases compatibles con la naturaleza evolutiva de la profesión. Hall (1955) lo describió por primera vez como un proceso distinto, Jhonson (1959), Orlando (1961) y Wiedenbach (1963), desarrollaron un proceso de tres fases diferente que contenía elementos rudimentarios del proceso de cinco fases actual. En 1967, Yura y Walsh fueron los autores del primer texto en el que se describía un proceso de cuatro fases: valoración, planificación, ejecución, y evaluación. A mediados de los años 70, Bloch (1974), Roy (1975), Mundinger y Jauron (1975) y Aspinall (1976) añadieron la fase diagnóstica, dando lugar a un proceso de cinco fases. (Iyer, 1997).

El Proceso de Enfermería ha sido legitimado como el sistema de la práctica de la enfermería. A.N.A utilizó el Proceso de Enfermería como guía para el desarrollo de las pautas de la asistencia. El Proceso de Enfermería ha sido incorporado al sistema conceptual de la mayor parte de los planes de estudio de enfermería. También ha sido incluido en la definición de enfermería en la mayor parte de las leyes sobre la práctica de enfermería más recientemente, se revisaron los exámenes de licenciatura de los tribunales estatales para probar la capacidad del profesional de enfermería registrado, aspirante para utilizar los pasos del Proceso de Enfermería. (Iyer, 1997).

Yura Walsh (1988) afirma que “el proceso de enfermería es la serie de acciones señaladas, pensadas para cumplir el objetivo de la enfermería, mantener el bienestar óptimo del cliente, y si este estado cambia, proporcionar la cantidad y calidad de asistencia de enfermería que la situación exija par llevarle de nuevo al estado de bienestar. En caso de que este bienestar no se pueda conseguir, el proceso de atención de enfermería debería contribuir a la calidad de vida del cliente, elevando al máximo sus recursos para conseguir la mayor calidad de vida posible y durante el mayor tiempo posible”. (Iyer, 1997).

Aspectos teóricos.

El proceso de atención de enfermería es un método sistemático y organizado para brindar cuidados eficaces y eficientes orientados al logro de los objetivos.

Es organizado y sistemático porque consta de cinco pasos secuenciales e interrelacionados que son los siguientes:

Valoración.

Diagnóstico.

Planificación.

Ejecución.

Evaluación.

En cada una de estas etapas se realizan acciones intencionadas pensadas para maximizar los resultados

El proceso de enfermería se basa en la idea de que el éxito de los cuidados se mide por el grado de eficiencia y el grado de satisfacción y progreso del paciente.

El proceso de enfermería se basa en principios y reglas que se han comprobado efectivos en la promoción de la calidad de los cuidados , la eficiencia y la satisfacción del paciente. (Alfaro, 1996).

Se dedica al tiempo necesario para aprender y aplicar los principios en las situaciones de la vida diaria, mejora su capacidad para solucionar los problemas, tomar decisiones y elevar al máximo las oportunidades y recursos.

Tendrá la satisfacción de lograr los objetivos finales de los cuidados de enfermería:

Promover, mantener o restaurar la salud, o en el caso de enfermedades terminales, lograr una muerte tranquila.

Permitir a las personas manejar sus propios cuidados de salud.

Proporcionar unos cuidados de calidad, y a un coste efectivo.

Buscar formas de mejorar la satisfacción mediante los cuidados de salud

(Alfaro, 1996).

b) Etapas del Proceso de Enfermería.

Valoración

Es la primera etapa del proceso de atención de enfermería. Esta consiste en recopilar datos del paciente por medio de la observación, entrevista y examen físico (valorando el aspecto físico, emocional, social y espiritual), organizar y examinar la información con el fin de obtener todos los hechos necesarios que reflejen el estado de salud del paciente y describir sus capacidades y problemas.

La valoración establece una serie de datos sobre la respuesta del paciente en todas las áreas de la vida diaria como la salud preocupaciones biofísicas, emocionales, socioeconómicas, culturales y religiosas. (Alfaro, 1996).

La obtención de datos es el proceso sistemático y continuo para obtener información sobre el nivel de salud del cliente. Al ser un proceso sistemático disminuye en gran medida la posibilidad de omitir datos significativos y por ser continuo permite la actualización, manifestando los cambios en el estado de salud del cliente. (Alfaro, 1995).

En la valoración participan activamente el cliente y la enfermera; el cliente puede ser una persona, una familia o una comunidad.

Para construir una base de datos exactos y evitar una conclusión prematura, la enfermera tiene que confirmar las presunciones tomando en cuenta los aspectos físicos y emocional del paciente.

Los datos pueden ser objetivos y subjetivos. Los objetivos son aquellos que se pueden observar o verificar con criterios establecidos a través de los sentidos (signos), como por ejemplo la tensión arterial, la coloración de la piel, etc.. Los datos subjetivos son evidentes únicamente para la persona afectada (síntoma) y son obtenidos durante la realización de la historia de la enfermería, al igual que la información proporcionada por los familiares y otros profesionales. Los datos también pueden clasificarse en variables e invariables; los primeros son aquellos en los que la información obtenida no es constante, por ejemplo la tensión arterial puede variar de un día para otro; los datos invariables son aquellos que no cambian y un ejemplo de ellos puede ser la fecha de nacimiento.

Los datos deben de ser concisos y la enfermera tiene que resumir la información obtenida con un lenguaje científico correcto.

Las fuentes de datos pueden ser primarios y secundarios. El cliente se considera como fuente primaria, mientras que en la secundaria se encuentran los allegados, otros profesionales de la salud, la historia, otros registros y bibliografías sobre el tema (Alfaro, 1995).

El cliente es la principal fuente de datos, a excepción de que este muy grave, sea muy pequeño o que este desorientado y no pueda comunicarse. Proporciona información subjetiva que solamente él puede hacerlo.

Los allegados. Aquí se encuentran familiares y amigos, los cuales pueden dar información respecto al paciente, para complementar o verificar esta, por lo tanto, representan una fuente importante de datos, mayormente en los casos en los cuales por diversas situaciones no existe una comunicación directa con el paciente.

Los profesionales de la salud. Las enfermeras, médicos, fisioterapeutas, trabajadores sociales, etc., pueden proporcionar información por medio de sus contactos previos o actuales con el cliente.

La historia. Representa una fuente de información sobre los patrones de salud y enfermedades anteriores del paciente; siempre se debe considerar si los datos registrados en la historia son apropiados para el momento actual.

Otros registros. En algunos casos la enfermera puede utilizar los resultados de laboratorio para controlar la eficacia de las medidas de enfermería, tales como las enseñanzas respecto a la dieta y la toma de medicamentos. Cualquier dato de laboratorio de un paciente, debe ser comparado con las cifras normales de ese análisis tomando en cuenta la edad, el sexo y demás.

Bibliografía. Una revisión bibliográfica puede proporcionar información adicional a la base de datos y debe incluir entre otras cosas:

- Criterios establecidos para comparar algunos datos como el peso, la talla y el grado de desarrollo considerado normal para determinado grupo de edad.
- Hábitos de salud, culturales y sociales.
- Creencias espirituales.
- Datos adicionales que requiere la valoración. (Kozier, 1994).

- ▣ Actuación de la enfermera y criterios de evaluación para el problema de salud del paciente.
- ▣ Información sobre diagnóstico, tratamiento y pronóstico médico. (Kozier, 1994).

Los principales métodos para la recolección de datos son : la observación, la entrevista y la exploración.

La observación. Observar consiste en obtener información a través de los cinco órganos de los sentidos. La observación es una técnica consciente e intencionada la cual se desarrolla a través del encuentro de un enfoque organizado, por lo tanto, la observación implica discriminar ente estímulos.

Para no perder datos importantes, la observación debe organizarse, por ejemplo.

- Signos clínicos de alteración del cliente (palidez, enrojecimiento, fatiga, etc.)
- Los riesgos en la seguridad del cliente, como por ejemplo el barandal de una cama bajado.
- El funcionamiento del material y equipo.
- Su medio inmediato, incluyendo a las personas que se encuentran con el.

La entrevista. Consiste en una comunicación planificada o una conversación con una finalidad; algunos objetivos de ésta, serían recabar información, identificar problemas, educar, evaluar cambios, etc. (Kozier, 1994).

La entrevista puede ser dirigible o no dirigible. La directa está muy estructurada y se obtiene una información específica y se utilizan generalmente para recabar y proporcionar información en un tiempo limitado . En la entrevista no dirigible la enfermera permite al cliente controlar el propósito, el asunto del tema y llevar el paso; este

tipo se utiliza para resolver los problemas, aconsejar y valorar la realización. La combinación de ambos tipos de entrevista resulta de utilidad para obtener información.

Respecto al tipo de preguntas que pueden utilizarse en la entrevista, estas pueden ser abiertas o cerradas y neutras o dirigidas. Las preguntas cerradas utilizadas en la entrevista s dirigibles son restringidas y por lo general requieren de respuestas cortas que dan información específica; estas preguntas comienzan por: “cuándo”, “dónde”, “quién”, “qué, haces, (hizo, hace),” “es (son, era)”, y a veces “como”; la persona que tiene problemas de comunicación encontrará más fáciles de contestar este tipo de preguntas.

Las preguntas abiertas invitan al cliente a hablar sobre lo que ellos quieran y a dar respuestas más amplias; sin embargo la principal desventaja es que el cliente puede emplear mucho tiempo en dar información poco relevante; generalmente el cuestionario empieza con “que”, “como”.

La enfermera debe planificar la entrevista para revisar la información que pueda ser de utilidad; en este aspecto se debe tomar en cuenta el tiempo en que se va a realizar dicha entrevista, el lugar y la posición que adopte la enfermera con respecto al cliente.

Es importante mencionar que la entrevista tiene tres fases que son: la introducción o apertura, el cuerpo o desarrollo y el cierre.

Introducción. Esta fase consiste en establecer una buena relación y orientación con el cliente; generalmente no se puede distinguir una etapa de la otra porque son simultáneas. (Kozier, 1994).

El establecimiento de buenas relaciones es el proceso de crear buena voluntad y confianza y se puede iniciar con el saludo y sobre preguntas de la misma persona, familia, etc., pero sin excederse, ya que esto generaría angustia por parte del cliente.

La fase de orientación consiste en explicar el objetivo de la entrevista y que tiene derecho o no a facilitar los datos que quiera y que destino tendrá esa información proporcionada.

Cuerpo . En el desarrollo a través de las preguntas que realiza la enfermera, el cliente manifiesta sus pensamientos y percepciones. El paso de la etapa anterior a esta, se facilita empleando preguntas abiertas-cerradas, fáciles de contestar y que no le generan angustia, requiriéndose, además, del uso adecuado de técnicas de comunicación por parte de la enfermera, para que la entrevista resulte productiva.

El cierre. Normalmente la enfermera da por terminado la entrevista cuando ha obtenido la información requerida, aunque en ocasiones el cliente es quién la termina; esto es cuando no quiere proporcionar más información o cuando se siente cansado. En esta fase es importante continuar con las buenas relaciones , para facilitar posibles encuentros futuros.

Pautas de comunicación en la entrevista:

- Escuchar atentamente y hablar claro y despacio.
- Utilizar un lenguaje entendible por el cliente y aclarar puntos que no comprenda.
- Planificar las preguntas para que tengan una secuencia lógica.
- Preguntar sólo una cosa a la vez.
- Dar oportunidad al cliente de ver las cosas tal y como le parecen a él y no como las vea el entrevistador.
- No imponer al cliente los valores propios del que entrevista.
- Evitar usar ejemplos personales.
- Expresar no verbalmente respeto, interés y aceptación.
- Utilizar y aceptar el silencio para ayudar al cliente a pensar o a organizar los pensamientos.
- Utilizar el contacto con la mirada y estar tranquilo y sin prisa. (Kozier, 1994).

La exploración física. Las enfermeras realizan las valoraciones físicas para obtener los datos y objetivos, para complementar la fase de reconocimiento del proceso de enfermería.

La valoración física se hace sistemáticamente. Normalmente la enfermera registra una impresión general sobre el aspecto del cliente y de su estado de salud. Ejemplo: edad, talla, estado mental y nutricional, el habla y la conducta, así como el registro de los signos vitales. La enfermera puede realizar un reconocimiento físico cefalocaudal, empezando por la cabeza se continua con el cuello, tórax, abdomen y las extremidades para terminar con los pies. También la enfermera puede hacer esta exploración utilizando un planteamiento de sistemas del organismo. En ocasiones puede ser necesario resolver un problema del paciente antes de completar el examen. Los datos que se obtienen en este examen se compara con los modelos ideales, como pueden ser la altura,, el peso, las normas para la temperatura normal o los niveles de tensión arterial.

Para realizar el examen la enfermera utiliza técnicas de inspección, auscultación, palpación y percusión.

Organización de los datos obtenidos.

La historia de salud de enfermería o más recientemente denominada reconocimiento de enfermería es un método sistemático de recopilación de los datos deseados sobre el paciente. El propósito de una valoración de enfermería es recopilar la máxima información sobre el paciente para identificar sus problemas y planear las actuaciones de enfermería. (Kozier, 1994).

Existen muchos modelos y marcos de enfermería que guían la recopilación de los datos a través de métodos estructurados de reconocimientos. Un ejemplo es el método de Virginia Henderson, el cual se abordara posteriormente en este trabajo (Kozier, 1994).

Diagnóstico.

Es el segundo paso en el proceso de atención de enfermería. Durante esta etapa la enfermera analiza los datos reunidos durante la valoración y determina las capacidades y los problemas de salud reales y potenciales.

En 1990 la NANDA, definió el diagnóstico de enfermería de la siguiente manera: "El diagnóstico de enfermería es un juicio clínico sobre la respuesta del individuo, familia o comunidad a los problemas actuales o potenciales de salud procesos de la vida. Los diagnósticos de enfermería aportan las bases para la selección de las actuaciones de enfermería para conseguir los resultados por los que la enfermera es responsable (Kozier, 1994).

El formular un diagnóstico y su proceso, requiere del conocimiento adquirido a través del estudio y la práctica metódica, no se realiza espontáneamente, sino que implica una fase sucesiva del proceso de enfermería.

La habilidad con que se elaboren los diagnósticos de enfermería depende de la capacidad para ser metódico, sistemático, lógico y riguroso para con ello, formular un juicio clínico sobre las respuestas del individuo, familia o comunidad, a los procesos vitales/ problemas de salud reales o potenciales que proporcionan la base para la selección de las intervenciones para lograr los objetivos de los que la enfermera es responsable. (Kozier, 1994).

Características del diagnóstico de enfermería.

- Describe la respuesta de una persona ante un problema, una situación o una enfermedad.
- Esta enfocada al individuo.
- Varía según cambian las respuestas del cliente.

- Orienta las actividades de enfermería independientes: planificación, ejecución y evaluación.

La organización de los datos.

Después de la obtención de los datos, estos necesitan ser clasificados en un marco útil para la enfermera y para quienes puedan tener acceso a ellos.

La comparación de los datos con los estándares. La enfermera los compara con una gran variedad de estándares como son los signos vitales normales, resultados de laboratorio, tablas de crecimiento, etc.; también utiliza conocimientos psicológicos, fisiológicos y sociales, así como su experiencia previa.

Agrupación de datos. Este proceso está influenciado por los conocimientos científicos previos de la enfermería, por su experiencia dentro de la profesión y por el concepto que se tenga de la enfermería. Con base en esto, la enfermería puede agrupar los datos por inducción y formar un patrón.

La agrupación de los datos incluye el hacer deducciones. Una deducción es el juicio de la enfermera o la interpretación de las señales; estas deducciones se hacen a través del proceso de diagnóstico. (Kozier, 1994).

Formulación del diagnóstico.

En esta etapa final la enfermera formula una relación causal entre el problema de salud y los factores asociados. Estos factores pueden ser sociales, ambientales, psicológicos o espirituales, tomando en consideración que en un problema de salud intervienen más de uno de ellos.

El diagnóstico de enfermería puede ser: real, potencial o posible.

Real. Un diagnóstico real describe la categoría diagnóstica que ha validado la enfermería; debido a las características de definición de signos y síntomas, es decir, reúne todos los datos que confirman su existencia.

Potencial. Describe un estado alterado que se puede presentar si no se ordena o se ponen en práctica ciertas intervenciones de enfermería.

Posible. Este diagnóstico describe un problema que la enfermera sospecha pero que requiere la compilación de datos adicionales para confirmarlo o descartarlo (Alfaro, 1995).

Formato del diagnóstico de enfermería.

Existen tres componentes esenciales de los planteamientos diagnósticos de enfermería, los cuales se denominan como formato PES (Gordon, 1976), que deben ser considerados cuando se desarrollen nuevas categorías diagnósticas o cuando se escriban diagnósticos para clientes específicos, estos componentes son:

- › Los términos que describen el problema (P). Este se refiere al título diagnóstico, es una descripción del problema (real o potencial) del cliente en donde se describe su estado de manera clara y concisa.

- › La etiología del problema (E) o los factores contribuyentes. Identifica una o más de las causas probables del problema de salud y proporciona una dirección a la terapia de enfermería requerida. En la etiología se puede incluir las conductas del cliente los factores del entorno mental o ambos. (Alfaro, 1995).

- › Las características definidas o los grupos de signos y síntomas (S). Sus características definidas las cuales son: el criterio clínico que representa el diagnóstico (real o potencial). Las características de definición para los diagnósticos reales de enfermería son un síntoma o signo aislado o un conjunto de signos o síntomas. Las categorías con

estudio de validación clínica tiene síntomas y signos mayores que representan el 80% de las veces y signos y síntomas menores que ocurren en el 50% de las ocasiones.

En la categoría mayor se incluyen signos y síntomas que deben estar presentes para validar el uso de un diagnóstico; la clasificación menor se refiere a las características que deben estar presentes en muchos, pero no en todos los individuos, pero no por ello son menos graves que las mayores. (Alfaro, 1995).

Enunciados diagnósticos.

El enunciado diagnóstico describe el estado del salud del cliente y los factores que han contribuido en dicho estado.

Se puede escribir diagnóstico de la enfermería de dos o tres partes.

El planteamiento diagnóstico de enfermería de dos partes consta de:

El problema (P). Planteamiento de la respuesta del cliente.

La etiología (E). Factores contribuyentes a causas probables de las respuestas.

Las dos partes están unidas por las palabras en relación con o asociado a, más que debido a, ya que las primeras implican una relación. (Alfaro, 1995).

El planteamiento diagnóstico de tres partes (diagnóstico real) incluye:

El problema (P).

La etiología (E).

Los signos y los síntomas (S).

Los diagnósticos actuales de enfermería de tres partes, se pueden plantear utilizando con relación a y dicho por; los signos y los síntomas pueden escribirse después del planteamiento diagnóstico unido por las palabras dicho por o evidenciado por.

En el caso de considerar un diagnóstico posible, se enunciaría citando primero el nombre o etiqueta diagnóstica precedido de la palabra posible y relacionado con la etiología, sin añadir las características definitorias o posibles.

Cuando se presenta un diagnóstico posible, se deben recolectar más datos para confirmar o refutar dicho diagnóstico. (Alfaro, 1995).

En la etapa del diagnóstico los problemas que con mayor frecuencia se presentan son:

Escribir la respuesta del cliente como una necesidad en lugar de cómo un problema.

Usar planteamiento de juicio mental.

Situar la etiología antes de la respuesta del cliente.

Usar planteamientos que no aporten ninguna dirección a los planes de actuación independientes de enfermería.

Usar terminología médica en vez de terminología de enfermería.

Comenzar el diagnóstico con una actuación de enfermería.

Usar un solo síntoma como respuesta del cliente.

Cuando se identifica un problema que no puede ser enunciado como un diagnóstico de enfermería; necesitando de la cooperación de otros profesionales para validar y tratar dicho problema, Carpenito lo define como problema interdependientes y L. Riopelle como problemas colaborativos y de vigilancia. (Alfaro, 1995).

Cuando el diagnóstico es evidente pero no se conoce la etiología; en este caso se formula el diagnóstico escribiendo la etiqueta diagnóstica, relacionado con etiología desconocida.

Se debe evitar obtener datos irrelevantes, ya que esto estorba la capacidad de la enfermera para procesar información.

El abuso de la intuición y la deducción prematura es otro error en el cual no debe caerse; se debe estar consciente que si se comete un error diagnóstico puede perjudicar al usuario, por lo tanto, la etapa del diagnóstico es la clave, ya que si se realiza correctamente facilita la jerarquización de los problemas, la selección de los objetivos y la determinación de los cuidados adecuados en cada caso. (Alfaro, 1995).

La taxonomía en los diagnósticos de enfermería.

La taxonomía es un sistema de clasificación de los grupos, clases o conjuntos.

Las ventajas de la taxonomía en el diagnóstico de enfermería son:

Los diagnósticos de enfermería promueve la responsabilidad profesional y la autonomía por medio de la práctica de enfermería.

Proporciona un vínculo de relación de la enfermera con otros profesionales del área de salud.

Aportan un principio de organización para la construcción de una investigación significativa, para dar validez a las actuaciones de enfermería, además de organizar los datos de esta manera, facilitaría el análisis a través de sistemas computacionales.

El desarrollo de la taxonomía de los diagnósticos de enfermería es un proceso que esta en marcha, ya que se sigue revisando cada categoría diagnóstica, al igual que se incluyen otras no contempladas previamente (Alfaro, 1995).

Planificación.

La planificación es la tercera etapa del proceso de enfermería y en este contexto se define como el proceso de diseñar las intervenciones de enfermería que son necesarias para prevenir, disminuir o eliminar los problemas de salud que fueron identificados durante el diagnóstico.

El proceso de planificación utiliza:

Los datos obtenidos durante la valoración.

Los enunciados de los diagnósticos que presentan los problemas de salud (reales y potenciales).

Componentes de la Planificación

Tiene seis componentes:

- ❖ Establecer prioridades.
- ❖ Fijar los objetivos del cliente y los criterios de resultados.
- ❖ Planificar las estrategias.
- ❖ Redactar las órdenes de enfermería.
- ❖ Registrar el plan de cuidados.
- ❖ Consulta. (Kozier, 1994).

- ❖ Establecer prioridades

Se define como el proceso de establecer un orden preferencial para las estrategias; para poder llevar a cabo esto, se requiere que la enfermera ordene los diagnósticos de enfermería por orden de preferencia ; a este respecto, los diagnósticos se pueden agrupar

según la prioridad en alta, media y baja; sin embargo, esto no significa que aquellos de alta prioridad se tengan que resolver antes de considerar otros, ya que se pueden resolver en forma parcial y terminarse posteriormente, de manera simultánea, con otros diagnósticos de menor prioridad; el utilizar un marco teórico o un modelo de enfermería facilita este proceso.

El fijar prioridades está influenciado por los siguientes elementos :

- ◊ La percepción de prioridades del propio cliente / paciente.
- ◊ El plan general de tratamiento.
- ◊ El estado de salud del cliente
- ◊ La presencia de problemas potenciales.

En el primer caso se refiere a la percepción que el paciente tiene sobre su situación, lo cual significa que cuando la situación implica un determinado riesgo vital , la enfermera debe razonar , si es posible, con el paciente el orden de prioridades más acorde a su situación; cuando esto no es posible la enfermera es quien toma las decisiones ; si no existe un riesgo vital el paciente es quien toma las decisiones sobre su cuidado y el orden en el mismo.

Tienen mayor prioridad los problemas que amenazan la vida como son la pérdida de las funciones respiratoria y cardiaca ; los problemas que amenazan la salud generalmente tienen una prioridad media , mientras que las necesidades del crecimiento no son necesarias para sostener la vida. Las prioridades deben cambiar a medida que cambian los problemas y la terapia. (Kozier, 1994).

- ❖ Fijar los objetivos del cliente y los criterios de resultados.

Los objetivos pueden reflejar restauración , mantenimiento o promoción de la salud y estos se establecen en términos de conducta deseada por el cliente y no de actividades de la enfermera.

Los objetivos del cliente son los cambios deseados después de la intervención de la enfermera y debe enunciarse con verbos como: incrementar, disminuir, mejorar, desarrollar, etc..

Los propósitos de los objetivos del cliente son proporcionar una dirección para planificar las actividades de enfermería y que se cumplan los objetivos, así como establecer criterios de evaluación que midan la eficacia de la intervención.

Los objetivos del cliente derivan de la primera parte del diagnóstico de enfermería, es decir de la identificación de la respuesta del cliente, siendo los a corto plazo los que más se utilizan, debido a que una gran cantidad de tiempo de la enfermera se centra en necesidades inmediatas del cliente y por ende, pueden evaluar el progreso del cliente; los objetivos a largo plazo son utilizados en clientes con problemas crónicos. (Kozier, 1994).

Los criterios de resultado son necesarios para especificar el resultado, estos son afirmaciones que describen las respuestas del cliente en forma específica, observable y cuantificable y van a determinar si el objetivo se ha alcanzado o no; estos criterios tienen cuatro finalidades.

- ▣ Dirigir las actividades de enfermería.
- ▣ Proporcionar tiempo para planificar las actividades.
- ▣ Servir como criterios de evaluación de la evolución hacia el logro del objetivo.
- ▣ Hacer que la enfermera y el cliente sean capaces de determinar cuándo se ha resuelto el problema.
- ▣ Corroborar que los objetivos y los criterios de resultado son compatibles con la terapia y el trabajo de otros profesionales.
- ▣ Asegurarse de que cada objetivo se deriva de un solo diagnóstico de enfermería.

- Utilizar palabras que indiquen posibilidades de observación o cuantificación al enumerar criterios de resultados, evitando palabras vagas que requieran la interpretación del observador. (Kozier, 1994).

❖ Planificar las estrategias

Las estrategias de enfermería se planean de acuerdo al diagnóstico específico para lograr los objetivos del cliente y eliminar o reducir la causa del diagnóstico de enfermería, cuando éste es potencial, la actuación debe centrarse en la reducción de los signos y síntomas.

La selección de estrategias es un proceso de toma de decisiones e implica acciones alternativas que tengan probabilidad de solucionar el problema del cliente, tomando en consideración las consecuencias de cada una de ellas y para establecer esto, se requiere del conocimiento y la experiencia; al mismo tiempo, eligiendo una o más estrategias, siendo satisfactorias de tres a cinco para cada problema de salud, ya que más de ellas crea confusión. (Kozier, 1994).

Una vez que se han considerado las consecuencias de cada una de las alternativas, se elige una o más que se juzgan las más adecuadas y eficaces.

Criterios para la selección de estrategias

- Aceptada por el cliente y adecuada a su edad y estado de salud.
- Realizable con los recursos existentes.
- Debe ser acorde a los valores y creencias del cliente.
- Congruente con otras terapias.
- Basarse en el conocimiento y experiencia de la enfermería o en el conocimiento de otras ciencias. (Kozier, 1994).

❖ Redactar las órdenes de enfermería

Las prescripciones de enfermería son las acciones específicas que la enfermera debe realizar para ayudar al cliente a alcanzar los objetivos establecidos del cuidado de su salud.

El grado con que se especifica una prescripción depende de los conocimientos de la persona que va a ejecutarla y es recomendable que sean exactos al escribirlas.

Las prescripciones de enfermería incluyen cinco componentes:-

- ✓ Fecha. Cuando son redactadas y revisadas; esta revisión debe ser regular, dependiendo de las necesidades del cliente.
- ✓ Verbo . Encabeza la prescripción y debe ser precisa , en algunas ocasiones agregándole un adverbio puede hacer que la indicación sea más precisa, por ejemplo; “vendar fuertemente en espiral la pierna derecha” es más específica que “vendar en espiral la pierna derecha”.
- ✓ Contenido y área. Contiene el dónde y el que de la prescripción, tomando el ejemplo anterior, sería “vendar en espiral” y “ pierna derecha”, aclarando si el pie o los dedos del mismo deben quedar expuestos.
- ✓ Tiempo. Contesta cuándo, durante, cuánto y cada cuándo.
- ✓ Firma . Demuestra la responsabilidad de la enfermera y tiene un significado legal. (Kozier, 1994).

Las prescripciones de enfermería (planes) se pueden clasificar de la siguiente manera:

- ✓ Prescripciones para proporcionar un tratamiento de enfermería a un problema. En estas engloban la mayor parte de las prescripciones y son aquellas actividades que mantienen o recuperan los patrones habituales del cliente, eliminan o disminuyen los síntomas y previenen problemas agregados.
 - ✓ Prescripciones para obtener datos adicionales que en ocasiones es necesario para definir mejor el diagnóstico de enfermería o para manejar un problema.
 - ✓ Prescripciones para hacer extensiva la información sobre el tratamiento del problema para las personas de apoyo del cliente u otros miembros del equipo de salud. (Kozier, 1994).
- ❖ Registrar el plan de cuidados de enfermería.

Es una guía por escrito que organiza la información sobre el cliente en un conjunto significativo y centra las actividades de enfermería necesarias para solucionar el problema diagnosticado y lograr el objetivo.

Los fines del plan son:

- ✓ Proporcionar una atención individualizada al cliente.
- ✓ Asegurar la continuidad del cuidado. Un plan escrito implica la organización y comunicación de las actividades entre las enfermeras que asumen la atención.
- ✓ Dirigir las anotaciones a realizar en las hojas de evolución. Especifica qué observaciones hacer, las actividades que haya que realizar y las instrucciones que sean necesarias proporcionar al cliente y a la familia.

- ✓ Ayuda a organizar el trabajo en el servicio. Algunos aspectos acerca del cuidado del cliente pueden delegarse a otros trabajadores, cuando es necesario valorar la respuesta del cliente. (Kozier, 1994).

Documentación (registro) de los cuidados de enfermería.

El registro o anotación de los cuidados de enfermería es un requerimiento legal de todos los sistemas del cuidado de la salud. Las notas de enfermería son registros que posteriormente pueden presentarse como evidenciante en un tribunal. Esta documentación proporciona la única prueba de que se ha llevado a cabo los tratamientos médico y de enfermería. (Kozier, 1994).

Existen dos tipos de anotaciones de enfermería: uno son las notas generales que se anotan en el momento del contacto inicial con el cliente y otro son las anotaciones centradas en el problema que se escriben sobre los problemas específicos. Los pacientes con problemas más agudos o complejos requieren de anotaciones de enfermería más frecuentes, profundas y completas. (Kozier, 1994).

El formato para las anotaciones de enfermería varía en cada institución y tipo de clientes que se manejen.

Pautas para registrar el plan de cuidados de enfermería.

- ✓ Poner fecha y firma.
- ✓ Utilizar como títulos “diagnósticos de enfermería”, “objetivos”, “prescripciones de enfermería”, “evaluación” y los criterios para evaluar cada objetivo.
- ✓ Indicar que objetivos están revisados a través de firma u otros métodos.

- ✓ Enumerar las prescripciones de enfermería para cada objetivo , ordenado por prioridades.
- ✓ Utilizar símbolos médicos o españoles estandarizados y palabras clave, mejor que frases completas para comunicar ideas.
- ✓ No incluir todos los pasos del procedimiento en el plan escrito. Los profesionales deben recurrir a los manuales de procedimientos o protocolos.
- ✓ Adaptar el plan a las características del cliente asegurándose que las elecciones de éste , como sus preferencias de horas para actividades o métodos utilizados, se incluyan; con esto se refuerza la individualidad del cliente.
- ✓ Asegurarse de que el plan incluya aspectos de cuidado para prevenir problemas, promoción a la salud y rehabilitación.
- ✓ Incluir en el plan a las personas con las que la enfermera debe colaborar y coordinarse en las actividades.
- ✓ Incluir planes para el alta hospitalaria y las necesidades en el domicilio. (Kozier,1994).

❖ Consultar.

Consultar es deliberar entre dos personas . Las enfermeras consultan con una diversidad del personal incluyendo otras enfermeras, durante todo el proceso de enfermería . El consultar implica buscar clarificación u opinión con respecto a los objetivos del cliente. (Kozier, 1994).

Generalmente las enfermeras consultan para verificar los hallazgos (valoración), ejecutar cambios (diseño del plan) y obtener conocimientos adicionales. (Kozier, 1994).

El proceso de consulta consta de seis pasos:

- ✓ Identificar el problema . Antes de consultar a alguien, la enfermera debe tener claro el problema , incluyendo las circunstancias que lo rodean.

- ✓ Recoger los datos pertinentes sobre el cliente, esto es, cuando se pretende consultar con alguien que no está relacionado con el cliente y se hace necesario obtener datos relevantes del problema.

- ✓ Seleccionar al consultor. Se debe consultar con un profesional de la salud reconocido, que cuente con las habilidades y conocimientos requeridos.

- ✓ Comunicar el problema y la información pertinente. La información a transmitir debe ser en forma clara y objetiva para que el consultor no se forme ideas preconcebidas, sino que tenga una información clara de la situación, debiéndose asegurar de que los datos proporcionados son objetivos y no interpretaciones.

- ✓ Comentar las recomendaciones con el consultor .

- ✓ Incluir las recomendaciones en el plan de cuidados del cliente. Después de ejecutar las recomendaciones, la enfermera necesita evaluar su eficacia y registrarla; si no son eficaces, puede ser necesario ver otra vez al consultor y realizar ajustes adicionales en el plan de cuidados de enfermería . (Kozier, 1994)

Planificación de alta.

La planificación del alta, es el proceso de prever y planificar las necesidades después del alta de un hospital o de otro centro, es parte fundamental de los cuidados sanitarios y debe incluirse en el plan de cuidados de cada cliente. Un plan de alta eficaz se inicia al ingreso de la persona, se continua con la valoración sucesiva de las necesidades tanto del cliente como de la familia, hasta el alta. (Kozier, 1994).

La enfermera puede ayudar eficazmente a los miembros de la familia a enfrentarse a lo que está sucediendo a su propio paso y estilo, así como a planear los problemas previstos, experimentando así una sensación de control y confianza.

También proporciona la oportunidad a la enfermera de identificar las necesidades de aprendizaje al cliente y la familia, pudiendo ser cubiertas estas necesidades a través de la enseñanza individualizada antes del alta o después de la misma por la enfermera de atención domiciliaria.

En cuanto sea posible, se debe iniciar la facilitación de recursos y otras acciones antes del día del alta, para que los preparativos para la llegada del cliente a su casa estén terminados, de tal manera que la ansiedad del cliente y de la familia sea mínima. (Kozier, 1994).

Ejecución.

La ejecución también llamada actuación, consiste en llevar a cabo las estrategias de enfermería enumeradas en el plan de cuidados. Esta actuación, según Marriner (1983) implica llevar a cabo tanto las indicaciones médicas como las órdenes de enfermería. (Kozier, 1994).

Tipos de actividades de enfermería.

Para describir las actividades de enfermería, con frecuencia se utilizan las palabras dependiente, independiente y de colaboración.

Una actividad Independiente de enfermería. Es aquella que realiza la enfermera como resultado de su propio conocimiento y capacidad (Mundinger lo denomina "práctica autónoma de enfermería"). La enfermera determina que el cliente requiere ciertas actividades de enfermería y las lleva a cabo o las delega a otras enfermeras siendo ella responsable tanto de la decisión como de las actividades. (Kozier, 1994).

Bulechek y McCloskey (1987) han identificado una taxonomía para las actuaciones de enfermería independiente. Una taxonomía es un grupo de clasificaciones que se ordenan y arreglan basándose en un principio único o en un grupo coherente de principios (Bloom, 1956). (Kozier, 1994).

Las actividades Dependientes de enfermería son aquellas que se realizan bajo la indicación o supervisión de un médico y de acuerdo a las rutinas establecidas; este tipo de actividades están relacionadas generalmente con la enfermedad del cliente y es de suma importancia que la enfermera las lleve a cabo, además de que las acciones que realiza ésta están asociadas con la prescripción. (Kozier, 1994).

Las actividades de enfermería en Colaboración. Son aquellas que se realizan conjuntamente con otros miembros del equipo de salud, como resultado de una decisión conjunta del equipo. (Kozier, 1994).

La ANA describe la colaboración como "una interrelación verdadera, donde el poder de ambas partes se valora por igual, donde se reconoce y acepta la diferenciación de las áreas de actividades y responsabilidades, aunque sean complementarias, se salvaguardan los intereses legítimos de cada parte y los objetivos se reconocen por ambos lados"

(ANA, 1980). Para que las actividades de colaboración sean efectivas, es necesario que las enfermeras tengan competencia clínica, confianza en sus conocimientos y capacidades y asumir la responsabilidad de sus actos. (Kozier, 1994).

Proceso de Ejecución.

Se incluye la actuación de la valoración del cliente, la validación del plan de cuidados, la determinación de las necesidades de apoyo, la aplicación de las estrategias y la comunicación de las actividades de enfermería. La valoración del cliente y la validación del plan de cuidados son procesos que se llevan a cabo en forma continua a lo largo de toda la ejecución. (Kozier, 1994).

- Actualización de la valoración del cliente.

Después de haber realizado la valoración en la primera fase del proceso de enfermería, la revaloración en las siguientes fases suele enfocarse a las necesidades y/o respuesta del cliente; a través de este mecanismo, la enfermera puede darse cuenta si las estrategias planificadas son apropiadas o no en ese momento y puede requerirse un cambio de las mismas y de las prioridades. (Kozier, 1994).

Tanto las actividades independientes como las dependientes y en colaboración deben aplicarse una vez que se ha valorado al cliente. La profesional debe mantener una estrecha comunicación con el cliente para aliviar su ansiedad y revisar el plan de cuidados en forma apropiada. (Kozier, 1994).

- Validación del plan de cuidados.

El plan de cuidados no es fijo, sino flexible. Una vez recogidos los nuevos datos la enfermera compara el plan de cuidados existentes y juzga si es válido aún o es imprescindible ajustarlo tomando en cuenta nuevas condiciones.

- Determinación de las necesidades de apoyo.

En muchas ocasiones, la enfermera requiere de apoyo para poner en práctica las estrategias. Generalmente se necesita de apoyo por varias razones; porque una sola persona no puede desarrollar una actividad, porque es necesario más de una persona para disminuir el estrés del cliente y cuando el profesional no cuenta con conocimientos o experiencia en el desarrollo de determinada práctica.

- Ejecución de las estrategias de enfermería.

El llevar a cabo las estrategias ayuda al cliente al logro de los objetivos.

La práctica de enfermería puede enfocarse a cualquiera de los cuatro campos; promoción, mantenimiento, recuperación de la salud y cuidado durante la muerte; en cada uno de estos campos se llevan a cabo actividades independientes, dependientes y en colaboración. (Kozier, 1994).

Para ejecutar las estrategias de enfermería se debe considerar lo siguiente:

- ✓ La individualidad del cliente.
- ✓ La necesidad del cliente de participar en su cuidado.
- ✓ La prevención de complicaciones.
- ✓ Mantenimiento de las defensas naturales.
- ✓ Proporcionar comodidad y apoyo al cliente.
- ✓ Desarrollo de las actividades de forma cuidadosa y exacta. (Kozier, 1994).

- Comunicación de las actividades de enfermería.

Se deben comunicar en forma verbal y escrita una vez que se hayan llevado a cabo, ya que si se registran anticipadamente puede que la enfermera decida no llevarla a cabo después de valorar nuevamente al cliente; también puede existir objeción por parte del

cliente. En algunos casos, es importante notificar de inmediato la actividad realizada, lo cual protege al cliente de posibles errores. (Kozier, 1994).

Las enfermeras pueden realizar informes verbales a la hora del cambio de turno y cuando el paciente cambia de hospital o pasa al cuidado extrahospitalario.

Capacidades necesarias para la ejecución.

Para desarrollar las actividades de enfermería, se necesitan tres tipos de capacidades: cognoscitiva, interpersonal, y técnica o manual.

Las capacidades cognoscitivas (intelectuales) necesarias para la ejecución son : la toma de decisiones, la resolución de los problemas , el pensamiento crítico y la creatividad.

Las capacidades interpersonales son todas las actividades que utiliza una persona para comunicarse con otra, ya sean verbales . La eficacia de una actividad de enfermería depende, en gran medida, de la habilidad que tenga una enfermera para comunicarse con los demás. (Kozier, 1994).

Las capacidades manuales . Son aquellas que se realizan con las manos, muchas de ellas se denominan procedimientos o técnicas psicomotoras. Las capacidades técnicas requieren de un gran conocimiento por parte de la enfermera , incluyendo cada uno de los principios en los que se basan los pasos del procedimiento. Resulta especialmente importante el conocer los principios científicos en los que se basa un procedimiento, ya que esto es lo que permite adaptarlos sin riesgo a cada cliente, además, las capacidades técnicas requieren de destreza manual.

Cuando la enfermera realiza procedimientos que requieren habilidades técnicas, es imprescindible que valore al cliente antes, después y durante el procedimiento. (Kozier, 1994).

Evaluación.

Evaluar es juzgar o valorar. Dentro de enfermería consiste en valorar el grado en el que se han alcanzado los objetivos. (Alfaro, 1995).

La evaluación es la quinta etapa de enfermería y es fundamental dentro del mismo, ya que de las conclusiones que se obtienen se determina si la intervención de enfermería debe terminarse, revisarse o cambiarse.

Constituye un proceso continuo y terminal. Continuo porque se realiza durante la ejecución, en donde la primera enfermera pregunta cómo reacciona el cliente ante su actuación; muchas veces la profesional se ve obligada a cambiar alguna actividad planeada para que el cliente logre sus objetivos. Es un proceso terminal, ya que una vez que la enfermera ha concluido su plan de cuidados, evalúa si se han cubierto o no los objetivos del cliente. (Alfaro, 1995).

La evaluación es una actividad organizada que tiene una finalidad, a través de ella, la enfermera acepta la responsabilidad de sus actos, indican su interés en los resultados y demuestran el deseo de no perpetuar las actividades ineficaces, adoptando otras. (Alfaro, 1995).

El proceso de evaluación consta de seis etapas.

1. Identificar los criterios de resultados que utilizará para determinar el grado de alcance de los objetivos

2. Recoger datos en relación con los criterios identificados y juzgar si los objetivos se han logrado
3. Cuantificación del logro de objetivos.
4. Relacionar las actividades de enfermería con los resultados .
5. Analizar el plan de cuidados de los clientes.
6. Modificar el plan de cuidados.

1. Identificación de los criterios de resultados.

Es utilizada para evaluar la respuesta del cliente a las acciones de enfermería . Los criterios tienen dos propósitos ; orientar la clase de datos de evaluación que se necesita obtener y proporcionar un estándar para esos datos.

Cuando los criterios están bien definidos son precisos y mensurables y orientan al siguiente paso del proceso de evaluación que es la recogida de datos.

2. Recolección de datos.

Los datos se recogen de tal manera que se puedan obtener conclusiones sobre el grado de alcance de los objetivos. Los datos guardan relación con los criterios de resultados, obteniéndose a través de la observación, comunicación directa con el cliente o de los registros de otros profesionales de la salud. El registro de los datos debe ser exacto y conciso para facilitar la tercera etapa de evaluación. (Alfaro, 1995).

3. Cuantificación del logro de objetivos.

Consiste en comparar los datos recogidos con los criterios establecidos.

Para evaluar el logro de objetivos, existen tres probables resultados.

- ✓ Se ha logrado el objetivo, la respuesta del cliente es la esperada.
- ✓ El objetivo se ha alcanzado parcialmente, por ejemplo, se logró alcanzar el objetivo a corto plazo, no así el de largo plazo.

- ✓ No se ha cubierto el objetivo.

4. Relación de las actividades de enfermería con los resultados del cliente.

Esta etapa consiste en determinar si las actividades de enfermería tienen alguna relación con los resultados.

5. Revisión del plan de cuidados de los clientes.

La evaluación de los resultados proporciona la retroalimentación necesaria para determinar si el plan de cuidados ha dado resultados, reduciendo o previniendo eficazmente los problemas del cliente, por lo tanto, la enfermera debe revisar todo el proceso de enfermería, independientemente si se han cubierto o no los objetivos.

Cuando los objetivos se han alcanzado se debe tomar una de las siguientes alternativas.

- ✓ Si el problema diagnosticado ya se ha solucionado y la enfermera constata que se ha alcanzado el objetivo, se abandona el plan realizado para su logro.
- ✓ A pesar de haberse alcanzado el objetivo el problema persiste, por tanto la enfermera debe continuar su actividad.

Cuando los objetivos no se han cubierto o se logran parcialmente, la enfermera debe revisar la base de datos, los propios diagnósticos y las estrategias. (Alfaro, 1995).

Base de datos. Debe revisarse para corroborar que es completa y correcta, ya que de lo contrario afectaría a las etapas siguientes del proceso de enfermería. En algunas ocasiones esta nueva información puede invalidar toda la base de datos, requiriéndose, por tanto, realizar nuevamente todo el proceso. (Alfaro, 1995).

Diagnósticos establecidos. Deben volverse a establecer diagnósticos si la base de datos era incompleta. Aunque la información sea la correcta, se deben revisar los diagnósticos

para determinar si el problema no se identificó correctamente o no corresponde con los datos. (Alfaro, 1995).

Objetivos establecidos. Se deben revisar los objetivos si el diagnóstico no era el correcto o apropiados en caso de ser correcto, la enfermera debe corroborar si los objetivos son realistas o alcanzables y determinar si las prioridades han cambiado o no. (Alfaro, 1995).

Estrategias de enfermería. La enfermera investiga si las estrategias elegidas fueron las más adecuadas y si guardan relación con los objetivos. Cuando los diagnósticos y objetivos son correctos, lo más lógico es que las estrategias elegidas no hayan sido las más apropiadas para cubrir los objetivos, sin embargo, antes de seleccionar otras, la enfermera debe constatar que se cumplieron las órdenes, ya que puede suceder que no se hayan llevado a cabo por el resto de los profesionales por no ser claro y razonable, tomando en consideración los recursos de los que se disponían tanto de persona, económico y de equipo. (Alfaro, 1995).

6. Modificación del plan de cuidados.

Cuando existe la necesidad de cambiar el plan de cuidados, la enfermera debe llevar a cabo los siguientes pasos.

- ✓ Cambiar los datos de la columna de valoración para reflejar los nuevos hallazgos, poniendo fecha y resaltándolos de alguna manera, de tal forma que indiquen que son nuevos (por ejemplo con otro color, subrayándolos, etc.).
- ✓ Revisar los diagnósticos, poniéndole fecha a los nuevos.
- ✓ Hacer una revisión de las prioridades del cliente, los objetivos y los criterios de resultados, anotando la fecha.

- ✓ Establecer nuevas estrategias que sean acordes con los diagnósticos.
 - ✓ Cambiar los criterios de resultados, ajustándolos a los otros cambios del plan de cuidados. (Alfaro, 1995).
- c) Características del proceso de atención de enfermería.
- ✓ Esta caracterizado por su humanidad, porque el plan de cuidados se desarrolla y se pone en práctica de la forma que los intereses e ideales únicos del consumidor y de las personas significativas para él, reciban la mayor consideración (Alfaro, 1996).
 - ✓ El sistema es abierto, flexible y dinámico.
 - ✓ Individualiza el acercamiento a las necesidades particulares de cada paciente.
 - ✓ Es planificado.
 - ✓ Esta dirigido hacia las metas.
 - ✓ Es flexible para encontrar las necesidades particulares del paciente, la familia o de la comunidad.
 - ✓ Permite ser creativos a la enfermera y al paciente en la resolución del problema planteado.
 - ✓ Es interpersonal, requiriéndose que la enfermera tenga una comunicación directa y persistente para encontrar las necesidades del paciente.
 - ✓ Es cíclico, como las etapas guardan interrelación, no existe un principio o un final absoluto.
 - ✓ Resalta el feedback, que conduce a la comprobación del problema o a la revisión del plan de cuidados.
 - ✓ Es aplicado universalmente. (Kozier, 1994).

Ventajas del proceso de enfermería.

Para el paciente:

- * Calidad en el cuidado.

La evaluación continua del proceso y la reconsideración de los cambios en las necesidades del cliente, aseguran una intervención de la enfermera apropiada de calidad.

- * Continuidad en el cuidado.

Al tener el plan por escrito, permite que todas las personas implicadas en el cuidado tengan acceso al mismo y se evita que el cliente este repitiendo información.

- * Participación del cliente en el cuidado de su salud.

Permite que los clientes desarrollen sus capacidades para su auto cuidado y por tanto ayudan en el alcance de metas. (Kozier, 1994).

Para la enfermera:

- * Adecuación constante y sistemática.

- * Satisfacción en el trabajo.

Las actividades del profesional están basados en una identificación correcta de los problemas del cliente, lo que permite planear acciones adecuadas, favoreciendo la coordinación y evita el trabajo por ensayo – error, lo que conlleva a una satisfacción cuando se logran los objetivos.

- * Crecimiento profesional.

Por medio de la evaluación, la enfermera va adquiriendo experiencia y capacidad respecto a los cuidados que son efectivos y los que tienen que adaptarse para cubrir las necesidades del cliente.

- * Evita acciones legales.

Evita consecuencias legales adversas cuando aplica cuidados de enfermería previamente establecidos a través de todas las fases del proceso.

- * Alcanzar los modelos de enfermería profesional.

El aprendizaje y la realización del proceso de enfermería sobre los cuidados del cliente, es un requisito básico para la aptitud de la enfermería profesional, por esto el proceso de enfermería es un marco para la responsabilidad de la enfermera. (Kozier, 1994).

6. El proceso de atención de enfermería basado en el modelo de Virginia Henderson.

El individuo, sano o enfermo es considerado como un todo completo que presenta catorce necesidades fundamentales, que debe satisfacer. Esta concepción ofrece una visión clara de los cuidados de enfermería, y se deduce que la finalidad de los cuidados consiste en conservar o restablecer la independencia del cliente en la satisfacción de sus necesidades. El rol de la enfermera consiste en ayudar al cliente a recuperar o mantener su independencia, supliéndole en aquello que él no puede realizar por sí mismo para responder a sus necesidades. Por lo tanto su rol es el de suplencia. (Phaneuf, 1993).

Los postulados sobre los que se basa el modelo de Virginia Henderson son:

- Todo ser humano tiende hacia la independencia y la desea.
- El individuo forma un todo que se caracteriza por sus necesidades fundamentales.
- Cuando una necesidad permanece insatisfecha el individuo *no esta completo, entero, independiente.* (Phaneuf, 1993).

Valores que fundamentan el modelo de Virginia Henderson:

- La enfermera tiene funciones que le son propias.
- Cuando la enfermera usurpa la función del medico, cede a su vez sus funciones propias a un personal no cualificado.
- La sociedad espera de la enfermera un servicio especial que ningún otro trabajador le puede prestar. (Phaneuf, 1993).

El marco conceptual de Virginia Henderson se fundamenta en la presencia de un ser humano con ciertas exigencias fisiológicas y aspiraciones, que ella denomina necesidades fundamentales. Una necesidad fundamental es una necesidad vital esencial que tiene el ser humano para asegurar su bienestar y preservarse física y mentalmente. (Phaneuf, 1993).

Al elaborar su modelo conceptual Henderson define catorce necesidades fundamentales que son las siguientes:

1. Respirar.
2. Alimentarse e hidratarse.
3. Eliminar.
4. Moverse, conservar una buena postura (y mantener una circulación adecuada).
5. Dormir y reposar (y conservar un estado de bienestar aceptable).
6. Vestirse y desnudarse.
7. Mantener la temperatura corporal en los límites normales.
8. Estar limpio, aseado y proteger los tegumentos.
9. Evitar los peligros (y mantener la integridad física y mental).
10. Comunicar con sus semejantes (desarrollarse como ser humano y asumir su sexualidad).
11. Actuar de acuerdo a sus creencias y valores.
12. Preocuparse de su propia realización (y en conservar su propia estima).
13. Recrearse.
14. Aprender.

Cada una de estas necesidades esta relacionada con las distintas dimensiones del ser humano. En cada una de ellas pueden descubrirse las dimensiones biológica, psicológica, sociológica, cultural y espiritual. (Phaneuf, 1993).

Las cuales se describen de la siguiente manera:

1. Necesidad de oxigenación.

DESCRIPCION.

RESPIRAR.

Inspiración

- Aporte esencial de oxígeno.
- Difusión de gases a nivel pulmonar.
- Intercambio a nivel celular.

Expiración.

- Expulsión de gas carbónico y de vapor de agua.

DIMENSIONES.

BIOFISIOLOGICAS.

- Mantenimiento de las funciones esenciales. Frecuencia, ritmo, amplitud. Ruidos respiratorios. Tos.
- Alteración orgánica, obstrucción, inmadurez o envejecimiento. Tasas de hierro en sangre.
- Fatiga.

PSICOLOGICA.

- Ansiedad y estrés.

SOCIOLOGICA.

Entorno.

- Polución, tabaquismo. Estilo de vida. Deportes al aire libre, ejercicio, aireación y humedad de los lugares, altitud.

CULTURAL, ESPIRITUAL.

- Disciplina personal de la respiración; meditación, yoga, etc.

2. Necesidad de nutrición e hidratación.

DESCRIPCION.

ALIMENTARSE E HIDRATARSE.

- Ingestión, digestión y absorción de agua, de electrolitos y de nutrientes esenciales para la vida.

DIMENSIONES.

BIOFISIOLOGICAS.

- Capacidad de masticar, de deglutir, de digerir y absorber los alimentos.
- Calidad y cantidad de los líquidos y nutrientes según las necesidades del organismo. Equilibrio electrolítico. Envejecimiento. Alteración orgánica. Equilibrio hormonal y enzimático.

PSICOLOGICA.

- Ansiedad, anorexia, polifagia de origen nervioso. Estado afectivo y utilización de los mecanismos de defensa. Compensación, sublimación. Miedo.
- Gratificación, hábitos personales relacionados con la absorción de alimentos o de bebidas alcohólicas.
- Imagen corporal deseada.
- Repulsa a ciertos alimentos.

SOCIOLOGICA.

- Entorno. Tipo de alimentación según el medio. Horario de comidas. Elección de los alimentos.
- Clima afectivo de familia en el momento de las comidas. Límites que impone el trabajo; bocadillos, comidas en restaurante, soledad.
- Organización del domicilio.

CULTURAL, ESPIRITUAL.

- Restricciones religiosas. Ayunos.
- Costumbres familiares.

3.-Necesidad de eliminación.

DESCRIPCION.

ELIMINAR.

- Rechazo de las sustancias nocivas o inútiles que resultan del metabolismo.

DIMENSIONES.

BIOFISIOLOGICA.

- Capacidad de eliminación urinaria, intestinal, etc. (sudor, lagrimas, menstruaciones y ..)
- Alteraciones físicas o psicológicas, inmadurez, envejecimiento, ciclo de eliminación y ciclo de menstruaciones.
- Dependencia física de los laxantes.
- Alimentación.
- Equilibrio hormonal.

PSICOLOGICA.

- Ansiedad, estrés, repulsiones.
- Hábitos de higiene personal y de eliminación.
- Actitud frente a la eliminación y la menstruación.
- Intimidad.
- Dependencia psicológica de los laxantes.

SOCIOLOGICA.

- Organización y control sanitario, salubridad de los lugares públicos.
- Educación.

CULTURAL, ESPIRITUAL.

- Valor que se da la higiene en determinadas culturas.

4.- Necesidad de Moverse y Mantener una Buena Postura.

DESCRIPCIÓN.

MOVERSE, CONSERVAR UNA BUENA POSTURA (Y MANTENER UNA CIRCULACIÓN ADECUADA)

- Impulso dado a los músculos o a los miembros o a ambos a la vez, para asegurar un cambio de posición en el espacio, o para favorecer una buena circulación.
- Mantenimiento de una buena alineación corporal.

DIMENSIONES.

BIOFISIOLÓGICA.

- Tono muscular movilidad articular, integridad nerviosa, cardiovascular y esquelética; madurez psicomotriz, envejecimiento, arteriosclerosis. Estado de la tensión arterial y pulso. Traumatismo. Integridad del sistema vestibular.
- Ejercicios, posturas habituales.
- Alimentación rica en colesterol y en cloruro de sodio.

PSICOLOGICA.

- Ansiedad, estrés, agitación, valor personal que se da al deporte y a la actividad.
- Sedentarismo.
- Hábitos personales de comportamiento.
- Soledad.
- Hábito de fumar.
- Carácter competitivo (Tipo A)

SOCIOLOGICA.

- Organización de los deportes y de los lugares de ejercicio.
- Condiciones de trabajo inadecuados.

CULTURAL, ESPIRITUAL.

- Valor que se le concede a los deportes y a los ejercicios, dentro de la familia y de la cultura.
- Posturas aceptables en una determinada cultura.

5.-Necesidad de Descanso y Sueño.

DESCRIPCIÓN.

DORMIR Y REPOSAR (CONSERVAR UN ESTADO DE BIENESTAR ACEPTABLE)

- Interrupción del estado de conciencia o de la actividad, o de ambos, que permite la recuperación de las fuerzas físicas y psicológicas. Mantenimiento de estado de confort.

DIMENCIONES.

BIOFISIOLÓGICA.

- Capacidad de distenderse.
- Número de horas de reposo, según la edad y las necesidades del organismo.
- Dolor, prurito.
- Falta de confort. Enfermedad.

PSICOLOGICA.

- Estrés, ansiedad, hábitos personales de vigilia y sueño.
- Ritual que precede al acostarse; dependencia farmacológica.
- Depresión o cualquier otro problema psiquiátrico.
- Inquietud, miedo.
- Sufrimiento moral.

SOCIOLOGICA.

- Horas de acostarse y levantarse en función del trabajo. Trabajo de noche.

Entorno.

- Polución por ruido.
- Confort de la habitación y de la cama.
- Número de personas que comparten la misma habitación.
- Intimidad y tranquilidad del lugar de reposo.

CULTURAL, ESPIRITUAL.

- Valor que se le da al trabajo y al descanso en cada cultura.
- Valor que se da a la resistencia ante el dolor.

6.- Necesidad de Usar Prendas de Vestir Adecuadas.

VESTIRSE Y DESNUDARSE.

- Protección del cuerpo en función del clima, de las normas sociales y de la reserva personal.

DIMENSIONES.

BIOFISIOLÓGICA.

- Movilidad articular, tono muscular, estatura, corpulencia, madurez psicomotriz, edad.
- Fuerzas físicas.

Estado Fisiológico:

- Gordura, embarazo.

PSICOLOGICA.

- Estado de conciencia.
- Importancia que se da el vestido y al apariencia personal, desgana, pudor.
- Preferencia en el vestir.
- Conformismo o no-conformismo en adaptarse a las modas.

SOCIOLOGICA.

- Modas, normas sociales.

Entorno:

- Clima.
- Nivel socioeconómico, estatus social.
- Mimetismo (sobre todo, en los adolescentes)

CULTURAL, ESPIRITUAL.

- Límites aportados por la religión y por la cultura (particularmente en lo que se refiere a la mujer.

7. Necesidad de Termorregulación

DESCRIPCION

MANTENER LA TEMPERATURA CORPORAL EN LOS LIMITES NORMALES.

- Equilibrio entre la producción de calor por el metabolismo y su pérdida en la superficie corporal.

DIMENSIONES

BIOFISIOLOGICA

- Regulación térmica cerebral y calor de los tegumentos.
- Inflamación, infección.

PSICOLOGICA

- Elevación térmica debido al nerviosismo o al estrés.

SOCIOLOGICA

Entorno.

- Cima
- Confort de la casa.
- Lugar de trabajo.
- Confortabilidad externa.
- Medios económicos para evitar el frío y templar la casa.

CULTURAL, ESPIRITUAL.

- Medios para combatir el frío y el calor, que utiliza una determinada cultura; vestido, habitación, calefacción.

8.- Necesidad de Higiene y Protección de la Piel.

DESCRIPCIÓN.

ESTAR LIMPIO, ASEADO Y PROTEGER SUS TEGUMENTOS (Y FANERAS)

- Cuidados de higiene corporal y de la higiene personal.

DIMENSIONES.

BIOFISIOLOGICA.

- Capacidad para atender a sus propios cuidados; movilidad, fuerza física.

- Integridad de los tegumentos y faneras.
- Madurez psicomotriz o envejecimiento.

PSICOLÓGICAS.

- Estado de conciencia, diaforesis debido a la tensión.
- Hábitos personales de limpieza del cuerpo y de los vestidos.
- Imagen de sí mismo.
- Educación.

SOCIOLOGICA.

- Salubridad del medio de vida y de trabajo.
- Instalaciones sanitarias, baños.

CULTURAL, ESPIRITUAL.

- Significado de la higiene dentro de la familia y de la propia cultura.
- Modas de vestir y de peinarse.

9.- Necesidad de Evitar los Peligros.

DESCRIPCIÓN.

EVITAR LOS PELIGROS.

- Protección contra las agresiones internas o externas, con el fin de mantener su integridad física y mental.

DIMENSIONES.

BIOFISIOLÓGICAS.

- Límites sensoriales; vista, oído. Desequilibrio. Inmunidad. Inflamación. Infección / contaminación.
- Prevención de la enfermedad y de los accidentes.
- Modificación del esquema corporal, auto mutilación, violación, malos tratos.

PSICOLÓGICA.

- Limitaciones intelectuales. Perturbaciones del pensamiento.
- Estado de conciencia.
- Predisposición a los accidentes. Falta de atención; ansiedad y miedo.

- Alteración de su auto imagen.
- Idea suicida.
- Utilización de técnicas de relajación.

SOCIOLOGICA.

- Reglamentación para prevenir peligros y preservar la salud del trabajador. Medidas de seguridad laboral (mascarilla, casco protector, etc.)
- Seguridad en casa, especialmente para niños y ancianos.
- Código de circulación.

Entorno.

- Polución del aire y polución por ruido.
- Contagio y medidas de control de la enfermedad.
- Organización sanitaria.
- Prevención contra el suicidio y la violencia.

CULTURAL, ESPIRITUAL

- Exposición a los peligros a consecuencia de ciertas ideologías.
- Valoración del estoicismo en ciertas cultural “Mito del héroe”
- Forma de ver la enfermedad mental.
- Disciplina de vida para mantener el propio equilibrio.

10.- Necesidad de Comunicarse.

DESCRIPCIÓN.

COMUNICAR CON SUS SEMEJANTES (DESARROLLARSE COMO SER HUMANO Y ASUMIR SU SEXUALIDAD)

- Establecer lazos con los otros seres próximos y con las personas de su entorno.
- Expansionarse. Desarrollarse.
- Procreación.

DIMENSIONES.

BIOFISIOLÓGICA.

- Capacidad física para relacionarse con los otros; vista, oído, tacto, fonación. Débito verbal.
- Integridad de los órganos sexuales. Capacidad de procrear. Equilibrio hormonal.
- Mímica.

PSICOLÓGICA.

- Perturbación emotiva, capacidad para expresar sentimientos, relaciones con los otros; repliegue en sí mismo, tedio; percepción del otro sexo, equilibrio sexual.

Mecanismos de defensa.

- Proyección, sublimación, regresión.
- Estado de conciencia.

SOCIOLOGICA.

- Libertad de expresión de los sentimientos. Control social. Comunicación de masas.
- Utilización de la sexualidad con fines pecuniarios.

CULTURAL, ESPIRITUAL.

- Extroversión o introversión. Características de ciertas culturas.
- Forma de considerar la sexualidad, la procreación y el rol de la mujer.

11. Necesidad de Vivir según sus Creencias y Valores

DESCRIPCIÓN.

PRACTICAR SU RELIGION. ACTUAR DE ACUERDO A SUS CREENCIAS Y VALORES.

- Actualización de los propios valores.

DIMENSIONES.

BIOFISIOLÓGICA.

- Inmovilidad. Debilidad. Enfermedad.

PSICOLÓGICA.

- Ansiedad relacionada con la enfermedad.
- Concepción personal de la vida y del más allá.
- Estado de conciencia.
- Fase de adaptación a la enfermedad; cólera.

SOCIOLOGICA.

- Alejamiento de los lugares de culto.
- Libertad permitida o control ejercido por el entorno.

CULURAL, ESPIRITUAL.

- Pertenencia a una religión o adhesión a una filosofía.
- Misticismo, ascetismo.

12.- Necesidad de Trabajar y Realizarse.

DESCRIPCIÓN.

PREOCUPARSE DE SU PROPIA REALIZACIÓN Y EN CONSERVAR SU PROPIA ESTIMA.

- Utilización del tiempo de forma útil, eficaz y valorizadora.

DIMENSIONES.

BIOFISIOLÓGICAS.

- Capacidad física.
- Integridad neurológica y músculo-esquelética.
- Nivel de energía y de fuerzas físicas, movilidad articular.
- Enfermedad, dolores.

PSICOLÓGICA.

- Desarrollo intelectual.
- Estado de conciencia, depresión, confianza en sí mismo, educación.
- Deseo de realizarse.
- Creatividad.

SOCIOLOGICA.

- Disponibilidad de medios educativos y culturales.
- Limitaciones socioeconómicas, roles sociales y parenterales, grupos de interés.
- Voluntario.

CULTURAL ESPIRITUAL.

- Valor que se atribuye en la cultura al trabajo y a la productividad.

13.- Necesidad de Jugar / participar en Actividades Recreativas.

DESCRIPCIÓN.

RECREARSE.

- Necesidad de actividades de esparcimiento.

DIMENSIONES.

BIOFISIOLÓGICA.

- Capacidad de movimiento.
- Integridad de los sentidos, del sistema nervioso y del sistema musculoesquelético.
- Dolor. Fuerza física.

PSICOLOGICA.

- Estado de conciencia, deseo de distensión y esparcimiento.
- Capacidad personal de relacionarse con los demás.
- Soledad.
- Preferencias por las formas de ocio.
- Creatividad.
- Espíritu lúdico.

SOCIOLOGICA.

- Organizaciones deportivas y culturales para las distintas edades.
- Limitaciones económicas.
- Aislamiento físico.
- Entorno rural o urbano. Clima.
- Costumbres más o menos gregarias de la familia.

CULTURAL, ESPIRITUAL.

- Severidad de determinadas religiones frente a actividades de esparcimiento.
- Restricciones que se imponen a las mujeres en ciertas culturas.

14.-Necesidad de Aprendizaje.

DESCRIPCIÓN.

APRENDER

- Adquirir conocimientos. Recibir información.

DIMENSIONES.

BIOFISIOLÓGICA.

- Capacidad funcional del cerebro, del sistema nervioso y de los sentidos (vista, oído)
- Uso de medicamentos.
- Senilidad o inmadurez.
- Enfermedad aguda.
- Dolor.

PSICOLOGICA.

- Estado de conciencia.
- Capacidad intelectual. Perturbaciones del pensamiento (juicio, memoria)
- Ansiedad.
- Educación (leer, Escribir)
- Período de adaptación a la enfermedad.

SOCIOLOGICA.

- Disponibilidad de servicios educativos.
- Grado de evolución del medio familiar.
- Importancia de la enseñanza dentro de los cuidados de enfermería.
- Poner el acento en la prevención.

CULTURAL, ESPIRITUAL.

- Valor que se da en una cultura determinada a la educación o a la información sobre la salud y la enfermedad. (Phaneuf, 1993).

7. Características físicas y psicológicas de una mujer durante el puerperio.

PUERPERIO.

Cambios fisiológicos en el puerperio.

El puerperio es el periodo después del parto y termina cuando el cuerpo de la madre retorna tan cerca como es posible a su estado previo al embarazo. El periodo dura alrededor de seis semanas.

1.- Cambios uterinos.

- a) El fondo está de ordinario en la línea media y cerca del nivel del ombligo de la mujer después del parto. Después de 12 horas de parto, el fondo puede estar 1 cm. Por encima del ombligo. Más tarde, el nivel del fondo desciende aproximadamente un dedo (ó 1cm.) cada día hasta que, hacia el décimo día, ha descendido a la cavidad pélvica y ya no puede ya palpase.
- b) Después del parto se presentan los loquios (una secreción vaginal), constituidos por células epiteliales grasosas, fragmentos de membranas decidua y sangre; son rojos (loquios rojos) y duran de dos a tres días. Progresan luego a color más pálido o más parduzco (loquios serosos) seguidos por un color blancuzco o amarillento (loquios blancos) desde el séptimo al décimo día. Los loquios suelen suspenderse hacia las tres semanas y el sitio placentario está completamente parado hacia la sexta semana.

2.- Las paredes vaginales, ligamentos uterinos y músculos del piso pélvico y de la pared abdominal recuperan la mayor parte de su tono durante el puerperio.

3.- Se produce aumento de la diuresis posparto entre dos y cinco días después del posparto, al comenzar a excretar el agua extracelular acumulada durante el embarazo. También puede aumentar la diuresis poco después del parto cuando el gasto urinario fue objeto de obstrucción debido a la presión de la presentación o a los líquidos intravenosos administrados a la mujer durante el trabajo de parto. (Smith, 1995).

4.- Mamas.

- a) Con la pérdida de la placenta, las concentraciones circulantes de estrógeno y progesterona disminuyen, mientras que las concentraciones de prolactina aumentan, iniciándose así la lactación en la mujer posparto.
- b) Durante los primeros días posparto se secreta calostro, que es un líquido amarillento que contiene más minerales proteínas pero menos azúcar y grasas que la leche materna, y tiene un efecto laxante sobre el recién nacido.
- c) La secreción de leche materna madura suele presentarse hacia el tercer día posparto, pero puede estar presente antes si la mujer amamanta inmediatamente después del parto.
- d) Entre los días tres y cinco posparto se puede presentar congestión mamaria con éstasis de leche venosa y linfática, tejido mamario tumefacto tenso e hipersensible. (Smith, 1995)

El primer día de puerperio aumenta la temperatura a 38° y 38.5° C porque ocurre la reabsorción de pirógeno durante el trabajo de parto.

La frecuencia del pulso disminuye después del parto, por el estímulo del plexo nervioso abdominal (neumogástrico). Entre 60 y 70 pulsaciones por minuto pueden considerarse normales.

Desaparece la disnea mecánica que por compresión abdominal se manifiesta durante el último trimestre del embarazo.

La presión arterial no se modifica a través del puerperio normal. (Mondragón, 1991)

Estado emocional y conducta.

1.- Después del parto, la mujer puede progresar a través de las etapas de Rubin de tomar y retener.

- a) Tomando.
 - 1) Puede comenzar con un sueño reparador después del parto.
 - 2) La mujer exhibe una conducta pasiva, independiente.

3) La mujer está preocupada con el sueño y la ingestión de alimentos, tanto para ella como para el hijo.

b) Reteniendo.

1) La mujer comienza a iniciar la actividad y a funcionar con más independencia.

2) La mujer puede requerir más explicación y seguridad de que su desempeño es bueno, en especial en los cuidados de su hijo.

3) Al alcanzar el éxito en los cuidados del recién nacido, su preocupación se extiende a otros miembros de la familia y a sus actividades .

2.- Algunas mujeres pueden experimentar euforia durante los primeros días después del parto y establecer objetivos no realistas para actividades posteriores al alta del sitio del nacimiento.

3.- Muchas pueden experimentar cambios temporales de estado de ánimo durante este periodo debido a las molestias, fatiga y agotamiento posteriores al trabajo de parto, y a los cambios hormonales posteriores a éste.

4.- Algunas mujeres pueden experimentar tristeza posparto hacia el tercer día después del parto, y exhibir irritación, poco apetito, e insomnio y propensión al llanto. Esta situación es temporal. La depresión intensa prolongada suele ser un signo de un padecimiento más grave.

5.- Los hallazgos en la investigación de enfermería indican que las nuevas madres identifican las siguientes necesidades posparto. Enfrentarse a:

a) Los cambios o molestias físicas del puerperio, incluyendo la necesidad de recuperar su figura previa al embarazo.

b) Relaciones familiares cambiantes y cobertura de las necesidades a los miembros de la familia, incluyendo al recién nacido.

c) Fatiga, estrés emocional, sentimiento de aislamiento y de estar atada.

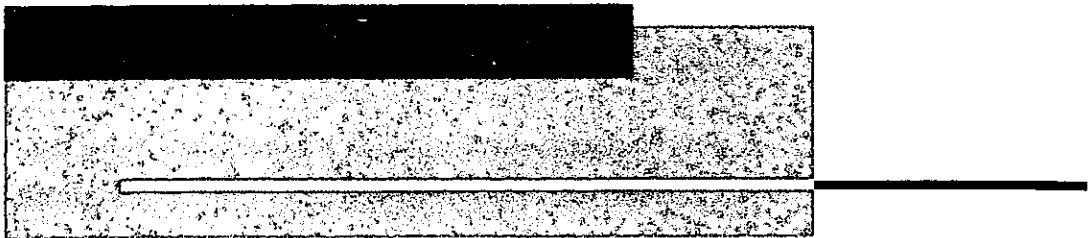
d) Falta de tiempo para intereses y necesidades temporales. (Smith, 1995).

Operación Cesárea

El parto por cesárea es la extracción del feto del útero por medio de una incisión practicada en la pared abdominal y el útero. (Smith, 1995).

Tanto en el parto vaginal como en la operación cesárea cabe esperar los cambios antes mencionados .

V. APLICACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA



V. APLICACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.

En el hospital Dr. Belisario Domínguez de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, en el servicio de Gineco-obstetricia, del 30 de mayo al 01 de junio del año 2000 se realizó el Proceso de Atención de Enfermería a la señora María Camacho Pérez. Para lo cual se utilizó el formato de valoración de las necesidades humanas. (Ver anexo 1).

1. Resumen Valorativo.

La señora María Camacho Pérez de 31 años de edad, con peso de 47 Kgrs. Es originaria de Bochil, Chiapas y reside en esta ciudad desde hace 31 años. Habita casa propia construida de material, que cuenta con todos los servicios intra domiciliarios. Acudió al hospital para el nacimiento de su tercer hijo por operación cesárea, ya que sus dos primeros hijos también nacieron por el mismo procedimiento quirúrgico y al mismo tiempo para que se le realizará el método definitivo de control natal.

Tiene antecedentes familiares de hipertensión arterial. Padre y madre hipertensos, hermano con cardiopatía. Esposo e hijos sanos.

A su ingreso al servicio María se observa consciente, con sensibilidad y movilidad de miembros inferiores, signos vitales de: temperatura 36.5° C, frecuencia respiratoria de 22 por minuto, pulso 80 por minuto, tensión arterial 100/60, se queja de dolor en abdomen en el cual se observa herida quirúrgica sin datos de sangrado, loquios rojos de moderada cantidad, se palpa útero a nivel de cicatriz umbilical. Pregunta por su hijo, "¿se encuentra bien?, ¿a qué horas podré verlo?". También pregunta si ya se le ha informado a su esposo y a su mamá del nacimiento de su hijo.

Cuando la señora hubo descansado se le realizó la entrevista, en ese momento se encuentra acostada en su cama en alojamiento conjunto amamantando a su hijo recién nacido, observándose lactancia eficaz, acompañada por su mamá.

Refiere nunca haber fumado ni haber presentado alteraciones en la respiración. Se observa buena coloración de piel y tegumentos, respira sin dificultad, ruidos cardíacos rítmicos, campos pulmonares limpios y ventilados.

Habitualmente come carnes, con excepción de la carne de puerco, verduras y frutas con consumo frecuente de papaya , para mejorar la evacuación.

Su patrón de alimentación consiste en tres comidas diarias con toma de “pozol” al medio día. Refiere “ sufrir de gastritis” desde hace quince años y que presenta “dolor en la vesícula” cuando come alimentos que contienen abundante grasa. No refiere antecedentes de alergias ni de problemas para la masticación y la deglución. No realiza ejercicios rutinariamente.

Se observa piel turgente, hidratada, cabello oscuro bien implantado, uñas cortas y limpias. Lleva 12 horas sin ingerir alimentos y manifiesta hambre y debilidad. En abdomen se observa herida quirúrgica reciente sin datos de sangrado. Con infusión de soluciones parenterales instalada en brazo derecho con buena permeabilidad.

Su patrón de eliminación es de 3 a 4 micciones al día, evacúa 1 a 2 veces al día , algunas veces de consistencia dura y dice padecer de estreñimiento.

Menarquee a los 15 años con ritmo de cada 2 meses antes de casarse y durante el matrimonio cada mes con dolor. IVSA a los 20 años. Gesta III. Partos 0. Abortos 0. Cesáreas III. Fecha de última cesárea 30 de mayo del 2000. Recibió control prenatal. Tiene antecedentes de extirpación de un tumor benigno de mama. Ha miccionado 4 veces en el cómodo con presencia de sangre en orina relacionado con el puerperio inmediato. No ha evacuado.

A la palpación y percusión se encuentra abdomen ligeramente distendido, ruidos intestinales disminuidos. Manifiesta dolor y "muchos gases".

Útero involucionando, un dedo por debajo de cicatriz umbilical. Genitales con tricotomía, presencia de loquios rojos de moderada cantidad, mamas simétricas sin laceraciones, con presencia de secreción láctea.

Le gusta el clima templado, pero dice adaptarse al clima frío y caluroso. Refiere que durante la noche sudó demasiado.

Se considera con buena capacidad para sus actividades, en sus ratos libres realiza manualidades. Descansa poco.

Se observa, en posición acostada con sistema músculo esquelético completos y funcionales, tono y fuerza muscular disminuidos. Lleva 12 horas de reposo en cama, manifiesta dolor al movimiento.

Acostumbra a dormir de 10 de la noche a las 6 de la mañana, no acostumbra la siesta porque la irrita y se siente más cansada. Cuando tiene alguna preocupación tiene insomnio. Aunque normalmente concilia el sueño rápido.

Su lenguaje es coherente, con buena respuesta a los estímulos. Manifiesta cansancio, durante la noche no durmió bien, por sentir dolor y por tener que amamantar a su niño.

Se viste de acuerdo a su edad, gustos y preferencias.

En este momento viste bata de hospital, pero refiere no afectarle, porque sabe que esto será solo mientras esté en el hospital.

Acostumbra el baño diario, con cambio de ropa, cepillado de dientes después de comer, tres veces al día, aseo de manos antes de comer y después de eliminar.

Se percibe olor a sudor y a loquios, se observa despeinada y sin maquillaje.

Su familia lo componen sus padres, hermano, esposo y tres hijos, comenta que cuando tiene algun problema se apoya en su familia para resolverlos. Conoce medidas de prevención de accidentes en el hogar y en el trabajo.

Es casada desde hace 10 años, madre de tres hijos, refiere tener buena relación y comunicación con su esposo, familia y compañeros de trabajo.

Su comunicación es abierta y clara. Sin dificultad en la visión y la audición.

Practica la religión adventista, ésta no le genera ningún conflicto personal. Acude los sábados a su iglesia. Tiene valores de amor, respeto, responsabilidad y justicia. Su forma de pensar es congruente con su forma de vivir.

Trabaja como supervisora educacional 6 horas diarias. Se encuentra satisfecha con su trabajo y con el rol familiar que desempeña, ya que recibe apoyo de su familia.

Acostumbra a salir a pasear con su familia los domingos. Participa en actividades recreativas en su iglesia y su trabajo.

Sistema neuromuscular sin alteraciones, su estado de ánimo es participativo. Trasmite a su compañera de cuarto su experiencia en el amamantamiento.

Cursó la carrera técnica de trabajo social. Sin alteraciones para leer y escribir. Órganos de los sentidos sin alteraciones.

2. Jerarquización de las 14 Necesidades Básicas.

En la valoración de necesidades realizadas a una mujer de 31 años que cursó el puerperio quirúrgico, se identificaron las siguientes necesidades (Ver anexo 2).

Necesidad de Descanso y Sueño. Parcial dependencia.

Diagnóstico de enfermería.

Alteración en la comodidad y patrón de sueño relacionado con dolor en herida quirúrgica manifestado por fàcies de dolor y comunicación verbal de la señora.

La NANDA define Alteración en el Patrón de Sueño como. Alteración de las horas de sueño que causa malestar e interfiere en el estilo de vida deseado.

Necesidad de comunicarse. Parcial dependencia.

Diagnóstico de Enfermería.

Alteración en el estado emocional relacionado con el nuevo miembro de la familia manifestado con expresiones de preocupación.

Categoría diagnóstica no incluida en la NANDA. Y se define como: alteración que experimenta un individuo en su equilibrio emocional.

Necesidad de Nutrición. Parcial dependencia.

Diagnóstico de Enfermería.

Alteración en la alimentación relacionado con ayuno manifestado con hambre .

Alteración de la Nutrición por Defecto.

La NANDA lo define como. Estado en el que el individuo experimenta un aporte de nutrientes insuficientes para cubrir sus necesidades metabólicas.

Necesidad de Hidratación. Parcial dependencia.

Diagnóstico de enfermería.

Riesgo Potencial de alteración en el volumen normal de líquidos relacionado con pérdidas durante la cirugía y sangrado transvaginal.

Según la NANDA debe manejarse como Alto riesgo de Déficit de Volumen de líquidos. Cuya definición es. Estado en el que un individuo está en riesgo de sufrir una deshidratación vascular, celular o intracelular.

Necesidad de Eliminación. Parcial dependencia.

Diagnóstico de enfermería.

Alteración en la motilidad intestinal relacionado con reposo y efectos de la cirugía manifestado con acumulación de gases en intestino.

Alteración en la Eliminación Intestinal, es una categoría diagnóstica no incluida en la NANDA. Se incluye debido a que no está contemplada en ninguna otra categoría. Y se puede definir como. Estado en el que un individuo experimente un trastorno en la eliminación intestinal.

Necesidad de Higiene y Protección de la Piel. Parcial dependencia.

Diagnóstico de enfermería.

Déficit en la higiene personal relacionado con puerperio inmediato y sudoración manifestado con olor a sudor, a loquios e incomodidad.

Según la NANDA debe manejarse como. Déficit de Auto cuidado: Baño / higiene, cuya definición es. Estado en que un individuo experimenta un deterioro de la habilidad para realizar o completar por si mismo la actividad de baño e higiene.

Necesidad de Moverse y Mantener una Buena Postura. Parcial dependencia.

Diagnóstico de enfermería.

Alteración de la deambulación relacionado con disminución del tono muscular, dolor en herida quirúrgica manifestado por debilidad e inseguridad al caminar.

Según la NANDA debe manejarse como. Intolerancia a la Actividad. Que la define como. Estado en que un individuo carece de la energía fisiológica o psicológica suficiente para emprender o finalizar las actividades diarias requeridas o deseadas.

Necesidad de Oxigenación. Independiente.

Necesidad de usar Prendas de Vestir Adecuadas. Independiente.

Necesidad de Termorregulación. Independiente.

Necesidad de Evitar Peligros. Independiente.

Necesidad de Vivir Según sus Creencias y Valores. Independiente.

Necesidad de Trabajar y Realizarse. Independiente.

Necesidad de Jugar y Participar en Actividades Recreativas. Independiente.

Necesidad de Aprendizaje. Independiente.

Diagnóstico 1

Alteración en la comodidad y patrón de sueño relacionado con dolor en herida quirúrgica manifestado por facies de dolor y comunicación verbal.

Objetivo:

Incrementar sus horas de sueño .

Intervenciones de Enfermería:

- ✓ Tranquilizarla con explicaciones adecuadas y oportunas.
- ✓ Aplicación de analgésicos prescritos.
- ✓ Se promoverá el descanso .
- ✓ Orientarla para que realice ejercicios de relajación.
- ✓ Evitar ruidos.
- ✓ Fricción en la espalda con alcohol.

Observaciones:

La señora comunicará disminución del dolor e incrementará sus horas de sueño.

(Ver anexo 3)

Diagnostico 2

Alteración en el estado emocional relacionado con el nuevo miembro de la familia manifestado con expresiones de preocupación.

Objetivo:

Establecer tempranamente el vínculo afectivo entre padres e hijo.

Intervenciones de Enfermería.

- ✓ Permitirle expresar sus sentimientos sobre la experiencia del nacimiento de su hijo.
- ✓ Tranquilizarla mediante la información del estado de salud de su hijo.
- ✓ Proporcionar información oportuna a los familiares sobre el recién nacido.
- ✓ Permitir lo más pronto posible que la madre y el padre vean a su hijo.
- ✓ Apoyar a la madre en la asistencia al niño.

Observaciones:

La señora María y su esposo establecerán tempranamente el vínculo afectivo con su hijo recién nacido.

Diagnóstico 3

Alteración en la alimentación relacionado con ayuno manifestado por hambre.

Objetivo:

La señora podrá:

Restablecer la alimentación normal en el transcurso de 24 horas.

Intervenciones de Enfermería:

- ✓ Iniciar la alimentación en forma progresiva de acuerdo a tolerancia.
- ✓ Iniciar dieta a base de líquidos claros, continuar con una dieta blanda sin grasas ni irritantes y finalmente dar una dieta normal libre de grasas e irritantes.

Observaciones:

La señora comerá en forma habitual durante el día.

Diagnóstico 4

Riesgo Potencial de alteración en el volumen normal de líquidos relacionado con pérdidas de líquidos durante la cirugía y sangrado transvaginal.

Objetivo:

La señora podrá:

Mantener la hidratación adecuada.

Intervenciones de Enfermería.

- ✓ Mantener la velocidad de flujo de la solución intravenoso indicada.
- ✓ Valorar sangrado transvaginal.
- ✓ Valorar herida quirúrgica.
- ✓ Promover la ingesta de 200 ml. de líquidos como mínimo cada 2 horas.
- ✓ Valorar involución uterina cada 2 horas.
- ✓ Valorar signos vitales cada 4 horas.

Observaciones:

La señora se mantendrá hidratada.

El útero se mantendrá firme y contraído.

El volumen de los loquios disminuirá.

Diagnóstico 5

Alteración en la motilidad intestinal relacionado con reposo y efectos de la cirugía manifestado con acumulación de gases intestinales.

Objetivo:

Favorecer el peristaltismo.

Intervenciones de Enfermería:

- ✓ Explicación a la señora de los procedimientos a realizar.
- ✓ Promover la ingesta de 200 ml. de líquidos cada 2 horas.
- ✓ Iniciar la ambulación temprana.
- ✓ Enseñar a la señora a que realice ejercicios de flexión y extensión de miembros inferiores estando acostada en su cama.
- ✓ Comprobar la peristalsis cada 4 horas.

Observaciones:

La señora :

Manifestará la expulsión de gases intestinales.

Diagnóstico 6

Déficit en la higiene personal relacionado con el puerperio inmediato y sudoración manifestado con olor a sudor, loquios e incomodidad.

Objetivo:

Satisfacer las necesidades de higiene personal.

Intervenciones de Enfermería:

- ✓ Explicación de los procedimientos a la señora antes de realizarlos.
- ✓ Aseo vulvoperineal por turno.
- ✓ Cambio de toallas sanitarias las veces que sean necesarias.
- ✓ Aseo de los dientes después de cada comida.
- ✓ Baño de regadera .

- ✓ Cambio de bata.
- ✓ Cambio de ropa de cama.
- ✓ Asistirle para peinarse y arreglarse el cabello.

Observaciones:

La señora :

Manifestará comodidad y bienestar posterior a la realización de las medidas higiénicas.

Diagnóstico 7

Potencial riesgo de infección relacionado con cirugía manifestado con incisión quirúrgica en abdomen.

Objetivo:

Prevenir infecciones.

Intervenciones de Enfermería:

- ✓ Explicación de los procedimientos a la señora antes de realizarlos..
- ✓ Curación de herida quirúrgica diario.
- ✓ Vendaje abdominal .
- ✓ Valorar la temperatura cada 4 horas.

Observaciones:

La señora:

Mantendrá la herida quirúrgica limpia, seca sin datos de infección

Diagnóstico 8

Alteración de la ambulación relacionada con disminución del tono muscular y dolor en herida quirúrgica manifestado por debilidad e inseguridad al caminar.

Objetivo:

Recobrar la actividad de caminar normalmente en el transcurso del día.

Intervenciones de Enfermería:

- ✓ Explicación de los beneficios de los procedimientos a la señora.
- ✓ Estimular la realización de ejercicios pasivos.
- ✓ Ambulación temprana.
- ✓ Asistirla en su primera ambulación.

Observaciones:

La señora:

Mejorará su tono muscular y caminará sin ayuda.

4. Registro de los Cuidados.

30/05/00

En las primeras horas del puerperio se valoraron los signos vitales y el aspecto de la herida quirúrgica, la involución uterina, valorándose la cantidad de sangrado transvaginal, se mantuvo la cantidad de flujo de soluciones intravenosa indicada, se le administraron analgésicos prescritos.

Se le permitió a María expresar sus sentimientos hacia su hijo, accediéndole verlo y tenerlo junto a ella, además de la compañía de su esposo y su madre, brindándoles intimidad familiar no interrumpiéndolos.

Se le apoyo en la asistencia al bebé, se le dio un masaje dorsal dándole apoyo en los cambios de posición. Se promueve el descanso.

31/05/00

A la señora María, posteriormente a la suspensión del ayuno, se le proporcionó como desayuno una dieta líquida que incluyó té de manzanilla, jugo de manzana y atole sin leche, la cual tomó con agrado y la tolera. Ingesta de 500 ml.

Bebe agua simple entre comidas, aproximadamente 200 ml. cada dos horas.

Cada 2 horas se realizó una exploración abdominal. Observándose herida quirúrgica sin datos de sangrado, loquios rojos de regular cantidad. El útero se palpa contraído 1 cm por debajo de cicatriz umbilical. Y se valoran los signos vitales cada 4 horas los cuales se encontraron dentro de parámetros normales. El sangrado transvaginal ha disminuido.

A la señora María se le enseña a realizar ejercicios pasivos en su cama como: movimientos abdominales, extensión y flexión de extremidades inferiores, para fortalecer el tono muscular y prepararla para la ambulación.

Asistiéndola se sienta en el borde de la cama 20 minutos, después permanece sentada en la silla 15 minutos.

Inicia la ambulación asistida por su familiar. Existe cierta molestia en el sitio de la incisión quirúrgica. La integridad de la sutura no se alteró. No se observa drenaje anormal.

Se comprueba la peristalsis cada 4 horas.

La señora caminó hacia el baño acompañada por su familiar. Previa orientación para eliminar temores acerca de la herida, proporcionándole bata limpia y toalla sanitaria, se realizó baño de regadera sin incidentes.

Se le asiste en el peinado y arreglo del cabello.

Aseo de los dientes después de cada comida. Y cambio de toallas sanitarias frecuentes.

Se le cambió ropa de cama.

Aseo vulvoperineal por turno.

La señora demuestra aspecto limpio y manifiesta sentirse más cómoda después de realizadas sus medidas de higiene personal.

Posteriormente se hizo curación de la herida quirúrgica. Esta se encuentra se observa limpia sin datos de infección. La temperatura se ha mantenido dentro de 36.5° C y 37 ° C.

Aplicación de vendaje abdominal. La señora manifiesta seguridad para la movilización.

Se corrobora peristalsis intestinal después de los ejercicios y de la ambulación. La cual se encuentra aumentada. La paciente comunica expulsión de gases intestinales.

La señora comió una dieta blanda, sin grasas ni irritantes; carne de pollo y verduras hervidas, pan tostado, agua de frutas y un pedazo de sandía. No presenta intolerancia a la dieta.

Cenó una dieta normal sin grasas ni irritantes.

Por la noche se le dieron cuidados para promover el descanso, enseñándole ejercicios de relajación. Se fricciona la espalda con alcohol. Se evitan ruidos y se evita prender luces innecesariamente.

01/06/00

Al interrogar a la señora María, refiere haber incrementado sus horas de sueño durante la noche, que se siente descansada. A miccionado normalmente sin dificultad, a canalizado gases intestinales. A la exploración se observa piel hidratada y turgente. Herida quirúrgica limpia y seca sin datos de infección. Útero contraído. Los loquios son rojo claro en menor cantidad.

Desayuna y come normalmente la dieta indicada, realiza sus actividades de higiene personal independientemente.

A recobrado la actividad de caminar independientemente .

Pregunta qué si le darán de alta y qué cuidados tendrá con la herida en su domicilio.

Se planea alta del hospital. (Ver anexo 4).

Se planea una visita a su domicilio.

05/06/00

En la visita realizada se valora la evolución del puerperio no detectándose complicaciones del mismo.

Sin alteraciones en el estado de salud de la madre y de su hijo.

Se refuerzan los conocimientos sobre el mantenimiento de la salud dándole orientaciones sobre la higiene de los alimentos, higiene personal, vacunas y se le cita al hospital para retiro de puntos de la herida quirúrgica.

5. Evaluación.

A continuación se mencionan los diagnósticos que se elaboraron en base a las necesidades resueltas de la señora María .

Diagnóstico 1

Alteración en la comodidad y patrón de sueño relacionado con dolor en herida quirúrgica manifestado por fascies de dolor y comunicación verbal de la señora.

En las primeras horas posterior a su ingreso, después de las intervenciones de enfermería, disminuyó el dolor.

Durante la siguiente noche después de la intervención quirúrgica la señora logró incrementar sus horas de sueño.

Diagnóstico 2

Alteración en el estado emocional relacionado con el nuevo miembro de la familia manifestado con expresiones de preocupación.

Vinculación afectiva positiva, expresiones amorosas de parte de los padres hacia su hijo.

Diagnóstico 3

Alteración en la alimentación relacionado con ayuno manifestado por hambre.

La señora María restableció su hábito de alimentación, logrando una ingesta adecuada de una dieta normal 24 horas después del procedimiento quirúrgico.

Diagnóstico 4

Riesgo Potencial de alteración en el volumen normal de líquidos relacionado con pérdidas de líquidos durante la cirugía y sangrado transvaginal.

Mediante la infusión de líquidos prescritos y la ingesta de líquidos orales de 2000 ML aproximadamente diarios la señora María se mantuvo hidratada.

No se presentaron complicaciones relacionadas con el puerperio que alteraran el volumen normal de líquidos.

Diagnóstico 5

Alteración en la motilidad intestinal relacionado con reposo y efectos de la cirugía manifestado con acumulación de gases intestinales.

Al corroborar el peristaltismo intestinal , éste se encontró aumentado. Abdomen blando sin distensión. Manifestando la señora la expulsión de gases y eliminación de sus molestias.

Diagnóstico 6

Déficit en la higiene personal relacionado con el puerperio inmediato y sudoración manifestado con olor a sudor, a loquios e incomodidad.

La señora logra su independencia para la realización de sus hábitos de higiene personal. Manifiesta comodidad y demuestra aspecto limpio, libre de olores desagradables.

Diagnóstico 7

Potencial riesgo de infección relacionado con cirugía manifestado con incisión quirúrgica en abdomen.

No se presentaron alteraciones en la incisión quirúrgica.

La señora se mantuvo normotérmica.

Diagnóstico 8

Alteración de la ambulación relacionada con disminución del tono muscular y dolor en herida quirúrgica manifestado por debilidad e inseguridad al caminar.

La señora caminó por el pasillo sin ayuda.

7. Plan de Alta.

01/06/00

DIAGNOSTICO.

Potencial riesgo de infección relacionado con cirugía manifestado con incisión quirúrgica en abdomen.

Objetivo.

- ✓ Asegurar la continuidad de los cuidados en casa.
- ✓ Prevenir complicaciones.

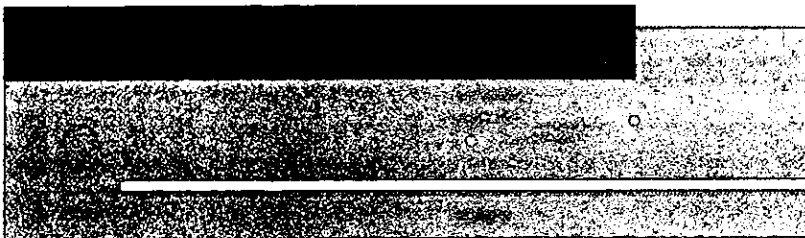
Intervenciones de enfermería.

- ✓ Enseñar a la paciente, los procedimientos de asepsia de la herida y de vendaje abdominal.
- ✓ Orientarla a donde acudir en caso de presentarse alguna complicación.
- ✓ Orientarla a donde y que día acudirá para el retiro de puntos de herida quirúrgica.
- ✓ Responder a las dudas expresadas de la señora.
- ✓ Visita domiciliaria en cuatro días.

Observaciones.

La paciente comunicará la comprensión de la enseñanza.

CONCLUSIONES



CONCLUSIONES.

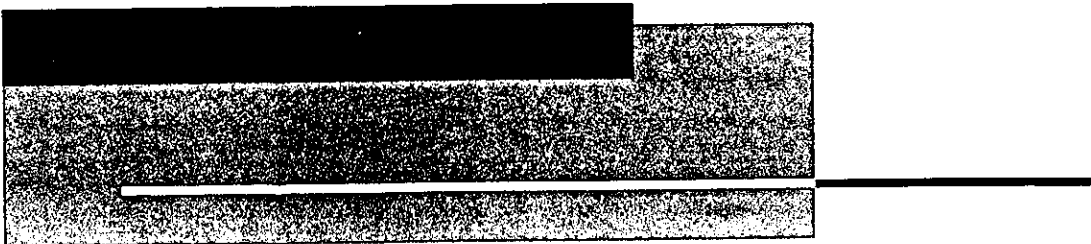
La enfermería ha sido definida como arte y ciencia, por lo tanto se requiere de la investigación y de la utilización de un método enfermero para el mejoramiento de la práctica profesional de enfermería, haciendo los cambios necesarios para dar atención de calidad.

Se comprueba que el proceso de atención de enfermería, es el método adecuado para valorar los problemas de salud. Se logran identificar las necesidades individuales de la persona, se establece una comunicación objetiva con el sujeto objeto de cuidado y su familia, así como una planeación organizada de las actividades de enfermería. Se mantiene mejor coordinación con las enfermeras de otros turnos.

Como experiencia personal pude evidenciar, que atendiendo a varias mujeres que cursaban el puerperio, cada una manifestaba una necesidad diferente. En la etapa de valoración hay un acercamiento individualizado con el paciente, que permite comprender la diversidad de costumbres y creencias, por lo tanto a cada persona se le planea una intervención de enfermería, apropiada que permita satisfacer cada una de las necesidades identificadas.

Me permitió reflexionar y analizar, que con la aplicación del Proceso de Atención de Enfermería la práctica profesional se mejora, adquiriendo experiencia y capacidad en el cuidado de la persona.

SUGERENCIAS



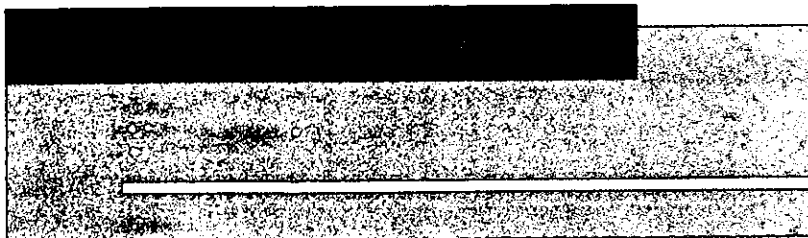
SUGERENCIAS.

Programar dentro de los contenidos temáticos el aspecto teórico-metodológico del proceso de atención de enfermería desde el primer año de estudios de la profesión de enfermería.

Durante la formación como estudiante, la aplicación del proceso de atención de enfermería a un individuo sano o enfermo sea desarrollado con mayor frecuencia, para adquirir la habilidad y destreza en su aplicación.

Que el modelo de atención elegido sea el más acorde a nuestra gente, tomando en cuenta su cultura, creencias y valores.

BIBLIOGRAFIA

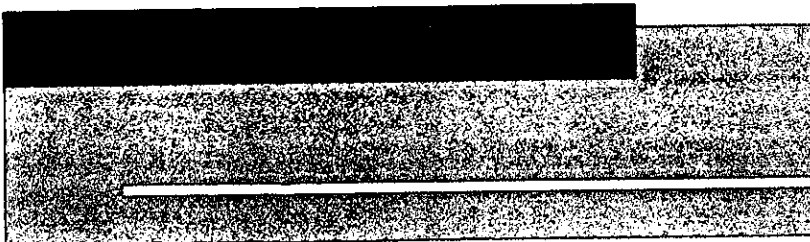


BIBLIOGRAFIA.

- ☞ ALFARO, Rosalinda, **Aplicación del proceso de enfermería**, 2ª edición, Edit. Doyma, Barcelona, España, 1995.
- ☞ ALFARO-LEFEVRE, Rosalinda, **Aplicación del proceso de enfermería**, Guía Práctica, 3ª edición, Edit. Mosby-Doyma, Madrid, 1996.
- ☞ COLLIERE, Marie Francoise, **Promover la vida**, Edit. Interamericana McGraw-Hill, Madrid, 1993.
- ☞ DONAHUE, M. Patricia, **La Enfermería, La condición del arte**, en **Historia de la Enfermería**, Edit. Doyma, Barcelona, 1988.
- ☞ DORIS, Smith Suddarrth y cols., **Enfermería Práctica de Lippincott**, 5ª edición, Edit. Interamericana McGraw-Hill, 1980.
- ☞ FERNANDEZ, Ferrín Carmen, et, al., **El modelo de Henderson y el Proceso de Atención de Enfermería**, Edit. Masson-Salvat, Barcelona, 1995.
- ☞ KEROUAC, Suzane y cols., **El pensamiento enfermero**, Edit. Masson, Barcelona, 1996.
- ☞ KOZIER, Bárbara, et, al., **Introducción a la Enfermería**, en **Enfermería Fundamental I**, Carlos J. Bermejo Ceja y otros, 4ª edición, Edit. Interamericana McGraw-Hill, Madrid, 1993.
- ☞ KOZIER, Bárbara, **Enfermería Fundamental**, Edit. Interamericana, México, 1994.

- ☞ MARRINER, Ann, **Modelos y Teorías de Enfermería**, Edit. Doyma, Madrid, 1996.
- ☞ MONDRAGON, Castro Héctor, **Gineco-obstetricia para Enfermeras**, 1ª edición, Edit. Trillas, México, 1991.
- ☞ N.A.N.D.A., tr. María Teresa Luis Rodrigo, **Diagnósticos de Enfermería de la N.A.N.D.A., Definiciones y Clasificación 1992-1993**, Mosby/Doyma, España, 1994.
- ☞ PHANEUF, Margot, **Las necesidades fundamentales según el enfoque de Virginia Henderson en Cuidados de Enfermería. El Proceso de Atención de Enfermería**, Edit. McGraw-Hill, Madrid, 1993.
- ☞ W., Iyer Patricia y cols., **Proceso y Diagnóstico de Enfermería**, Edit. Interamericana, McGraw-Hill, España, 1997.
- ☞ www.terra.es/personal/eac00002/enferme.htm, **Historia de la Enfermería.**

ANEXOS



ANEXO 1.

FICHA DE IDENTIFICACIÓN.

Nombre: María Camacho Pérez **Edad:** 31 años **Peso:** 57 Kg. **Talla:** 1.54 mts.
Fecha de nacimiento: 26 de marzo de 1969 **Sexo:** femenino **Ocupación:** Supervisora de trabajo educacional.
Escolaridad: Carrera técnica **Fecha de admisión:** 30 de mayo del 2000 **Hora:** 14:00 hrs.
Procedencia: Tuxtla Gutiérrez, Chiapas. **Fuente de información:** Ella misma
Fiabilidad: (1-4): 4 **Miembro de la familia / persona significativa:** ---
Religión: Adventista.

VALORACIÓN DE NECESIDADES HUMANAS.

1.- Necesidades básicas de: oxigenación, nutrición e hidratación, eliminación y termorregulación.

a) Oxigenación.

Subjetivo:

Disnea debido a: No **Tos productiva /seca:** No **Dolor asociado con la respiración:** No **Fumador:** No

Desde cuando fuma / cuantos cigarros al día / varia la cantidad según su estado de emocional: No

Objetivo:

Registro de signos vitales y características: Temperatura 37° C , pulso 76 por minuto, rítmico, respiración 20 por minuto, tensión arterial 110/70

Tos productiva / seca: No **Estado de conciencia:** Consciente

Coloración de piel /lechos ungueales / peribucal: Buena coloración de piel y tegumentos

Circulación del retorno venoso: Sin alteraciones

Otros: -----

b) Nutrición e hidratación.

Subjetivo:

Dieta habitual (tipo): Carnes (excepto de puerco), verduras y frutas (preferentemente papaya), abundantes líquidos **Número de comidas diarias:** 3 y "toma de pozol"

Trastornos digestivos: Hambre relacionado con ayuno, antecedentes de gastritis.

Intolerancia alimentaria / alergias: Presenta dolor en "vesícula" cuando consume alimentos con abundante grasa **Problemas de masticación y deglución:** Ninguna

Objetivo:

Turgencias de la piel: Hidratada y turgente

Membranas mucosas hidratadas / secas: Mucosas hidratadas

Características de uñas / cabello: Uñas limpias, cabello oscuro y largo bien implantado

Funcionamiento neuromuscular y esquelético: Tono muscular disminuido

Aspecto de los dientes y encías: Dentadura completa y encías sin alteraciones.

Heridas, tipo y tiempo de cicatrización: Herida quirúrgica en abdomen reciente.

Otros: _____

c) Eliminación.

Subjetivo:

Hábitos intestinales: Evacua una vez al día **Características de las heces y orina:** Heces de consistencia dura, micciona 3-4 veces al día color amarillo claro

Historia de hemorragias / enfermedades renales / otros: Ninguna

Uso de laxantes: No **Hemorroides:** No

Dolor al defecar / menstruar / orinar: _____

Como influyen las emociones en sus patrones de eliminación: Cuando esta nerviosa se

estriñe

Datos obstétricos:

Menarquia: 15 años **Ritmo:** Cada dos meses antes de casarse y durante el matrimonio cada mes, dismenorrea

IVSA: A los 20 años **Gesta:** III **Partos:** 0 **Abortos:** 0

Cesárea: III **Fecha de última cesárea:** 30 de mayo del 2000

Objetivo:

Abdomen / características: Abdomen ligeramente distendido con presencia de incisión quirúrgica en línea media.

Ruidos intestinales: Disminuidos

Palpación de la vejiga urinaria: Sin alteraciones

Otros: Sangrado transvaginal de moderada cantidad, mamas simétricas aumentadas de tamaño con presencia de secreción láctea

d) Termorregulación.

Subjetivo:

Adaptabilidad a los cambios de temperatura: No le gusta ni el frío ni el calor, pero se adapta

Ejercicio / tipo y frecuencia: No realiza

Temperatura ambiental que le es agradable: Templada

Objetivo:

Características de la piel: Hidratada normotérmica .

Transpiración: Sudoración durante la noche

Condiciones del entorno físico: Buena ventilación, clima caluroso

Otros: Ninguno

2.- Necesidad básica de: moverse y mantener una buena postura, usar prenda de vestir adecuada, higiene y protección de la piel.

a) Mover y mantener una buena postura.

Subjetivo:

Capacidad física cotidiana: En este momento disminuida la capacidad de movilización.

Actividad en el tiempo libre: Realiza manualidades.

Hábitos de descanso: No le da tiempo de descansar

Hábitos de trabajo: De lunes a viernes (6 horas diarias)

Objetivo:

Estado del sistema músculo esquelético / fuerza: Fuerza muscular disminuida

Capacidad muscular tono / resistencia / flexibilidad: Tono muscular disminuido

Posturas: Acostada

Ayuda para la deambulación: Solicita ayuda para u movilización

Dolor con el movimiento: Sí

Presencia de temblores: No Estado de conciencia: Conciente

Estado emocional: Calmada

Otros: _____

b) Descanso y sueño.

Subjetivo:

Horario de descanso: No le da tiempo Horario de sueño: De 22 a 6 horas

Horas de descanso: -- Horas de sueño: 8 horas

Siesta: No. Cuando hace siesña se levanta más cansada e irritada

Ayuda: Ninguna

¿Padece insomnio?: A veces

A qué considera que se deba: A alguna preocupación

¿Se siente descansado al levantarse?: Sí

Objetivo:

Estado mental: ansiedad /estrés / lenguaje: Consciente, calmada, lenguaje coherente

Ojeras: No **Atención:** Sí **Bostezos:** No **Concentración:** Sí

Apatía: No **Cefaleas:** No

Respuestas a los estímulos: Sí

Otros: Dolor por efecto de operación

c) Uso de prendas de vestir adecuadas

Subjetivo:

¿Influye su estado de ánimo para la selección de sus prendas de vestir? Sí, se viste de acuerdo a su edad, gustos y preferencias.

¿Su autoestima es determinante en su modo de vestir? No

¿Sus creencias le impiden vestirse como a usted le gustaría? No

¿Necesita ayuda para la selección de su vestuario?: No

Objetivo:

Viste de acuerdo a su edad: Sí; en este momento viste bata de hospital, pero no le molesta porque sabe que es pasajero.

Capacidad psicomotora para vestirse y desvestirse: Parcialmente disminuida

Vestido incompleto: Sí **Sucio:** Sí **Inadecuados:** No **Otros:** Ninguno

e) Necesidad de higiene y protección de la piel.

Subjetivo:

Frecuencia de aseo: Baño diario y cepillado de dientes después de comer

Momento preferido para el baño: A las 12:00 horas

Cuántas veces se lava los dientes al día: 3 veces

Aseo de manos antes y después de comer: Sí **Después de eliminar:** Sí

¿Tiene creencias personales o religiosas que limiten sus hábitos higiénicos? No

Objetivo:

Aspecto general: Despeinada, sin bañarse, sin accesorios ni maquillaje

Olor corporal: Huele a sudor y a loquios

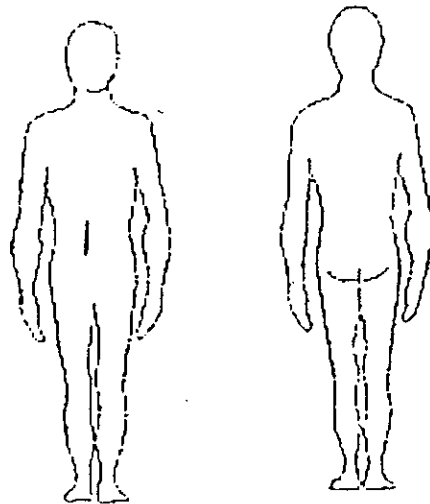
Halitosis: No

Estado del cuero cabelludo: Sin alteraciones

Lesiones dérmicas, que tipo: Herida quirúrgica en abdomen

(Anote su ubicación en el diagrama)

Otros:



d) Necesidad de evitar peligros.

Subjetivo:

Qué miembros componen su familia de pertenencia: Padres, hermano, esposo e hijos

Cómo reacciona ante una situación de urgencia: Trata de calmarse y busca solución.

¿Conoce las medidas de prevención de accidentes?: Sí

En el hogar: Sí

En el trabajo: Sí

¿Realiza controles periódicos de salud recomendados?: Sí

Cómo canaliza las situaciones de tensión en su vida?: Realiza actividad relajante para ella como manualidades

Objetivo:

Deformidades congénitas: Ninguna

Condiciones del ambiente en su hogar: Buena iluminación y ventilación, con todos los servicios intra domiciliarios.

Trabajo: Riesgo de accidente por transporte en el traslado de su casa al trabajo.

Otros: Ninguno.

3.- Necesidades básicas de: comunicación, vivir según sus creencias y valores, trabajar y realizarse, jugar y participar en actividades recreativas o de aprendizaje.

a) Necesidad de comunicarse.

Subjetivo:

Estado civil: Casada **Años de relación:** 10 años **Vive con:** Esposos e hijos.

Preocupaciones / estrés: Ninguna **Familiares:** Padres, hermanos, esposo e hijos

Otras personas que puedan ayudar: Suegros y amigas

Rol en la estructura familiar: Madre

Comunica sus problemas debido a la enfermedad / estado: Si los comunica

Cuanto tiempo pasa sola: “Muy poco tiempo”

Frecuencia de los diferentes contactos sociales en el trabajo: Acostumbra mantener buenas relaciones en su trabajo

Objetivo:

Habla claro: Si **Confusa:** No

Dificultad en la visión: No **Audición:** Buena audición

Comunicación verbal /no verbal con la familia /con otras personas significativas: La acompañan su esposo y madre y se observa buena comunicación.

Otros: Después a la operación cesárea expreso preocupación por el estado de su hijo y manifestó necesidad de comunicación con sus familiares.

b) Necesidad de vivir según sus creencias y sus valores.

Subjetivo:

Creencia religiosa: Practica la religión adventista del séptimo día

¿Sus creencias religiosas le generan conflictos personales? No

Principales valores en su familia: Amor y respeto

Principales valores personales: Responsabilidad y honestidad

¿Es congruente su forma de pensar con su forma de vivir? Si

Objetivo:

Hábitos específicos de vestir (grupo social religioso): Ninguno

¿Permite el contacto físico? Sí

¿Tiene algún objeto indicativo de determinados valores o creencias? Ninguno

Otros: _____

c) Necesidad de Trabajar y realizarse

Subjetivo:

¿Trabaja actualmente? Si **Tipo de trabajo:** Supervisora educacional

Riesgo: Ninguno **Cuánto tiempo le dedica al trabajo:** 6 horas diarias de lunes a viernes

¿Está satisfecho en su trabajo? Si

¿Su remuneración le permite cubrir sus necesidades básicas de la familia? Si

¿Esta satisfecho (a) con el rol que juega? Si

Objetivo:

Estado emocional / calmado / ansioso / enfadado / retraído / temeroso / irritable / inquieto / eufórico: Se observa calmada

Otros: _____

d) Necesidad de jugar y participar en actividades recreativas.

Subjetivo:

Actividades recreativas que realiza en su tiempo libre: Sale a pasear con su familia

¿Las situaciones de estrés influye en la satisfacción de su necesidad? No
¿Existen recursos en su comunidad para la recreación? Si
¿Ha participado en alguna actividad lúdica o recreativa?: Si, en su trabajo e iglesia

Objetivo:

Integridad del sistema neuromuscular: Completa, sin alteraciones
¿Rechaza las actividades recreativas?: No
¿Su estado de ánimo es apático / aburrido / participativo? Es participativo
Otros: _____

e) Necesidad de aprendizaje.

Subjetivo:

Nivel de educación: Trabajadora social
Problemas de aprendizaje: No **Limitaciones cognitivas:** No
Tipo: -----
Preferencias: leer / escribir : Leer
¿Conoce las fuentes de apoyo para el aprendizaje en su comunidad?: Si
¿Sabe cómo utilizar estas fuentes de apoyo? Si
Tiene interés en aprender a resolver problemas de salud? Si
Otros: _____

Objetivo:

Estado del sistema nervioso: Sin alteraciones
Órganos de los sentidos: Sin alteraciones
Estado emocional / ansiedad / dolor: Dolor en herida quirúrgica
Memoria reciente: Recuerda los hechos recientes
Memoria remota: Recuerda hechos pasados
Otras manifestaciones: Ninguna

ANEXO 2 CONCLUSION DIAGNOSTICA DE ENFERMERIA

NECESIDAD	GRADOS DE DEPENDENCIA	DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA
1. Oxigenación	I <input checked="" type="checkbox"/> PD D	
2. Nutrición - hidratación	I PD <input checked="" type="checkbox"/> D	Alteración en la alimentación relacionado con ayuno manifestado por hambre. Riesgo potencial de alteración en el volumen normal de líquidos relacionado con pérdidas durante la cirugía y sangrado trasvaginal.
3. Eliminación	I PD <input checked="" type="checkbox"/> D	Alteración en la motilidad intestinal relacionada con reposo y efectos de la cirugía manifestado con acumulación de gases intestinales.
4. Moverse y mantener una buena postura	I PD <input checked="" type="checkbox"/> D	Alteración de la ambulación relacionado con disminución del tono muscular, dolor en herida quirúrgica manifestado por debilidad o inseguridad al caminar.
5. Descanso y sueño	I PD <input checked="" type="checkbox"/> D	Alteración en la comodidad y patrón de sueño relacionado con dolor en herida quirúrgica manifestado por fascies de dolor y comunicación verbal de la señora.
6. Usar prendas de vestir adecuadas	I <input checked="" type="checkbox"/> PD D	
7. Termorregulación	I <input checked="" type="checkbox"/> PD D	
8. Higiene y protección de la piel	I PD <input checked="" type="checkbox"/> D	Déficit en la higiene personal relacionado con puerperio inmediato y sudoración manifestado con olor a sudor y loquios e incomodidad
9. Evitar peligros	I <input checked="" type="checkbox"/> PD D	

10. <i>Comunicarse</i>	I PD <input checked="" type="checkbox"/> D	Alteración en el estado emocional relacionado con el nuevo miembro de la familia manifestado con expresiones de preocupación.
11. <i>Vivir según sus creencias y valores</i>	I <input checked="" type="checkbox"/> PD D	
12. <i>Trabajar y realizarse</i>	I <input checked="" type="checkbox"/> PD D	
13. <i>Jugar y participar en actividades recreativas</i>	I <input checked="" type="checkbox"/> PD D	
14. <i>Aprendizaje</i>	I <input checked="" type="checkbox"/> PD D	

ANEXO 3
PLAN DE INTERVENCIONES DE ENFERMERIA Y EVALUACION

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA HORA Y FECHA	OBJETIVO	INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	OBSERVACIONES
<p>14:00 horas 30/05/2000</p> <p>Alteración en la comodidad relacionado con dolor en herida quirúrgica manifestado por facies dolorosas y comunicación verbal de la señora</p>	<p>Disminuir el dolor alcanzable.</p>	<p>Tranquilizar a la señora.</p> <p>Administrar analgésicos prescritos</p> <p>Apoyarla en los cambios de posición en su cama</p> <p>Masaje dorsal</p> <p>Promover el descanso</p> <p>Evitar ruidos</p> <p>evitar prender luces innecesariamente</p>	<p>La señora comunicará disminución del dolor</p>

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA HORA Y FECHA	OBJETIVO	INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	OBSERVACIONES
<p>14:00 horas 30/05/2000</p> <p>Alteración en el estado emocional relacionado con el nuevo miembro de la familia manifestado con expresiones de preocupación.</p>	<p>Establecer el vínculo afectivo entre padres e hijos</p>	<p>Permitirle expresar sus sentimientos sobre la experiencia del nacimiento de su hijo</p> <p>Tranquilizarla mediante la información del estado de salud de su hijo</p> <p>Proporcionar a la madre y familiares información oportuna sobre el recién nacido.</p> <p>Permitir lo más pronto posible que la madre y el padre vean a su hijo</p> <p>Apoyar a la madre en la asistencia al recién nacido</p>	<p>La señora María y su esposo establecerán tempranamente el vínculo afectivo con su hijo recién nacido</p>

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA HORA Y FECHA	OBJETIVO	INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	OBSERVACIONES
<p>7 horas 31/05/00</p> <p>Alteración en la alimentación relacionada con ayuno manifestada por hambre.</p>	<p>Restablecer la alimentación normal de la señora en el transcurso de 24 horas.</p>	<p>Iniciar la alimentación en forma progresiva de acuerdo a tolerancia. Iniciar dieta a base de líquidos claros, continuar con una dieta blanda sin grasa ni irritantes y finalmente dar una dieta normal sin grasas ni irritantes</p>	<p>La señora comerá en forma habitual durante el día.</p>
<p>Riesgo potencial de alteración en el volumen normal de líquidos relacionado con pérdida de líquidos durante la cirugía y sangrado transvaginal.</p>	<p>Mantener la hidratación adecuada.</p>	<p>Promover la ingesta de 200 ml. de líquido como mínimo cada dos horas.</p> <p>Valorar involución uterina cada dos horas.</p> <p>Se valorarán signos vitales cada cuatro horas.</p> <p>Se valoran sangrado transvaginal.</p>	<p>La señora se mantendrá hidratada.</p> <p>El utero se mantendrá firme y contraído. La cantidad de loquios disminuirá.</p>

PLAN DE INTERVENCIONES DE ENFERMERIA Y EVALUACIÓN

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA HORA Y FECHA	OBJETIVO	INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	OBSERVACIONES
<p>7 horas 31/05/00</p> <p>Alteración en la motilidad intestinal relacionado con reposo y efectos de la cirugía - manifestada con acumulación de gases en intestino.</p>	<p>Favorecer el peristaltismo</p>	<p>Ingesta de líquidos cada dos horas.</p> <p>Iniciar la ambulación temprana.</p> <p>Enseñar a la señora para que realice movimientos abdominales cada dos horas</p> <p>Enseñar a la señora a que realice ejercicios de flexión y extensión de miembros inferiores estando acostada en su cama.</p>	<p>La señora manifestará la -expulsión de gases intestinales y por lo tanto se comprobará el peristaltismo.</p>

PLAN DE INTERVENCIONES DE ENFERMERIA Y EVALUACION

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA HORA Y FECHA	OBJETIVO	INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	OBSERVACIONES
<p>7 horas 31/05/00</p> <p>Déficit en la higiene personal relacionado con el puerprio inmediato y suduración manifestada con olor a sudor a loquios e incomodidad.</p> <p>Potencial riesgo de infección relacionado con cirugía manifestado con incisión quirúrgica en abdomen</p>	<p>Satisfacer las necesidades de higiene.</p> <p>Prevenir infecciones.</p>	<p>Aseo vulvoperineal por turno.</p> <p>Cambio de toallas sanitarias las veces que sean necesarias.</p> <p>Aseo de los dientes después de cada comida</p> <p>Baño de regadera diario.</p> <p>Cambio de bata y de ropa de cama.</p> <p>Asistiría para peinarse y arreglarse el cabello.</p> <p>Curación de herida quirúrgica diario.</p> <p>Vendaje abdominal.</p> <p>Valorar la temperatura cada 4 horas.</p>	<p>La señora manifestará comodidad y bienestar posterior a las medidas higienicas</p> <p>La señora mantendrá la herida quirúrgica limpia, seca, sin datos de infección.</p>

PLAN DE INTERVENCIONES DE ENFERMERIA Y EVALUACION

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA HORA Y FECHA	OBJETIVO	INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	OBSERVACIONES
<p>7 horas 31/05/00</p> <p>Alteración en la ambulación relacionado con disminución del tono muscular y dolor en herida quirúrgica, manifestada por debilidad e inseguridad al caminar.</p> <p>Alteración en la comodidad y patrón de sueño relacionado con dolor en herida quirúrgica manifestado por fascies dolorosas y comunicación verbal de la señora</p>	<p>Recobrar la actividad de caminar normalmente en el transcurso del día.</p> <p>Incrementar sus horas de sueño</p>	<p>Estimular y enseñar la realización de ejercicios pasivos de miembros inferiores.</p> <p>Promover la movilización temprana fuera de la cama.</p> <p>Asistirla en su primera ambulación.</p> <p>Se promoverá el descanso.</p> <p>Orientar a la señora para la realización de - ejercicios de relajación.</p> <p>Evitar ruidos.</p> <p>Fricción en la espalda con alcohol.</p>	<p>La señora mejorará su tono muscular y caminará sin ayuda</p> <p>La señora comunicará disminución del dolor e incrementará sus horas de sueño</p>

ANEXO 4 REGISTRO DE CUIDADOS DE ENFERMERIA

FECHA	HORA	SIGNOS VITALES				ACTIVIDAD	OBSERVACIONES
		TEMP	R	P	T/A		

ANEXO 5

PLAN DE ALTA

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	OBJETIVO	INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	OBSERVACIONES