



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA



PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

SOBRE

**"CUIDADOS EN EL ADULTO MAYOR
CON DÉFICIT
EN LA ELIMINACIÓN"**

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA**

PRESENTA

Fabiola Abena Orozco

No. CUENTA 9562333-7

ASESORA

Lic. Margarita Cárdenas Jiménez



NOVIEMBRE DE 2000

**Escuela Nacional de
Enfermería y Obstetricia
Coordinación de
Servicio Social**



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

DEDICATORIAS.

A Dios.

Por haberme dado salud,
fuerzas y entendimiento
Para llegar a la culminación
de mi profesión.

A mis padres.

Porque siempre han estado
apoyándome en mis deseos
de superación.

A Ti.

Por impulsarme a seguir
superándome.

Te amo.

A la Lic. Margarita Cárdenas Jiménez.

Por su paciencia y por haberme transmitido
sus conocimientos .Gracias.

A la Escuela Nacional de Enfermería
Y Obstetricia y a las docentes que me
permitieron la superación profesional
por medio del S.U.A.

INDICE

PAG.

INTRODUCCIÓN	1
I.- JUSTIFICACIÓN	6
II.- OBJETIVOS.....	8
III.- METODOLOGÍA	9
IV.- MARCO TEORICO	10
1.- Antecedentes de la Enfermería.....	10
2.- Conceptualización de la Enfermería.....	12
Persona	13
Entorno	14
Salud	14
3.- El Cuidado.....	15
Antecedentes de los cuidados	15
Conceptualización del cuidado	16
4.- Propuesta Teórica.....	17
Antecedentes de Virginia Henderson	17
Postulados Teóricos	19
Conceptos Básicos de Virginia Henderson	21
5.- Proceso Atención de Enfermería.....	36
Antecedentes Históricos del Proceso de Enfermería	36
Componentes del Proceso de Enfermería.	38
Valoración	42
Diagnóstico	49
Planificación	54
Ejecución	63
Evaluación	67
6.- El Proceso Basado en Virginia Henderson.....	72

7.- Características del Adulto	73
V.- APLICACIÓN DEL PROCESO	84
1.- Resumen Valorativo.....	84
2.- Jerarquización de las Necesidades.....	92
3.- Plan de Cuidados.....	95
4.- Registro de los Cuidados de Enfermería.....	105
5.- Evaluación.....	118
6.- Plan de Alta.....	121
VI.- CONCLUSIONES.....	125
VII.- SUGERENCIAS	128
BIBLIOGRAFÍA	129
ANEXOS	132
1.- Formato de valoración. (Vacío)	
2.- Formato de Valoración. (Lleno)	
3.- Cuadro de Conclusión Diagnostica.	
4.- Cuadro del Plan de Cuidados.	
5.- Cuadro de Registro de los cuidados de enfermería.	
6.- Plan de Alta.	

INTRODUCCIÓN

En los últimos años se han producido cambios dinámicos en la práctica de la enfermería, uno de estos cambios es la aplicación del proceso de enfermería, que comprende la investigación profunda y sistemática de un problema dentro de un marco teórico definido.

El profesional de enfermería ha desarrollado instrumentos para una valoración sistemática, categorías para el diagnóstico, estrategias para planear los cuidados, su ejecución y formas de valorar las respuestas de la persona. Paulatinamente, la enfermera está aprendiendo a aplicar los marcos teóricos de referencia a los procesos de atención de enfermería; estos fundamentos teóricos representan la base para el desarrollo del conocimiento de la enfermería.

El Presente Proceso de enfermería esta conformado por la justificación en donde se mencionan los motivos para realizar el proceso como una opción de titulación, objetivos propuestos para la aplicación de este proceso, la metodología que se utilizó así como el horario, los días, las horas y los métodos que se utilizaron para integrar el Marco Teórico.

Dentro del Marco Teórico destacan los Antecedentes históricos de enfermería, así como la conceptualización de Enfermería, persona, salud y cuidado y los antecedentes de este último.

Otro punto es la propuesta teórica de Virginia Henderson en donde se mencionan los antecedentes de esta teórica, los postulados teóricos en donde se hace

hincapié sobre la relación enfermera paciente, la conceptualización de enfermería, persona, salud y entorno y las 14 necesidades básicas que Henderson considera de vital importancia para la salud del individuo.

Además se hace mención del Proceso atención de enfermería en donde se abordan los Antecedentes históricos, los 5 componentes del proceso- valoración, diagnóstico de enfermería, planificación, ejecución y evaluación, los objetivos, características, ventajas y beneficios del proceso de enfermería.

Así mismo se describe el proceso basado en Virginia Henderson en donde también se mencionan las cinco etapas del proceso de enfermería.

También se describen las características del adulto la cual se dividen en 3 etapas: adulto joven, adulto medio y adulto maduro en donde en cada etapa se describen sus características físicas y psicológicas.

El punto más sobresaliente es la aplicación del proceso a un adulto mayor en donde se detalla el resumen valorativo del individuo analizando las 14 necesidades según Virginia Henderson, jerarquizándolas de acuerdo a su orden de importancia, también se hace referencia el plan de cuidados en donde se establecen los objetivos, intervenciones de enfermería y criterios de resultado en cada diagnóstico de enfermería. Además se describe un registro de los cuidados de enfermería realizados por día durante el tiempo que se ejecutó el proceso y la evaluación de los cuidados realizados al individuo en donde se incluyen la respuesta que tuvo este ante los cuidados de enfermería proporcionados.

En otro apartado se hace mención del plan de alta en donde se establecen aquellos cuidados que debe seguir el individuo en su hogar para lograr su

independencia total en aquellas necesidades que quedaron parcialmente satisfechas.

Al final se mencionan las conclusiones y barreras que se tuvieron para implementar el proceso, así como las sugerencias y la bibliografía que se utilizó para su elaboración.

Por ultimo los anexos en donde se incluyen aquellos formatos que se utilizaron para la realización del proceso, como el formato de valoración lleno y vacío, el cuadro de conclusión diagnóstica, el cuadro del plan de cuidados y el plan de alta.

I.-JUSTIFICACION

El proceso de enfermería es un método sistemático que proporciona a las personas cuidados personalizados en cualquier estado, tiene como objetivo identificar las necesidades de salud en un individuo, familia y comunidad ofreciendo cuidados de enfermería que aceleren la solución de los problemas maximizando las oportunidades y recursos; siendo los cuidados, las acciones de enfermería que sirven de base para desarrollar las capacidades físicas afectivas, mentales y sociales del individuo para asegurar la continuidad de la vida, en donde la persona es considerada como individuo y como miembro de una unidad social formada por la familia (Colliere, 1996).

La estructura flexible del proceso proporciona un marco de trabajo que permite al profesional de enfermería identificar y satisfacer las necesidades de la persona en todos los campos de la asistencia sanitaria.

Actualmente se ha observado que en nuestros centros de trabajo el personal de enfermería no utiliza el Proceso como una guía que sirva de modelo para el cuidado a la persona, lo cual hace que nuestra labor como enfermeras sea rutinaria.

Es por eso que elegí el Proceso de Enfermería como una opción de titulación ya que su aplicación me ayudó a organizar mi trabajo e incrementar mis conocimientos sobre la elaboración de éste y tener la habilidad y seguridad de ofrecer al individuo cuidados eficaces y eficientes a través de cuidados que ayuden

a la persona a promover, mantener y conservar la salud o lograr una muerte tranquila.

Así mismo la elaboración del Proceso de Enfermería a un adulto mayor con déficit en la eliminación me hizo más sabedora sobre los cuidados de enfermería que necesitan estas personas para mantener su salud.

II.-OBJETIVOS

- 1.-.- Proporcionar cuidado integral de enfermería al adulto mayor con déficit en la eliminación.

2. - Satisfacer las necesidades de salud de la persona para mantener su equilibrio desde un enfoque holístico.

- 3 - Ayudar a la persona a recuperar y / o conservar su independencia lo más rápidamente posible.

III.-METODOLOGIA

El presente Proceso de Enfermería basado en las 14 necesidades básicas de Virginia Henderson se aplicó a un adulto mayor con déficit en la eliminación y se llevo a cabo en el Hospital General " Dr. Belisario Domínguez " ISSSTE de Tuxtla Gutiérrez en el Servicio de Medicina Interna del 04 de junio al 20 junio del 2000 de Lunes a Domingo, dos horas diarias de las 11:00 a las 13:00 horas, a partir de que el adulto mayor es seleccionado hasta su egreso del servicio, sumando un total de 34 horas.

En el transcurso de la elaboración del Proceso se realizo una investigación bibliográfica completa donde posteriormente se elaboraron fichas bibliográficas las cuales fueron utilizadas para integrar el Marco Teórico que sustenta dicho trabajo.

Durante la aplicación del Proceso de Enfermería se tuvo una comunicación estrecha con el personal de enfermería de los diferentes turnos que labora en dicho servicio con el objetivo de ejecutar y evaluar el plan de cuidados, esta comunicación se realizó en forma verbal y escrita a través del plan de cuidados y de la hoja de Enfermería.

IV.-MARCO TEORICO

1.-Antecedentes de la Enfermería.

Asegurar la continuidad de la vida y enfrentarse a la muerte son las dos orientaciones por las que surgen todas las practicas de cuidados desde la concepción hasta el nacimiento, giran alrededor de la mujer quienes se dedicaban a los cuidados de los niños, de los enfermos y los moribundos. La base de los cuidados desarrollados por las mujeres a lo largo de la evolución de la historia han sido los cuidados corporales y la experiencia de las practicas alimentarias desde el origen de las plantas hasta nuestros días.

Los cuidados de la mujer eran proporcionados con mas intensidad durante algunos periodos de la vida como la infancia y acontecimientos como la maternidad, el nacimiento, la enfermedad y la vejez así como los cuidados a la belleza y cuidados corporales que abarcaban todo lo concerniente a proteger y mantener el cuerpo en un entorno sano. El reconocimiento del valor social de los cuidados proporcionados por mujeres se basa en la fama de su experiencia vivida en su propio cuerpo. El valor social de los cuidados identificados en la mujer sanadora, es comprender el significado simbólico que ha guiado las practicas de las mujeres durante milenios, los cuidados se dirigen al cuerpo globalmente, ya que no podría estar separado del espíritu, enlazado a todo el universo. (Colliere, 1993)

La mujer consagrada surge cuando las mujeres vírgenes al no tener la carga de un hogar junto con las viudas, van a dedicar su tiempo a los pobres y desgraciados, lo que poco a poco se convertirían en diaconisas, pero con la consolidación monástica fueron desapareciendo progresivamente las cuales a partir del siglo VI

al XVI no tuvieron sucesoras: A finales del siglo XI nacieron algunas agrupaciones de mujeres, que sin pronunciar votos formaban pequeñas comunidades y prodigaban sus servicios entre los humildes y los pobres. Las hermanas de la caridad son las que introducen la medicina y las farmacias, son las grandes proveedoras de cuidados a domicilio hasta la aparición de las primeras enfermeras liberales en los años cincuenta. (Bernal, 1996)

Antes de la Reforma Protestante del siglo XVI, los hospitales estaban bajo la dirección de la Iglesia Católica. A principios de 1517 el interés por la iglesia y la religión disminuyó provocando el nacimiento del "Periodo Oscuro" de la Enfermería finalizando este a medida del siglo XX. (Kozier, 1993).

Con la desacralización progresiva del poder político que dio lugar a la separación de la Iglesia y el Estado aparece el personaje de la Enfermera tal y como se forjó desde finales del siglo XIX hasta los últimos años, imprimiendo su imagen a la aplicación de los cuidados. Basa toda su práctica profesional en los valores morales y religiosos de la mujer consagrada, los cuidados se van a centrar en la enfermedad.

El campo de las actividades médicas se amplía y se utilizan técnicas cada vez más elaboradas hasta el punto de que el médico necesita delegar poco a poco las tareas rutinarias que tenían costumbre de realizar. Gracias al trabajo de la enfermería y por este trabajo, el médico puede curar a los enfermos, no solo cuidando de que se sigan sus prescripciones y de que se efectúe una vigilancia del tratamiento, sino simplemente porque el trabajo de enfermería garantiza una respuesta cotidiana a las necesidades vitales de los enfermos.

El reconocimiento del valor económico de los cuidados de la enfermera mantiene la mayoría de las veces su carácter gratuito, hasta la segunda guerra mundial; la enfermera recibía una remuneración de especies a cambio de su trabajo, comida, vestido y vivienda. (Bernal, 1996).

La profesión de la enfermera ha tenido cambios importantes durante el siglo XX. El descubrimiento de nuevos fármacos, nuevas técnicas y tecnología ha incrementado las actividades y responsabilidades de la enfermería y ha obligado a introducir modificaciones en los cuidados.(Donahue, 1966).

La práctica profesional de la enfermería en México, ha sido predominantemente hospitalaria, enfocada a lo biológico, lo curativo, a la realización de procedimientos derivados del tratamiento y de la tecnología médica; el pensar en una práctica alternativa implica que se oriente hacia el entorno de la persona, es decir, el hogar, centros de trabajo, centros escolares, deportivos y en los sitios donde la persona acude a atender su salud, consultorios de enfermería, clínicas, centros comunitarios, de salud y hospitales; centrarse en el cuidado de los individuos con una visión integral tendiente a proteger y mantener la salud, respetar los sentimientos y los derechos de la persona que cuida, basado en un cuerpo teórico disciplinario y con el desarrollo de tecnologías tendientes a resolver problemas de salud de manera independiente y participar con otros profesionales de la salud en el análisis y planeación de programas orientados a la promoción de la salud y de la vida. (Cárdenas,12)

2.- Conceptualización de la Enfermería.

Florencia Nightingale considerada como la Primera Enfermera Teórica definió a la **Enfermería** como la educación sobre el entorno del paciente para ayudarlo en su recuperación, logró que la enfermería se convirtiera en una profesión respetada, trabajó a favor de la educación del pueblo, enseñando a tomar medidas sanitarias

y a evitar enfermedades provocadas por las malas condiciones de las ciudades. También se le considera como la Primera Investigadora de Enfermería porque fue extraordinariamente eficaz e ingeniosa en su habilidad para recopilar y analizar los datos. Elevó a la enfermería al status de profesión, creía en la prevención y en la necesidad de un ambiente fresco, agua potable, medicación adecuada, paz, movilidad y el conocimiento para que el cliente cuidara de sí mismo. Fundó la Escuela de Enfermería en el Santo Tomas Hospital de Londres que fue el primer centro que desarrollo un Programa de Formación para Enfermeras y colaboró en la creación de la 1ra. Organización de Atención Domiciliaria. (Kozier,1993)

Persona.

Nightingale se refiere a la **persona** como paciente, considera que el paciente esta influido por la enfermera o por el entorno. El paciente es pasivo y no parece que influya en la enfermera o en el entorno.

Su gran teoría se centra en el **entorno**. Los conceptos principales de ventilación, calor, luz, dieta, limpieza y ruido, están incluidos en el entorno, consideraba que los ambientes saludables eran necesarios para administrar correctamente los cuidados de enfermería. La ventilación, es el aspecto del entorno más importante, ya que la enfermera debía mantener el aire que el paciente respiraba tan puro como el exterior, sin que el paciente tuviera frío, opinaba que un constante aporte de aire fresco era el principio más importante de la enfermería. La iluminación era otro elemento de la asistencia de enfermería que Nightingale consideraba importante porque creía firmemente en los aspectos benéficos de la luz solar directa. En la necesidad de limpieza consideraba que las alfombras y las paredes sucias contenían una cantidad importante de materia orgánica así como las sábanas y camas sucias, también creía que la falta de lavado de la piel interfería en el proceso de curación y que el lavado eliminaba del medio la materia nociva, siendo las enfermeras las que debían lavarse las manos con mayor frecuencia y mantener a sus pacientes muy limpios. En la necesidad de calor Nightingale creía que la enfermera debe vigilar constantemente la temperatura corporal del paciente

mediante la palpación de las extremidades para prevenir los efectos de la pérdida del calor. El ruido era otro elemento del entorno, para ella el ruido innecesario o el que crea expectación es el que perjudica al paciente, afirmaba que si persistía el ruido, podía dificultarse la recuperación del paciente, incluso con una asistencia de enfermería adecuada con una buena ventilación. Consideraba la dieta del paciente como un elemento del entorno que la enfermera no solo debe valorar la cantidad de alimentos, sino también aquellos alimentos idóneos y sus efectos en el paciente, las cualidades que deben distinguir a una buena enfermera para evitar que el paciente se muera de hambre son la observación, la habilidad y la perseverancia. (Marriner, 1996)

Salud.

Nightingale definió a la **salud** como el Estado de bienestar en el que se aprovechan al máximo todas nuestras energías. Además considera a la enfermedad como un proceso reparativo que la naturaleza ha instituido entre una falta de cuidado. Se imaginaba que la salud se mantenía mediante la prevención de la enfermedad a través de factores saludables del entorno, a esto denominó Enfermería de la Salud. (Marriner, 1996)

Por su parte Dorothea Orem conceptualiza a la **persona** como un ser que funciona biológica, simbólica y socialmente y que presenta exigencias de autocuidado universales, de desarrollo y ligados a desviaciones de la salud.

Para Orem el **entorno** son todos los factores externos que afectan el autocuidado o el ejercicio de autocuidados.

La salud es el estado de ser completo e integrado en sus diferentes componentes y modos de funcionamiento. (Kérouac, 1995)

En conclusión Nigthingale decía que los cuidados están basados no solamente en la compasión, sino también en la observación, la experiencia y que los cuidados iban dirigidos tanto a personas sanas como enfermas independientemente de las diferencias biológicas, clase económica, creencias y enfermedades; mencionaba que la preocupación de la enfermera que esta al lado de los enfermos consistía en proporcionar a este un entorno agradable para que el enfermo pudiera recuperar su salud lo antes posible.

Mientras que Orem, sostiene que los cuidados representan un servicio especializado que se distingue de los otros servicios de salud ofrecidos porque esta centrado sobre las personas que tienen incapacidades para ejercer el autocuidado, es decir de aquellos cuidados que son aprendidos en su contexto sociocultural, utiliza cinco modos de asistencia: actuar, guiar, apoyar, procurar un entorno que favorezca el desarrollo de la persona y enseñar.

3.- El Cuidado.

Antecedentes de los Cuidados.

La historia de los cuidados, que comienza con la historia de las especies vivas, surge con la aparición del Linaje Homo, que los etnopaleontólogos remontan a cinco o seis millones de años. Esta historia se construye fundamentalmente en torno a la permanente preocupación de asegurar la continuidad de la vida.

(Colliere, 1993)

Los hombres como todos los seres vivos han tenido siempre la necesidad de cuidados, porque cuidar es un acto de vida que tiene por objetivo, permitir que la vida continúe y se desarrolle y de ese modo, luchar contra la muerte del individuo, la muerte del grupo, la muerte de la especie. (Colliere, 1993)

Durante años los cuidados no fueron propios de un oficio y aún menos de una profesión, eran los actos de cualquier persona que ayudaba a otra a asegurarle todo lo necesario para continuar su vida. (Colliere, 1993). Los cuidados son universales, todos aparecen y se elaboran alrededor de dos grandes momentos de la vida que son el nacimiento y la muerte. Cuidar es un arte que precede a todos los demás, sin el cual no sería posible existir, iniciando por las comadronas desde los albores de la humanidad, fue el origen de los primeros conocimientos y la matriz de todas las culturas. En el curso de la historia de la humanidad, los cuidados están relacionados con la necesidad de favorecer la fecundidad y de asegurar la continuidad de la vida mientras que los tratamientos responden a la lucha contra la enfermedad, y así a la lucha contra la muerte. El objetivo de los cuidados es todo lo que ayuda a vivir y permite existir. Para Florencia Nightingale cuidar es acompañar las grandes etapas de la vida.

- Los tratamientos se dirigen a la enfermedad y a los efectos nocivos que la causan, para que sean eficaces es necesario que vayan acompañados de cuidados.
- Se puede vivir sin tratamientos, pero no se puede vivir sin cuidados.
- Curar no puede reemplazar a cuidar (Colliere, 1993)

El **cuidado** se concibe como un 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, 1996)

4.-Propuesta Teórica.

4.1.- Antecedentes de Virginia Henderson.

Virginia Henderson nació en 1897, oriunda de Kansas City, Missouri, pasó su infancia y adolescencia en Virginia. Durante la Primera Guerra Mundial, desarrolló su interés por la enfermería, y en 1918 ingresó en la Army School of Nursing de Washington D.C. se graduó en 1921, aceptando un 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 trabaja como supervisora de enfermería en el Strong Memorial Hospital de Rochester, Nueva York, vuelve al Teacher's College en 1930 como miembro de la facultad, impartiendo cursos sobre el proceso analítico en enfermería y sobre el ejercicio profesional hasta 1948. (Marriner:1996)

Durante su estancia en el Teacher's College, rescribió la cuarta edición de la obra de Berta Harmer, *Textbook of the Principles and practice of Nursing*, siendo publicada esta edición en 1939. La quinta edición se publicó en 1955 y contenía la definición de Henderson sobre la enfermería. Ha trabajado en asociación con la Universidad de Yale desde el inicio de la década de los 50, desarrollando una gran labor de investigación sobre enfermería a través de esta asociación. 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 enfermería desde 1900 a 1959. Su folleto, *Basic Principles of Nursing Care*, fue publicado por el *International Council of Nurses* 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 elaborada conjuntamente con Gladys Nite, siendo editado por Henderson. Este libro de texto se ha tomado como referencia para los

planes de estudio de muchas escuelas de enfermería, habiéndose traducido a más de 25 idiomas. Por su influencia y los logros conseguidos en la profesión de enfermería le han otorgado por lo menos nueve investiduras como Doctor Honoris causa y el primer premio Christiane Reimann, el Premio Mary Adelaide Nutting de la U.S. National League for Nursing, fue socia honoraria de la Association of Integrated and Degree Courses in Nursing de Londres y socia honoraria del Royal College of Nursing de Inglaterra. En 1983 recibió de Sigma Theta Tau International el Premio Mary Tolle Wright Founders a la dirección, uno de los mayores galardones de esta sociedad honorífica.

Henderson publicó por primera vez su definición de la enfermería en la revisión que en 1955 hizo junto con Harmer de la obra *The principles and Practice of Nursing*. En la decisión de Henderson de crear su propia definición de la enfermería influyeron principalmente tres factores; en primer lugar en 1939 revisó el *Textbook of principles and Practice of Nursing* lo cual ve el origen de su percepción de <<la necesidad de aclarar las funciones de la enfermera>>. En segundo lugar fue su participación como miembro de un comité en una conferencia regional del National Nursing Council en 1946. Finalmente, Henderson se interesó por los cinco años de investigación 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)

Henderson incorporó principios fisiológicos y psicológicos a su concepto personal de la enfermería afirmando que <<era obvio que el equilibrio emocional es inseparable del equilibrio fisiológico una vez que comprendí que una emoción es en realidad nuestra interpretación de la respuesta celular a las fluctuaciones de la composición química de los fluidos intercelulares>>. Se observa una correlación

entre la Jerarquía de Necesidades de Abraham Maslow y los 14 componentes psicosociales, describe su teoría de la motivación humana en la sexta edición del Principles and Practice of Nursing Care de 1978. (Marriner:1996)

4.2.-Postulados Teóricos.

Para Virginia Henderson existen tres relaciones importantes:

La relación Enfermera-Paciente.

En esta relación se pueden identificar tres niveles que varían desde una relación muy dependiente a otra marcadamente independiente 1) la enfermera como un sustituto de algo necesario para el paciente; 2) la enfermera como ayuda para el paciente, y 3) la enfermera como compañera del paciente. En caso de enfermedad grave, la enfermera está considerada como un sustituto de lo que el paciente carece para considerarle completo, íntegro o independiente, por la ausencia de fuerza física, voluntad o conocimiento. (Marriner:1996)

Durante la convalecencia, la enfermera ayuda al paciente a adquirir o recuperar su independencia. Henderson afirma que la "independencia es un término relativo. Ninguno de nosotros es independiente de los demás, aunque luchamos por una interdependencia sana, no por una dependencia enferma".

La enfermera debe ser capaz de apreciar no sólo las necesidades del paciente sino también las circunstancias y estados patológicos que las alteran. Henderson dice que "la enfermera debe estar en la piel de cada paciente para saber lo que necesita". La enfermera puede modificar el entorno en lo que considere necesario. Henderson opina que "en los casos en que las enfermeras conocen las reacciones fisiológicas y psicológicas a la temperatura y humedad, luz y calor, presión

atmosférica, olores, ruidos, impurezas químicas y microorganismos, pueden organizar y hacer el mejor uso de los medios de los que se dispone”.

La enfermera y el paciente siempre trabajan con un objetivo, sea éste la independencia o una muerte tranquila. Una de las metas de la enfermera debe ser que el día del paciente transcurra “con la mayor normalidad posible”.

La relación Enfermera-Médico.

Henderson insiste en que la enfermera tiene una función única, distinta de la de los médicos. El plan de cuidados , elaborado por la enfermera junto con el paciente, se debe llevar a cabo de forma que facilite el plan terapéutico prescrito por el médico. Subraya que las enfermeras no siguen las órdenes de los médicos, ya que “cuestiona una filosofía que permita al médico dar órdenes a los pacientes o a los profesionales sanitarios”. (Marriner:1996)

La enfermera como miembro del equipo sanitario.

La enfermera trabaja en interdependencia con otros profesionales sanitarios. La enfermera y los demás miembros del equipo, se ayudan mutuamente a realizar el conjunto del programa de asistencia, desarrollando cada uno su trabajo. Henderson nos recuerda que “nadie del equipo debe hacer tales exigencias a los demás miembros, que alguno de ellos sea incapaz de realizar su función específica”.

4.3.-Conceptos Básicos del Modelo de Virginia Henderson.

Define a la **Enfermería** como: la única función de una enfermera es ayudar al individuo, enfermo o sano, en la realización de aquellas actividades que contribuyan a la salud o a su recuperación. (o a una muerte tranquila), y que él realizaría sin ayuda si tuviera la fuerza, voluntad o conocimientos necesarios. Y hacer esto de tal forma que le ayude a ser independiente lo antes posible (Marriner, 1996)

Considera a la **persona** como un individuo que se configura como un ser humano único y complejo con componentes biológicos, psicológicos socioculturales y espirituales, que tiene 14 Necesidades Básicas o requisitos que debe satisfacer para mantener su integridad física y psicológica y promover su desarrollo y crecimiento. (Fernández, 1995)

La **salud** es la capacidad de actuar de forma independiente en relación con las 14 necesidades fundamentales.

El **cuidado** según Henderson es la 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. El **entorno** son los factores externos que actúan de forma positiva o negativa. (Kérouac, 1996)

Cada una de las 14 Necesidades básicas comprenden 4 dimensiones en donde existen factores que influyen en la satisfacción de estas necesidades en una persona y son la dimensión Biofisiológica, Psicológica, Sociológica y Cultural, Espiritual.

1.-Necesidad de Oxigenación.

Biofisiológica:

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

Psicológica:

- * Ansiedad y estrés.

Sociológica:

- * Entorno: polución, tabaquismo. Estilo de vida, deportes al aire libre, ejercicio, aireación y humedad de los lugares, latitud.

Cultural, Espiritual:

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

2.-Necesidad de Nutrición e hidratación.

Biofisiológica:

- * 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. (Phaneuf, 1993)

Psicológica:

- * Ansiedad, anorexia, polifagia de origen nervioso. Estado afectivo y utilización de los mecanismos de defensa; compensación, sublimación y miedo.

* Gratificación, hábitos personales relacionados con la absorción de alimentos o de bebidas alcohólicas.

* Imagen corporal deseada.

* Repulso a ciertos alimentos.

Sociológica:

* 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 imponen el trabajo: bocadillos, comidas en restaurante, soledad.

* Organización del domicilio.

Cultural, Espiritual:

* Restricciones religiosas, ayunos, costumbres familiares.

3.-Necesidad de Eliminación.

Biofisiológica:

* Capacidad de eliminación urinaria, intestinal, etc. (sudor, lagrimas, menstruaciones y etc.)

* Alteraciones físicas o psicológicas, inmadurez, envejecimiento, ciclo de eliminación y ciclo de menstruaciones.

* Dependencia física de los laxantes.

* Alimentación.

* Equilibrio Hormonal.

Psicológica:

* Ansiedad, estrés, repulsiones.

* Hábitos de higiene personal y de eliminación.

* Actitud frente a la eliminación y la menstruación.

- * Intimidad.
- * Dependencia psicológica de los laxantes. (Phaneuf, 1993)

Sociológica:

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

Cultural, Espiritual:

- * Valor que se da a la higiene en determinadas culturas.

4.-Necesidad de Moverse y mantener una buena postura.

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 cloruro de sodio.

Psicológica:

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

Sociológica:

- * Organización de los deportes y de los lugares de ejercicio.
- * Condiciones de trabajo inadecuados. (Phaneuf, 1993)

Cultural, Espiritual:

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

5.-Necesidad de Descanso y sueño.

Biofisiológica:

- * Capacidad de distenderse.
- * Número de horas de reposo, según la edad y las necesidades del organismo.
- * Tendencia al insomnio o al hiperinsomnio.
- * Dolor, prurito.
- * Falta de confort. Enfermedad.

Psicológica:

- * 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.

Sociológica:

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

Del 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. (Phaneuf, 1993)

6.- Necesidad de usar prendas de vestir adecuadas.

Biofisiológica:

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

Estado fisiológico:

- * Gordura, embarazo.

Psicológica:

- * Estado de conciencia.
- * Importancia que se le da al vestido y a la apariencia personal, desgana, pudor.
- * Preferencias en el vestir.
- * Conformismo o ausencia de conformismo en adaptarse a las modas.

Sociológica:

- * 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.) (Phaneuf, 1993)

7.-Necesidad de Termorregulación.

Biofisiológica

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

Psicológica:

- * Elevación térmica debida al nerviosismo o al estrés.

Sociológica.

Entorno:

- * Clima.
- * 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.

Biofisiológica:

- * Capacidad física para atender a sus propios cuidados, movilidad, fuerza física.
- * Integridad de los tegumentos y faéneras.

* Madurez psicomotriz o envejecimiento.

Psicológica:

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

Sociológica:

- * Salubridad del medio de vida y de trabajo.
- * Instalaciones sanitarias, baños. (Phaneuf, 1993)

Cultural, Espiritual:

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

9.-Necesidad de evitar los peligros.

Biofisiológica.

- * Límites sensoriales; vista, oído.
- Desequilibrio. Inmunidad.
- Inflamación. Infección / contaminación.
- * Prevención de la enfermedad y de los accidentes.
- * Modificación del esquema corporal, automutilación, 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.
- * Ideas suicidas
- * Utilización de técnicas de relajación.

Sociológica:

- * 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. (Phaneuf,1993)

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 culturas "Mito del héroe".
- * Forma de ver la enfermedad mental.
- * Disciplina de vida para mantener el propio equilibrio.

10.-Necesidad de Comunicarse.

Biofisiológica:

- * Capacidad física para relacionarse con los otros: vista, oído, tacto, fonación.
- Débito verbal.
- * Integridad de los órganos sexuales. Capacidad para 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. (Phaneuf,1993)

Sociológica:

- * 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.

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.

Sociológica:

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

Cultural Espiritual:

- * Pertenencia a una religión, o adhesión a una filosofía.
- * Misticismo, ascetismo. (Phaneuf,1993)

12.-Necesidad de Trabajar y realizarse.

Biofisiológica:

- * 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.

Sociológica:

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

Cultural, Espiritual:

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

13.-Necesidad de Jugar / Participar en actividades recreativas.

Biofisiológica:

- * Capacidad de movimientos.

* Integridad de los sentidos, del sistema nervioso y del sistema músculo esquelético.

* Dolor, fuerza física.

Psicológica:

* 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. (Phaneuf, 1993)

Sociológica:

* 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.

Biofisiológica:

* Capacidad funcional del cerebro, del sistema nervioso y de lo sentidos (vista, oído).

* Senilidad o inmadurez.

* Enfermedad aguda.

* Dolor.

Psicológica:

* Estado de conciencia.

* Capacidad intelectual.

Perturbaciones del pensamiento (juicio, memoria).

* Ansiedad.

* Educación (leer, escribir).

* Periodo de adaptación a la enfermedad. (Phaneuf, 1993)

Sociológica:

* 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)

Henderson no especifica una definición propia sobre la salud, pero considera a la **salud** en función de la capacidad del paciente para realizar sin ayuda los 14 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 ", (Marriner,1996) 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".

Falta de fuerza. Es la capacidad del individuo para llevar a término las acciones pertinentes a la situación, lo cual vendrá determinado por el estado emocional, estado de las funciones psíquicas, capacidad intelectual.

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

Falta de voluntad, se entiende como la incapacidad o limitación de la persona para comprometerse en una decisión adecuada a la situación y en la ejecución y mantenimiento de las acciones oportunas para satisfacer las 14 necesidades.

Los **Cuidados Básicos** son conceptualizados como acciones que lleva a cabo la enfermera en el desarrollo de su función propia, actuando según criterios de suplencia o ayuda, según el nivel de dependencia identificado en la persona.

Están íntimamente relacionados con el concepto de Necesidades Básicas descrito anteriormente, en el sentido de que, tal como afirma Henderson " los cuidados básicos de enfermería considerados como un servicio derivado del análisis de las necesidades humana, son universalmente los mismos, porque todos tenemos necesidades comunes; sin embargo, varían constantemente porque cada persona interpreta a su manera estas necesidades. En otras palabras la enfermería se compone de los mismos elementos identificables, pero éstos se han de adaptar a las modalidades y a la idiosincrasia de cada persona". (Fernández, 1995)

No hay una definición propia del entorno. Según el Webster's New Collegiate Dictionary, en 1961, que define el **entorno** como "el conjunto de todas las

condiciones e influencias exteriores que afectan a la vida y al desarrollo de un organismo". (Marriner,1996)

5.-Proceso Atención de Enfermería.

5.1.- Antecedentes Históricos del Proceso de Enfermería.

El término Proceso de Enfermería fue introducido por primera vez por Lidia Hall en 1955. Durante finales de los años 50 y principios de los 60, Dorothy Johnson (1959), Ida Orlando (1961) y Ernestine Wiedenbach (1963) introdujeron un modelo de proceso de enfermería que constaba de tres pasos. En 1966, Virginia Henderson identificó las acciones de enfermería básicas como funciones independientes y afirmó que el proceso de enfermería utiliza los mismos pasos que el método científico. En 1967, Lois Knowles presentó un modelo de proceso que llamó las <<cinco D>>: descubrir (discover), investigar (delve), decidir (decide), hacer (do) y distinguir (discriminate) (Perry, 1982). En 1967, la Western Interstate Comisión of Higher Education (WICHE) y la Catholic University of America, estudiaron el proceso de enfermería. La WICHE elaboró una lista de los pasos del proceso, como percepción y comunicación, interpretación , actuación (o intervención) y evaluación . El profesorado de la Catholic University of America dividió el proceso de enfermería en cuatro fases: valoración, planificación actuación y evaluación (Yura y Walsh, 1983).

En 1969, Dolores Little y Doris Carnevali utilizaron un proceso de cuatro pasos que combinaba la valoración de la salud y la denominación del problema en el primer paso. En 1973, Kristine Gebbie y Mary Ann Lavin de la St. Louis University School of Nursing, iniciaron conferencias nacionales sobre la clasificación de los diagnósticos de enfermería (Gebbie, Lavin, 1975). Además, educadores de enfermería y clínicos comenzaron a utilizar el modelo de proceso de cinco pasos de forma habitual. Desde 1973, han tenido lugar conferencias sobre la clasificación de los diagnósticos de enfermería cada 2 años. (Gauntle, 1995)

También en 1973, la American Nurses Association (ANA) publicó los Standards of Nursing Practice, en los que se describe el modelo de proceso de enfermería de

cinco pasos (ANA,1973). En la publicación de 1980 A Social Policy Statement (ANA, 1980,) se documentaba un mayor compromiso de la ANA con el modelo de los cinco pasos, lo cual convirtió a este modelo en el patrón para la práctica de la enfermería profesional. La revisión de los Standards of Clinical Nursing Practice de la ANA de 1991, continúa utilizando el modelo de los cinco pasos (ANA,1991).

En 1982, se revisaron los exámenes del tribunal estatal profesional (NCLEX) para incluir al proceso de enfermería como uno de los conceptos sobre organización necesarios para la práctica competente de enfermería.

La Joint Comisión on Accreditation of Health Care Organizations (JCAHO) continúa exigiendo el proceso de enfermería como medio de documentación de todas las fases de cuidados del paciente (JCAHO,1994). El proceso de enfermería continúa siendo incorporado a las políticas y prácticas de acreditados hospitales.

En 1973, los Standards of Nursing Practice de la American Nurse's Association formalizaron los diagnósticos y tratamientos de las respuestas humanas a la enfermedad. Cuando se aceptó que entre las funciones del personal de enfermería estaban el diagnóstico y el tratamiento de los problemas de salud y enfermedad, se desarrolló una clasificación o taxonomía de las respuestas humanas que constituyen el campo de la enfermería.

En 1973, la First National Conference for Classification of Nursing Diagnosis coordinó los esfuerzos nacionales para desarrollar un sistema de clasificación normalizada. (Gauntle,1995)

De la reunión de 1973, surgió la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA). Las reuniones bianuales de la NANDA continúan perfeccionando y desarrollando los diagnósticos de enfermería. Las listas de diagnósticos de enfermería aprobados están sujetas a revisión y a perfeccionamiento en esas reuniones como parte del esfuerzo nacional para aclarar la taxonomía del diagnóstico de enfermería.

En 1987, la NANDA adoptó la Taxonomía 1, en la que se clasificaba a cada diagnóstico de enfermería en uno de nueve patrones de respuesta humana. En la actualidad, la taxonomía completa consiste en una definición de cada término diagnóstico, acompañada de un listado con los factores relacionados, las características definitorias identificadas, los resultados deseados, las actuaciones prioritarias y la documentación recomendada. La taxonomía de los términos de diagnósticos de enfermería proporciona un conjunto de información clínica interrelacionada que guía la valoración, planificación, actuaciones y valoración de aplicaciones del proceso de enfermería a las situaciones asistenciales de los pacientes.

Los diagnósticos de enfermería han evolucionado desde un concepto vago a una terminología y una clasificación normalizadas sujetas a una rigurosa investigación para su valoración y convalidación. En la actualidad, la NANDA ha identificado más de 60 diagnósticos de enfermería y otros están siendo comprobados y evaluados. (Gauntle, 1995)

5.2.- Componentes del Proceso de Enfermería.

El proceso de enfermería es un método sistemático y organizado para brindar cuidados eficaces y eficientes orientados al logro de objetivos. 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.(Alfaro,1996)

El proceso de enfermería es un proceso mental, una herramienta para la toma de decisiones basadas en los conocimientos. El uso del proceso de enfermería ayuda a que el personal organice su trabajo y amplíe el campo de sus conocimientos y práctica. Como afirma Henderson, "el proceso de enfermería es un proceso analítico que debe ser utilizado por todos los que prestan asistencia sanitaria cuando su actuación o la ayuda que ofrecen van encaminadas a resolver un problema". El propósito del proceso de enfermería radica en identificar los problemas sanitarios reales y de alto riesgo que sirve como base para planificar la asistencia, llevarse acabo y valorar sus resultados en el paciente. (Gauntle ,1995)

El proceso de enfermería consta de cinco etapas: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación.

- La valoración consiste en recopilar, verificar y organizar los datos del cliente desde diferentes puntos de vista: físico, emocional, social, espiritual, esto se lleva acabo a través de la observación, comunicación y la entrevista, constituyendo una base elemental para las demás etapas del proceso de enfermería.
- El diagnóstico de enfermería constituye una relación de las alteraciones actuales y potenciales del nivel de salud del cliente.
- En la planificación, la enfermera establece acciones específicas de cada diagnóstico, jerarquizando las necesidades y estableciendo objetivos de su intervención.

- La ejecución consiste en llevar acabo el plan de cuidados; durante esta etapa, la enfermera continúa recabando datos y valida el plan realizado.
- En la evaluación se valora la respuesta del cliente a la intervención de la enfermera. (Alcantar, 1997)

Objetivos del Proceso de Enfermería.

- Promover, mantener, o restaurar la salud, o, en su caso de enfermedades terminales, lograr una muerte tranquila.
- Permitir a las personas manejar sus propios cuidados de salud.
- Proporcionar cuidados de calidad, y a un coste efectivo.
- Buscar formas de mejorar la satisfacción mediante los cuidados de salud.(Alfaro,1996)

Características del Proceso de Enfermería.

- El sistema es abierto, flexible y dinámico.
- Individualiza el acercamiento a las necesidades particulares de cada cliente.
- Es planificado.
- Esta dirigido hacia las metas.
- Es flexible para encontrar las necesidades particulares del cliente, la familia o la comunidad.
- Permite ser creativos a la enfermera y al cliente en la resolución del problema planteado.
- Es interpersonal, requiriéndose que la enfermera tenga una comunicación directa y persistente para encontrar las necesidades del cliente.
- Es cíclico, como las etapas guardan interrelación, no existe un principio o un final absoluto.

- Resalta el feedback, que conduce la comprobación del problema o a la revisión del plan de cuidados
- Es aplicable universalmente. (Alcantar,1997)

Ventajas del Proceso de Enfermería.

Cuando se utiliza el proceso de enfermería para organizar y desarrollar los cuidados de enfermería, el paciente se convierte en un participante activo del proceso de asistencia sanitaria personalizada. Durante la fase de planificación, el plan de cuidados comunica al equipo de asistencia sanitaria los problemas específicos del paciente, las intervenciones preescritas y los resultados esperados de la asistencia. De hecho recibe una asistencia completa y pormenorizada. La evaluación del éxito en la consecución de los resultados esperados y en los estudios de mejora de calidad es el factor que permite medir la calidad de los cuidados deriva del proceso de enfermería. Este proceso también contribuye a la contención de los costes, dado que los cuidados de enfermería se basan en las necesidades del paciente.

Para el profesional de enfermería las ventajas derivadas del enfoque estructurado, con ahorro de tiempo y esfuerzo, impulsan el desarrollo profesional, el sentido de la profesión y aumentan la satisfacción laboral. La profesión de enfermería se beneficia de su papel único dentro de los cuidados globales del paciente. El proceso de enfermería proporciona los medios a través de los cuales el personal aumenta su autonomía y cumple con sus responsabilidades profesionales y legales. La documentación completa y precisa de cada paso es un indicador de la competencia y la responsabilidad profesional para satisfacer las necesidades de asistencia sanitaria del paciente. (Alfaro,1996)

Beneficios del Uso del Proceso de Enfermería.

- **Acelera el diagnóstico y tratamiento de los problemas de salud reales y potenciales reduciendo la incidencia y la duración de las estancias hospitalarias.**
- **Crea un plan con un coste efectivo, tanto en términos de sufrimiento humano como de gastos económicos.**
- **Tiene requerimientos de documentación precisos diseñados para:**
 - ❖ **Mejorar la comunicación y prevenir errores, omisiones y repeticiones innecesarias.**
 - ❖ **Dejar un <rastros de papel> que después permita evaluar la calidad de los cuidados del paciente y realizar estudios que hagan avanzar la enfermería y mejoren la calidad y eficiencia de los cuidados de salud.**
- **Previene que los clínicos pierdan de vista la importancia del factor humano.**
- **Promueve la flexibilidad y el pensamiento independiente.**
- **Adapta las intervenciones al individuo no a la enfermedad.**
- **Ayuda a:**
 - **Los pacientes y a las personas significativas para ellos a darse cuenta de que su aportación es importante y a fijar los puntos fuertes.**
 - **Las enfermeras a tener la satisfacción de obtener resultados. (Alfaro, 1996)**

Valoración.

La valoración es la primera etapa del proceso de enfermería, incluye la obtención de datos y la confirmación, lo cual es necesario para poder hacer un diagnóstico de enfermería y está presente en cada una de las fases del proceso. "La valoración es una parte de cada actividad que la enfermera hace para y con el paciente".

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

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.

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 emocionales del paciente. (Alcantar, 1997)

Los datos pueden ser objetivos u 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 (síntomas) y son obtenidos durante la realización de la historia de 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, los datos invariables son aquellos que no cambian y un ejemplo de estos puede ser la fecha de nacimiento.

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

Fuente de datos:

Pueden ser (mencionado por Alfaro) 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 bibliografía sobre el tema.

* El cliente: Es la principal fuente de datos, a excepción de que esté muy pequeño o que esté 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 del cliente, 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 cliente.

* Los profesionales de salud: Las enfermeras, médicos, fisioterapeutas, trabajadores sociales, etc., pueden proporcionar información por medio de sus contactos previos o actuales con el cliente. (Alcantar, 1997)

* La historia. Representa una fuente de información sobre los patrones de salud y enfermedades anteriores del cliente; 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 cliente, 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, 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.

- Actuación de la enfermera y criterios de evaluación para el problema de salud del cliente.

- Información sobre diagnóstico, tratamiento y pronóstico médico.

Métodos para la recolección de los datos:

Los principales métodos son: La observación, la entrevista, la consulta y la exploración. (Alcantar,1997)

* 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 esfuerzo y de un enfoque organizado, por lo tanto, la observación implica discriminar entre estímulos

* La entrevista: Consiste en una comunicación planificada o una conversación con una finalidad; algunos objetivos de esta, serían recabar información, identificar problemas, educar, evaluar cambios, etc.

La entrevista puede ser dirigible y no dirigible. La dirigible esta muy estructurada y se obtiene una información específica y se utiliza 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 llevar 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 puede utilizarse en la entrevista estas pueden ser abiertas o cerradas, y neutras o dirigidas. Las preguntas cerradas utilizadas en las entrevistas dirigibles son restringidas y por lo general requieren de respuestas cortas que dan información específica; estas preguntas comienzan por: "cuándo", "donde", "quién", "qué", "haces (hizo, hace)", "es (son, era)" y a veces "cómo"; la persona que tiene problemas de comunicación encontrara más fácil 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 pueda emplear mucho tiempo en dar información poco relevante; generalmente el cuestionario empieza con "qué" o "cómo". (Alcantar, 1997)

Es importante mencionar que la entrevista tiene tres fases que son: Introducción o Apertura, 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.

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:** Es 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 generen 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 terminada la entrevista cuando ha obtenido la información requerida, aunque en ocasiones el cliente es quien 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. (Alcantar, 1997)

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 solo un a 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.

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 su estado de salud. Ejemplo: edad, talla, estado mental y nutricional, en 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 continúa 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 cliente antes de completar el examen. Los datos que se obtienen en este examen se comparan 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. (Alcantar,1997)

Diagnostico:

El término de Diagnostico de Enfermería (DdE) apareció por primera vez en la literatura Anglosajona al inicio de la década de los 50; en ese entonces el proceso de enfermería contaba con cuatro etapas (valoración, planificación, ejecución y evaluación). Y posteriormente se agrego el diagnóstico.

En 1990 la NANDA, definió el diagnostico de enfermería de la siguiente manera: " El diagnostico de la enfermería es un juicio clínico sobre las respuestas 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".

El formular un diagnóstico y su proceso, requiere del conocimiento adquirido a través del estudio y la practica metódica, no se realiza espontáneamente, sino que implica unas fases sucesivas 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 proporciona la base para la selección de las intervenciones para lograr los objetivos de los que la enfermera es responsable. (Alcantar,1997)

Características del diagnóstico de enfermería:

- Describe la respuesta de una persona ante un problema, una situación o una enfermedad.
- Esta enfocado 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 de los estándares.- La enfermera los comparará con una gran variedad de estándares como son los de 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 enfermera, por su experiencia dentro de la profesión y por el concepto que se tenga de la enfermería. Con base en esto, la enfermera 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.

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 es un problema de salud interviene mas 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 principal 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 ordenan o se ponen en practica ciertas intervenciones de enfermería.

Posible.- Este diagnostico describe u problema que la enfermera sospecha, pero que requiere la compilación de datos adicionales para confirmarlo o descartarlo.

Formato de Diagnóstico de Enfermería.

Existen tres componentes esenciales de los planteamientos diagnósticos de enfermería, los cuales se denominan como formato PES, 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 al problema (E) se refieren al titulo 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 pueden incluir las conductas del cliente, los factores del entorno mental o ambos. (Alcantar,1997)

- 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 conjunto de signos o síntomas. Las categorías con estudios de validación clínicas tienen 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 los mayores.

Enunciados Diagnósticos.

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

Se pueden describir diagnósticos de enfermería en dos o tres partes.

- El planteamiento diagnóstico de tres partes (diagnóstico real) incluye:
 - a) El problema (P)
 - b) La etiología (E)
 - c) Los signos y los síntomas (S)

Los diagnósticos actuales de enfermería de tres partes, se pueden plantear utilizando la palabra relacionado con los signos y síntomas pueden escribirse después del planteamiento diagnóstico por las palabras manifestado por.

En el caso de considerar un diagnostico posible. Se anunciara citando primero el nombre o etiqueta diagnostica presidido de la palabra posible y relacionada con la etiología, sin añadir las características definitorias o posibles. (Alcantar,1997)

La taxonomía de los Diagnósticos de la 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 promueven la responsabilidad profesional y la autonomía por medio de la practica de enfermería.
- Proporciona un vinculo de relación de la enfermera con otros profesionistas 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 el 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 sigue revisando cada categoría diagnostica, al igual que se incluyen otras no contempladas previamente. (Alcantar,1997)

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:

- a) Los datos obtenidos durante la valoración.
- b) 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 resultado.
- Planificar las estrategias.
- Redactar las ordenes de enfermería.
- Registrar el plan de cuidados.
- Consulta.

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 aspecto, 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 puede resolver en forma parcial y terminarse posteriormente, de manera simultanea, con otro diagnostico 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 general de salud del cliente.
- La presencia de problemas potenciales. (Alcantar, 1997)

En el primer caso se refiere a la percepción que el cliente 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 lo son la perdida de las funciones respiratorias 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.

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 deben 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. (Alcantar, 1997)

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.

Los criterios de resultado son necesarios para especificar el resultado, estos son afirmaciones que describen las respuestas en forma específica, observable y cuantificable y van a determinar si el objetivo 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 cuando 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 o cuantificación al enumerar criterios de resultados, evitando palabras vagas que requieran la interpretación del observador.

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. (Alcantar, 1997)

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 específico que "vendar en espiral la pierna derecha".

* Contenido y área.- Contiene el dónde y el qué 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.
(Alcantar, 1997)

La prescripción 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 mejorar 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.

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 que observaciones hacer, las actividades que haya que realizar y las instrucciones que sean necesarias proporcionar al cliente y a la familia. (Alcantar,1997)

* **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.

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 evidencias ante un tribunal. Esta documentación proporciona la única prueba de que se han llevado a cabo los tratamientos médicos y de enfermería.

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.

El formato para las anotaciones de enfermería varía en cada institución y tipo de clientes que se manejen. (Alcantar,1997)

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 qué 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 claves, mejor que frases completas para comunicar ideas.**
- * No incluir todos los pasos del procedimiento del 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 de cuidado en el domicilio.**

Consultar.

Consultar es deliberar entre dos personas. Las enfermeras frecuentemente 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. (Alcantar, 1997)

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

El proceso 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 consultar.- 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.

Planificación del 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 continúa con la valoración sucesiva de las necesidades tanto del cliente como de la familia, hasta el alta.

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 a identificar las necesidades de aprendizaje del 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. (Alcantar, 1997)

Ejecución.

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

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. La enfermera determina que el cliente requiere ciertas actividades de enfermería y las lleva a cabo o las delega a otras enfermeras siendo ellas responsables tanto de la decisión como de las actividades.

Bulecheck y McCloskey (1987) han identificado una taxonomía para las actuaciones de enfermería independientes. Una taxonomía es un grupo de clasificaciones que se ordenan y arreglan basándose en un principio único o en un grupo coherente de principios.

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.

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. (Alcantar,1997)

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". Para que las actividades de colaboración sean afectivas, es necesario que las enfermeras tengan competencia clínica, confianza en sus conocimientos y capacidades y asumir la responsabilidad de sus actos.

El tiempo que la enfermera pasa en cada tipo de actividad depende del tipo de área clínica, el tipo de servicio y la posición específica de la enfermera.

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.

* 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 respuestas 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.

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. (Alcantar, 1997)

* 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 existente 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 determinadas prácticas.

* Ejecución de las estrategias de enfermería.

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

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. (Alcantar,1997)

* 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 llevarlas 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.

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 actividad.

Las capacidades Interpersonales son todas las actividades que utiliza una persona para comunicarse con otra, ya sean verbales o no verbales. La eficacia de una actividad de enfermería depende, en gran medida, de la habilidad que tenga una enfermera para comunicarse con los demás. (Alcantar,1997)

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 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. (Alcantar,1997)

Evaluación.

Evaluar es juzgar o valorar. Dentro de enfermería consiste en valorar el grado en el que se han alcanzado los objetivos.

La evaluación es la quinta etapa del proceso 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 planteada 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.

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. (Alcantar,1997)

El proceso de evaluación consta de seis etapas:

- 1.- Identificar los criterios de resultado, que utilizará para determinar el grado de alcance de los objetivos.
- 2.- Recolección de 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 resultado.

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 pueden obtener conclusiones sobre el grado de alcance de los objetivos. Los datos guardan relación con los criterios de resultado, obteniéndose a través de la observación, comunicación directa con el cliente o de los registros de otros profesionales de salud. El registro de los datos debe ser exacto y conciso para facilitar la tercera etapa de evaluación. (Alcantar, 1997)

3.- Cuantificación del logro de objetivos.

Consiste en comparar los datos recogidos con los criterios establecidos.

Para evaluar el logro de objetivos, existen 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 tiene alguna relación con los resultados.

5.- Analizar el plan de cuidados de los clientes.

La evaluación de los resultados proporciona la retroalimentación necesaria para determinar si el plan de cuidados ha dado resultado, reduciendo o previniendo eficazmente los problemas del cliente, por lo tanto, la enfermera debe revisar todo el proceso de enfermería, independientemente si se cubrieron 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. (Alcantar,1997)

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.

* 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.

* 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.

* Objetivos establecidos: Se deben revisar los objetivos si el diagnóstico no era el correcto o apropiado; 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.

- **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 de 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 claros y razonables, tomando en consideración los recursos de los que se disponían tanto de persona, económico y de equipo. (Alcantar,1997)

6.- Modificación del plan de cuidados.

Quando existe la necesidad de cambiar el plan de cuidados, la enfermera debe llevar acabo 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, poniéndoles 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. (Alcantar,1997)

6.-El Proceso basado en Virginia Henderson.

El Modelo de Henderson, es aplicable en todas y cada una de las diferentes etapas del Proceso de Atención.

1.- 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.

2. - En las etapas de aplicación y ejecución, sirve para la formulación de objetivos de independencia en base a las causas de la dificultad detectadas, y en la determinación de actividades de enfermería que impliquen al individuo siempre que sea posible en su propio cuidado.

3. - Finalmente, en la etapa de evaluación, nos ayuda a determinar los criterios que nos indicarán los niveles de independencia mantenidos y/o alcanzados a partir de la ejecución del plan de cuidados, ya que según Henderson nuestra meta es ayudar al individuo a conseguir su independencia máxima en la satisfacción de las necesidades, lo más rápidamente posible. (Fernández, 1995:88)

7.- Características del Adulto.

El adulto se divide en tres etapas:

Adulto Joven.

Los primeros años de la vida adulta son un período de óptima función física, y de mayor fuerza y agilidad. Es típico que en la tercera década de la vida no se presenten enfermedades agudas y crónicas. El crecimiento físico ha finalizado, pero la forma física se mantiene. Los efectos de la edad comienzan hacia los años 20 de edad, pero habrá de transcurrir otra década antes de que el organismo los note.

Los cambios físicos de los primeros años de la vida adulta en:

* El sistema músculo esquelético es que su desarrollo se completa hacia los 25 años; la altura aumenta en 3-5 mm hasta los 30 años, debido al crecimiento continuado de la columna vertebral.

* Aparato cardiovascular: La mayor fortaleza muscular se alcanza a los 30 años; los músculos son mayores en los varones que en las mujeres; la sangre de los varones tiene mayor capacidad para transportar oxígeno hacia los músculos; es más probable que exista un nivel de colesterol elevado entre los varones jóvenes que en las mujeres jóvenes.

* Aparato gastrointestinal: Disminución de los jugos digestivos después de los 30 años; el estado de salud física influye en los patrones de digestión y eliminación.

* Boca: Erupción de las muelas del "juicio", es decir, los cuatro últimos molares; si hacen cuña entre la mandíbula y los demás molares, pueden provocar problemas.

* Peso: El peso depende de la forma de vida, la herencia, los hábitos nutritivos y el sexo; es más adecuado tener el peso deseable en función del sexo y del hábito corporal que el peso medio.(Gauntle,1995)

* Aparato reproductor: Madurez completa en la tercera década, son los mejores años para la reproducción.

- Mujeres: Peso máximo del útero a los 30 años; período óptimo para la reproducción entre los 20 y los 30 años; las irregularidades no son raras, por ejemplo, falta de alguna regla, "manchado" y síndrome premenstrual tras la interrupción del ciclo.

- Varones: Las células de Leydig (hormonas masculinas) disminuyen lentamente a partir de los 25 años y lo mismo sucede con la secreción de andrógenos; en los testículos normales no se produce una pérdida importante del peso; la espermatogénesis se mantiene durante toda la vida adulta; la posibilidad de engendrar hijos no se modifica.

* La agudeza visual y la auditiva alcanzan su máximo hacia los 20 años y mantienen este nivel hasta los 40, momento en el que se inicia una disminución gradual de estas funciones. * El pelo consigue su diámetro más grueso, y la línea de implantación del pelo en los varones suele permanecer intacta durante la tercera década de la vida.

* El sistema inmunitario, aunque sigue siendo extraordinariamente eficaz, comienza a secretar menores cantidades de las hormonas tímicas, llamadas timosinas, que controlan la producción y la función linfocitaria. La resistencia a las infecciones

permanece prácticamente igual. La altura puede comenzar a disminuir ligeramente a partir de los 25 años como consecuencia de la desintegración vertebral. Aumenta la proporción de grasa en el organismo, a pesar de que el peso permanece estable. (Gauntle, 1995)

El adulto joven está en los mejores años de su vida para formar una familia, ya que es poco probable que el aparato reproductor de ambos sexos se altere por alguna disminución de los niveles hormonales secundaria a una enfermedad física. Ambos sexos responden rápida y repetidamente a los estímulos sexuales, sobre todo si son sexualmente activos. La libido del varón alcanza su máximo hacia los 15-20 años, mientras que en las mujeres lo hace hacia los 30 años.

A partir de los 20 años se produce una ligera disminución de la fuerza del músculo cardíaco, pero el gasto cardíaco sigue siendo más que suficiente para el desarrollo de las actividades de la vida diaria. Las necesidades de oxígeno disminuyen ligeramente por la atrofia de otros tejidos y la disminución de las demandas físicas que se produce a medida que avanza la edad. Los adultos jóvenes tienden a ganar peso durante la cuarta década de la vida. Casi todos hacen menor ejercicio a medida que aumenta la edad, por lo que necesitan menor calorías que las que necesitaban cuando eran adolescentes o estaban en la tercera década de la vida. Además el índice metabólico basal del adulto disminuye a partir de los 40 años, por lo que el organismo necesita menos alimentos.

Los adultos jóvenes son un grupo extraordinariamente diverso de personas con edades comprendidas entre los 18 y los 35 años. Este período de aprendizaje y experimentación va acompañado de rápidos cambios emocionales y físicos. Las consecuencias sanitarias relacionadas con el consumismo de alcohol y tabaco, la dieta, el ejercicio, las prácticas sexuales y los hábitos de seguridad pueden estar

relacionadas con actitudes y comportamientos que se han desarrollado durante la adolescencia. (Gauntle, 1995)

Adulto de Edad Media.

Resulta difícil establecer el momento en que comienza la edad media. Indicios sutiles pueden hacer que los adultos de edad media se percaten de que son distintos de los adultos jóvenes, aunque también de los ancianos. La vida adulta media se refiere a la de las personas con edades comprendidas entre los 35 y los 64 años. A medida que los adultos llegan a estas edades, se van haciendo más aparentes los signos de envejecimiento, que sustituyen a los del desarrollo físico. En la mayoría de los principales sistemas orgánicos, se inicia una declinación sutil, pero gradual.

Durante la quinta década de la vida, los cristalinos van perdiendo gradualmente elasticidad, lo que da lugar a una pérdida de la capacidad para enfocar con claridad las imágenes visuales cercanas (presbicia), con lo que disminuye la visión cercana. El engrosamiento del cristalino también provoca una reducción de la agudeza visual, un aumento del tiempo necesario para adaptarse desde una zona iluminada a otra oscura y una disminución de la visión periférica.

La grasa comienza a acumularse en la parte inferior del abdomen y en las caderas lo que hace que la mayoría de los adultos de edad media aumenten su peso en alrededor de 5-10 Kg.. Si los músculos abdominales se debilitan, el abdomen puede ser prominente. La piel deja de adaptarse íntimamente a los músculos y huesos y sus pliegues se hacen más pronunciados. La popularidad del bronceado ha acelerado los cambios cutáneos en muchos adultos, que muestran una piel más

seca y fina, que regenera con menor rapidez y que es más sensible al cáncer cutáneo. (Gauntle,1995)

El pelo crece con mayor lentitud y se hace fino porque disminuye el diámetro de los folículos pilosos.. A medida que va perdiendo su pigmentación, el pelo comienza a adquirir un color grisáceo. En los varones de edad media, son frecuentes la pérdida de pelo de patrón masculino o la calvicie. Los adultos de edad media no tienen problemas para distinguir entre los sabores dulce, amargo, ácido y salado de los alimentos, pero van perdiendo la capacidad de detectar diferencias gastronómicas más sutiles. El sentido del tacto comienza a declinar hacia los 45 años, mientras que después de los 50 se va reduciendo la sensibilidad del dolor. También disminuye la tolerancia al mismo, por lo que los ancianos pueden percibirlo de una forma más aguda.

Los aparatos cardiovascular y pulmonar también cambian con la edad. La contractilidad del corazón disminuye, lo que da lugar a un menor índice cardíaco. La función cardíaca desciende en un 15-20% entre los 30 y los 49 años. La enfermedad crónica más frecuente de los varones durante las décadas cuarta y quinta de sus vidas es la cardiopatía isquémica. La causa habitual parece ser la aterosclerosis. Las arterias pierden elasticidad y puede aparecer hipertensión. La función respiratoria también disminuye durante la cuarta y la quinta décadas de la vida. Los pulmones y los bronquios se hacen menos elásticos, lo que se traduce en una disminución de la capacidad pulmonar máxima. Los adultos de edad media tardan más tiempo en recuperarse las frecuencias cardíaca y respiratoria tras el ejercicio. En estas edades, se pueden modificar los hábitos intestinales. Los movimientos intestinales se hacen menos frecuentes por la disminución de la motilidad gastrointestinal y la inactividad física. (Gauntle,1995)

Las necesidades sexuales no cambian en relación a los años precedentes, pero sí lo hace la función sexual. La libido varía mucho en ambos sexos. Los varones

tardan más en conseguir la erección y también en llegar al orgasmo. La eyaculación se retrasa y es menos potente. Las mujeres pueden alcanzar el orgasmo con regularidad, pero es menos potente. Es frecuente que el interés y el deseo sexual de la mujer aumentan después de los 35 años, mientras que el del hombre permanece estable o disminuye ligeramente. Durante estos años medios de la vida adulta, se hace menos énfasis hacia la intimidad sexual y la satisfacción de los deseos personales.

Las mujeres experimentan el climaterio o la menopausia durante estos años. La interrupción de las reglas se produce hacia los 45-50 años. La disminución de la función ovárica suele ir acompañada de síntomas de reducción de la producción de estrógenos. Los "sofocos" afectan a casi todas las mujeres. Otros síntomas derivados de la menor producción hormonal son las cefaleas, las palpitaciones y los entumecimientos, hormigueos o enfriamiento de las extremidades.

Las reacciones emocionales que pueden acompañar a la menopausia consisten en ansiedad, nerviosismo y cambios en el estado de ánimo. La menopausia da lugar a cambios atróficos en la vagina. El epitelio vaginal se hace más fino y seco a causa de la falta de estrógenos. La vagina se acorta y se estrecha. Los labios y el clítoris también se atrofian, y lo mismo sucede con el útero y los ovarios.. Estos cambios pueden contribuir al prurito y a la sensación de quemazón vaginales, así como a la aparición de molestias durante el coito.

La mayor parte de los varones desconocen que también ellos pueden experimentar síntomas similares a los de la menopausia como insomnio, fatiga y los problemas circulatorios antes mencionados. Casi todos los investigadores siguen achacando estos problemas a causas que nada tiene que ver con los cambios hormonales. Dado que la disminución de los niveles de testosterona por

la edad es gradual, sólo un pequeño porcentaje de varones sufren cambios hormonales similares a los que experimentan las mujeres en la menopausia.

(Gauntle,1995)

ESTA TESIS NO SALE DE LA BIBLIOTECA

Adulto de Edad Madura.

La Organización Mundial de la Salud define como adulto mayor a toda persona de 60 años de edad para países en desarrollo y mayores de 65 años de edad para países desarrollados.

El hecho de conocer los cambios que ocurren en el envejecimiento y su fuerte influencia en aspectos sociales, psicológicos, económicos, familiares y de todo tipo, da como resultado un trato apropiado, que a veces por ignorancia y aun con las mejores intenciones más los perjudica. Durante el envejecimiento se soportan años de peligros y agresiones ambientales que hacen al individuo más susceptible al disminuir su capacidad de repuesta a las demandas de la vida; los viejos se caracterizan por su disminución en la capacidad de adaptación, sobre todo en presencia de enfermedad física, funcional, mental o social.

La vejez es una época de pérdidas, incapacidad y dependencia que se interrelacionan y dan como resultado pobreza, abandono, abuso, desesperanza, y sobre todo fragilidad.(Rodríguez ,1999:1)

La esperanza de vida se ha incrementado espectacularmente a partir de 1900, y las personas que llegan a los 65 años pueden esperar alcanzar los 80 o más. La conservación de la salud y de la independencia funcional son los aspectos más importantes de la promoción de la salud en los adultos de edad avanzada. Aunque

el envejecimiento normal va acompañado de cambios inevitables e irreversibles, muchos de sus problemas puede prevenirse o controlarse.

El envejecimiento normal va acompañado de cambios inevitables e irreversibles que se suceden en el tiempo.

* Los cambios físicos en el sistema músculo esquelético son la disminución de la síntesis y aumento de la degradación ósea, disminución del tamaño y fuerza de los músculos.

* Ojo: Disminución de la acomodación a la luz; menor capacidad para distinguir entre distintas intensidades de la luz, mayor densidad del cristalino y cambios en la cinética del humor acuoso. (Gauntle,1995)

* Boca y dientes: Resorción de las encías y del tejido óseo que rodean los dientes y del hueso mandibular, disminución del flujo salivar, disminución en el número de papilas gustativas.

* Oído: Cambio anatómico en el oído medio y en la cóclea.

* Corazón: Hay disminución del músculo cardíaco y del nivel de catecolaminas, mayor calcificación de las válvulas, calcificación del esqueleto del corazón y esclerosis del sistema de conducción.

* Pulmones: Menor elasticidad y aumento de tamaño de los alvéolos, disminución de la difusión y del área a través de la membrana alveolo capilar, disminución de la actividad de los cilios y disminución del reflejo de la tos.

* Estado inmunitario: Hay disminución de la función de las células T, mantenimiento de la respuesta inmunitaria secundaria (anticuerpos de las células B).

***Estado psicológico:** Cambios en los roles, pérdidas físicas, psicológicas y sociales.

*** Hormonas:** Hay disminución en el índice de depuración metabólica y de la concentración plasmática de aldosterona, disminución de estrógenos, con reducción de la función ovárica, disminución de la respuesta y de la efectividad periférica de la insulina, aumento de la respuesta de ADH a la hiperosmolaridad, insensibilidad de la hipófisis a la TRH en varones ancianos sanos. (Gauntle, 1995)

*** Encéfalo:** Probable disminución del peso del encéfalo, del número de células en áreas determinadas o ambos, alteración de los patrones del sueño; los ancianos tienden a soñar menos y a mayores períodos de vigilia, aumento de la aterosclerosis en los vasos cerebrales, mayor actividad de la enzima monoamino oxidasa y disminución del tiempo de reacción.

*** Arterias:** Hay aumento de la resistencia periférica; disminución de la elasticidad aórtica, mayor presión arterial sistólica y diastólica y cambios arterioscleróticos y ateroscleróticos en los vasos sanguíneos.

*** Aparato gastrointestinal:** Disminución de la secreción de ácido clorhídrico (probable), disminución de la motilidad del intestino grueso, disminución de la síntesis hepática, menor sensibilidad a la sed, menor absorción de calcio.

*** Renales:** Menor tamaño de la vejiga, disminución del tamaño de los riñones y del número de glomérulos; disminución del flujo sanguíneo renal, del índice de filtración glomerular y de la función tubular.

*** Aparato genital:** Aumento de tamaño de la glándula prostática, debilitamiento del suelo de la pelvis, disminución de las secreciones vaginales y cervicales, cierta disminución, aunque no total, de la función sexual.

*** Piel:** Disminución de la respuesta a las sensaciones dolorosas y a los cambios de temperatura, disminución de la respuesta a la temperatura y a la vibración; mayor

umbral para el dolor, disminución de la grasa subcutánea; pérdida de la almohadilla grasa sobre las prominencias óseas, atrofia de las glándulas sudoríparas y menor capacidad del organismo para librarse del calor mediante evaporación. (Gauntle,1995)

El ciclo de vida es considerado como un todo y la psicología del envejecimiento es parte integral de ese todo, como proceso único de desarrollo en la edad avanzada y con los procesos naturales del cierre del ciclo de vida.

En todas las edades, las diferencias individuales son muy importantes, pero especialmente entre los viejos son más acentuadas ya que el envejecimiento es un proceso individual, en donde no existen recetas de validez general; la gente no experimenta el mismo deterioro a la misma edad. Algunas personas pueden manifestar más cambios que otros a diferentes modos de cambio para varias funciones con la posibilidad de mejorar algunas habilidades con el tiempo. La percepción del envejecimiento puede variar con la edad, por género y por clase social. (Rodríguez,1999)

Al abordar los aspectos psicológicos es conveniente distinguir entre el envejecimiento fisiológico: la senectud, y el envejecimiento patológico: la senilidad. El envejecimiento psicológico normal abarca ciertos cambios en capacidades cognoscitivas como inteligencia, aprendizaje y memoria, particularmente la memoria para hechos recientes, se tornan progresivamente deficientes, además de percibir mal y recordar mal; el viejo tiene dificultades para aprender; se fatiga mas fácilmente y sus respuestas son lentas, su sentido del tiempo se altera también profundamente. (De la Fuente, 1992) Son comunes las quejas sobre falta de memoria, las cuales no necesariamente están relacionadas con déficit en el funcionamiento, sino más bien con depresión, ansiedad, falta de interés, ira o cualquiera de las múltiples razones no intelectuales que causan memoria deficiente en algún momento de la vida. Los ancianos pueden estar en situación de desventaja en relación con ciertos tipos de aprendizaje y memoria; estos cambios

no afectan el nivel de competencia, pero pueden ser preocupantes por el miedo de los viejos hacia la "senilidad". (Rodríguez, 1999)

Los ancianos suelen conservar en forma notable su inteligencia enriquecida por la experiencia, y esto les permite compensar defectos cognitivos, como la incapacidad para el pensamiento inductivo. En cambio, el viejo normal maneja bien las estructuras lógicas y su razonamiento deductivo puede ser excelente. Con la edad avanzada, la personalidad cambia, estos cambios son comprensibles como una exageración de los rasgos negativos de carácter y también como defensas del anciano ante sus deficiencias cognitivas, las cuales advierte, y ante las actitudes de los demás hacia él. Una reorganización de los recursos psicológicos ocurre en la senectud y se traduce por una concentración del interés en sí mismo y la inclinación a atribuir hostilidad a los demás. (De la Fuente, 1992)

La vejez es el periodo de la vida en donde con mucha frecuencia se presentan crisis profundas, el resultado del enfrentamiento con múltiples pérdidas. Estas últimas tienen un efecto acumulativo que incrementa el impacto emocional conforme la persona envejece; no es necesariamente el fenómeno en sí mismo, sino la preparación que el individuo tiene para afrontar el acontecimiento que determina los efectos de la pérdida de personalidad, y la capacidad para tolerarla y adaptarse. El hacerse viejo exige una adaptación a las esferas intelectual, social y afectiva emocional.

La índole y el grado de adaptación a tales dimensiones están determinados por las circunstancias biológicas, sociales y específicas de la personalidad, le imprimen además un sello especial los factores de la época, biográficos y de situación. (Rodríguez, 1999)

V.-APLICACIÓN DEL PAE

1.-Resumen valorativo.

El presente PAE se realizo a un adulto mayor internado en el Hospital "Dr. Belisario Domínguez" ISSSTE en el Servicio de Medicina Interna el cual ingresa el día 3 de Junio del 2000 a las 16: 30 hrs., siendo la fuente de información el mismo paciente y su esposa teniendo una fiabilidad de 4. Y cuyo resumen valorativo es el siguiente:

El Sr. Carlos Hernández Hernández es un adulto mayor de 40 años de edad, con un peso de 46 Kgs. y 1.60 mts. de estatura; nació el 5 de Marzo de 1960 es originario de Huejutla Edo. de Hidalgo, residente de la Colonia Vicente Guerrero del Municipio de Malpaso Chiapas, es Profesor de Educación primaria y trabaja en la Colonia Vicente Guerrero, sus miembros significativos son sus hijos, es Católico y es de un status económico medio.

Al valorar la Necesidad de Oxigenación se observa consciente orientado actualmente (4/06/00) tiene una temperatura de 36.6 C, pulso de 84X', respiración 22X', y una T/A de 140/90, nos refiere presentar tos productiva con presencia de flemas blanquecinas según el debido a que la semana pasada su esposa le puso barro húmedo en el pecho por la noche, presenta disnea, no presenta dolor asociado a la respiración, menciona que cuando tenia 15 años empezó a fumar de 5 a 6 cigarros al día, dejando de fumar hace unos 15 años, actualmente esta hipoasténico con ligera palidez de tegumentos, hidratado con movimientos torácicos, movimientos de amplexión y amplexación, ruidos cardiacos de buena intensidad y ritmo, no presenta alteraciones en su aparato circulatorio, ni presenta

varices, nos comenta que ahora que esta enfermo se cansa y se agita al subir escaleras o al caminar mucho, su estado de ánimo así como el tipo de clima no afectan su respiración, no tiene conocimientos sobre una respiración correcta ni conoce técnicas que la mejoren, no es propenso a sufrir hemorragias así como no ha tenido antecedentes de problemas cardiorrespiratorios.

En la necesidad de Nutrición e Hidratación habitualmente come frutas, como el plátano, la papaya, los nopales, el pescado, el tasajo asado al carbón come 2/3 veces al día aunque come poco porque si come mucho le da dolor de estomago, cefalea, nauseas y vomito, refiere que casi siempre tiene diarrea debido a que casi todo lo que come le hace mal, actualmente no le gusta la carne ni el pollo, le gustan las verduras pero en poca cantidad como los nopales, no es alérgico a nada, últimamente le duelen las piernas desde hace 15 días y siente que ha disminuido su fuerza muscular, sus dientes son amarillos y presenta fractura del diente 1er. Incisivo derecho superior y algunas piezas cariadas y tiene las mucosas semihidratadas. Actualmente presenta nauseas y vómitos y perdida del apetito por la misma tos, refiere que las emociones, sentimientos y pensamientos respecto a la comida y bebida no influyen en el ya que siempre come poco, dándole un sentido a la comida de supervivencia porque le da hambre, su religión no le prohíbe comer algún alimento, toda su familia es de complexión delgada y baja, habitualmente come con su familia en el comedor de su casa, las ultimas 72 horas ha comido verduras, atole, pollo los cuales los vomitó porque presento nauseas, toma menos de ½ litro de agua y toma jugos de frutas y agua pura porque le agrada, no tiene problemas para almacenar y preparar los alimentos, si conoce las necesidades de alimentación e hidratación y los alimentos en relación con la edad y la actividad, así como los factores que favorecen su digestión y asimilación por lo cual come despacio, mastica bien los alimentos, frecuentemente tomaba refrescos embotellados y rara vez se iba acostar cuando terminaba de cenar, en los últimos meses desde que empezó a enfermarse ha bajado de peso ya que refiere que antes estaba mas gordito.

En cuanto a la Necesidad de Eliminación refiere defecar una vez al día si come bien, sus heces son de color amarilla con restos alimenticios, la orina es amarilla sin olor desagradable, micciona una vez al día en poca cantidad y refiere disuria. Actualmente presenta problemas renales desde hace 4 años aproximadamente, es hipertenso desde hace 10 años aproximadamente y 13 años de ser diabético, las emociones así como el cambio de entorno no influyen en su patrón de eliminación ya que siempre hace igual todos los días, el abdomen es blando con presencia de cicatriz umbilical, peristalsis y ruidos intestinales normales, la vejiga urinaria se palpa vacía, se siente mas o menos satisfecho respecto a sus patrones habituales de eliminación porque quisiera orinar mas pero no puede, a veces el cambio de alimentación modifica los hábitos de eliminación, en cuanto a medidas medicamentosas de ayuda nos dice que su esposa le prepara un te llamado estafiate o le da manzana cocida cuando tiene diarrea, al momento refiere que le cuesta trabajo orinar y cuando tiene mucha diarrea dice que queda lastimado por tanto ir al baño, su auto imagen y su auto concepto no es afectado por los problemas de eliminación porque no suda mucho y su sudor no huele mal.

En la Necesidad de Termorregulación refiere que a veces se adapta a los cambios de temperatura aunque por las tardes cuando está fresco el día se pone suéter, la temperatura que le es agradable es el clima templado, el Sr. Carlos tiene la creencia que cuando siente frío se aplica cremas la cual hace que se calienten sus pies o alguna otra zona del cuerpo que este fría, raramente se aplica alcohol, los recursos que utiliza en los cambios de temperatura es que toma bebidas calientes y su ropa es adecuada dependiendo del clima, también refiere que las emociones no afectan su necesidad de termorregulación ya que siempre conserva la misma temperatura conforme al clima que haya.

En cuanto a la Necesidad de Moverse y Mantener una buena postura, su capacidad física es mínima para hacer algunas actividades porque se cansa, en su tiempo libre se dedica a dormir, permanece casi siempre parado o sentado porque

así lo requiere su trabajo (es profesor de educación primaria), ahora que esta enfermo (hospitalizado) permanece todo el día en la cama por lo que se considera una persona sedentaria ya que él cree que la actividad es importante porque hace que uno se sienta activo y útil, refiere no tener una buena capacidad muscular porque se siente débil no tiene muchas fuerzas, no aguanta hacer actividades pesadas y de gran actividad, al caminar mantiene una postura alineada, no necesita ayuda para la deambulaci3n, al caminar mucho le duelen las piernas y las rodillas, nunca ha presentado temblores, sabe como hacer ejercicios pero no los realiza lo cual no influyen en sus emociones ni en sus creencias y valores de comunicaci3n, al momento se encuentra decaído, preocupado por la instalaci3n del cat3ter de diálisis peritoneal.

En la Necesidad de Descanso y Sueño el Sr. Carlos duerme en su cama acompañado de su esposa de 23:30 p.m. a las 6:00 a.m. lo cual duerme aproximadamente 7:30 hrs. Y descansa de 14 a 18 hrs. , Descansando por lo general 3 hrs. , Tarda por lo general 1 hr. Para conciliar el sueño, por las tardes toma una siesta de 16 a 17 hrs. , No padece de insomnio ni necesita de medicamentos u otro medio para conciliar el sueño, al levantarse se siente relajado y descansado, no presenta ojeras ni bostezos, cuando hay mucho calor no puede dormir bien, sus ojos presentan leve hinchaz3n expresan preocupaci3n por la aplicaci3n del cat3ter, ahora que presenta tos se levanta por las noches y cuando tiene diarrea es mas frecuente, le molesta el ruido excesivo cuando va a empezar a dormir pero una vez dormido lo hace profundamente y no siente nada, cuando esta mas triste le da mas sueño, para reducir y controlar las tensiones se va a AA y lo relaja, se considera una persona apática y simple, raras veces tiene pesadillas, hoy presento cefalea (4/06/00) por la tarde porque comió mucho.

En cuanto a la Necesidad de Usar prendas de vestir adecuadas, el Sr. Carlos se viste de acuerdo a su edad, él escoge su ropa, se viste y se arregla solo utilizando ropa completa, limpia y adecuada, usa el cintur3n como accesorio ya que no tiene

otro objeto significativo para él, no tiene problemas en cuanto al espacio para guardar su ropa limpia y/o sucia, para él la ropa es importante porque como trabaja en una escuela debe ir bien presentable y limpio, piensa que sus creencias religiosas así como el modo de vestir no tiene nada que ver con las personas, sabe cuando debe usar ropa adecuada según la ocasión y el clima; aunque cuando está enojado se viste un poco mal y cuando está contento se viste mejor, le da pena vestirse cuando hay gente extraña, ahora que está en el hospital tiene que ponerse el pijama debido a que no puede decidir por sí solo la ropa que se pondrá.

En la Necesidad de Higiene y protección de la piel se baña diario de preferencia por las tardes de 3 a 4 p.m., aplicándose crema corporal después de este, se lava los dientes 3 veces al día, se lava las manos antes y después de comer, así como después de ir al baño, se lava los oídos después del baño, tiene un cabello y cuero cabelludo normal con presencia de canas, las uñas de las manos se encuentran en buenas condiciones, la de los pies están quebradizas, las orejas y nariz normal, los ojos se encuentran un poco hinchados, su piel es elástica de color tez morena sin presencia de ninguna lesión dérmica, presenta pequeñas manchas negras en moderada cantidad en la cara y en los brazos, comenta que tiene buena cicatrización ya que en 1999 se hizo una yaga en el 1er. orjeo del pie izquierdo por haber manejado su carro por mucho tiempo por lo que se le infectó y como es diabético se le complicó y le tuvieron que amputar ese dedo, otra herida fue en el codo izquierdo por presentar resequeidad en la piel la cual tuvo buena cicatrización, no presenta halitosis ni mal olor corporal, después del baño se mantiene más despierto y relajado, no tiene ninguna creencia religiosa o personal en cuanto a sus hábitos higiénicos, para él la limpieza es lo primero para la salud y conservarse sanos, aquí en el hospital se siente inútil y más enfermo si le ayudan, a veces cuando se siente muy mal no se baña un día.

En la Necesidad de Evitar peligros el Sr. Carlos vive en una casa con piso de cemento, paredes de madera, techo de madera con 3 cuartos refiere que entra

poco aire pero para él es fresca, su familia de pertenencia lo componen 4 personas: su esposa, sus dos hijos y él, y las de referencia 11 personas, refiere que ante una situación de urgencia reacciona con aparente tranquilidad aunque las situaciones de tensión las manifiesta enojado con los demás, se pone ansioso desesperado aunque a veces se aparta de su familia para no seguir peleando como cualquier persona, ahora que esta enfermo realiza controles periódicos de salud, si conoce las medidas de prevención de accidentes en el hogar y en el trabajo porque sabe que hacer en caso de temblores, sismos, quemaduras, etc. , rara vez las utiliza y a veces vigila las instalaciones y el funcionamiento del gas en su casa. Conoce las medidas de autocontrol para prevenir enfermedades infectocontagiosas así como de las agresiones del entorno como las tormentas, rayos, inundaciones y fuego, pero rara vez las utiliza, para él ha sido difícil los cambios que ha tenido en su vida después de la amputación de su dedo porque ya no camina igual debe estar bien pendiente donde camina, su familia esta preocupada por su enfermedad pero ya aceptaron de que le van a poner el catéter de diálisis peritoneal.

En la Necesidad de Comunicarse tiene 14 años de estar casado vive con su esposa y sus dos hijos de 14 y 8 años respectivamente, tiene buena comunicación con sus familiares y amigos, comenta que su esposa es a la única persona que le comenta sus problemas de salud y la única que le puede ayudar, casi no se encuentra solo y si lo esta es por 2 o 3 hrs. aproximadamente, diariamente tiene contacto social en su trabajo con aproximadamente 18 personas, habla y se expresa claramente, sin problemas visuales ni audibles, pertenece al grupo social de AA por que le ha ayudado a sobrellevar su problema, no tiene problemas en cuanto a su entorno para poder comunicarse, utiliza los mecanismos de defensa como negación, inhibición, agresividad, hostilidad como todas las personas, se considera una persona cooperadora y reservada, expresa sus sentimientos y pensamientos dependiendo del estado de animo, para el, el manifestar lo que siente u opina le sirve de descarga y también de relajación, se siente a gusto en relación así mismo y a los demás, casi siempre esta contento, acude raras veces a

fiestas, se considera un padre normal, sus hijos lo ven y lo tratan con respeto, su familia espera que Don Carlos se cuide y lleve acabo su tratamiento tal y como es, tiene un perro como mascota el cual cuando esta solo lo acompaña, en cuanto a sus necesidades sexuales nos comenta que se encuentra satisfecho.

En la Necesidad de Vivir según sus creencias y valores, Don Carlos y su familia son de religión católica porque cree en Dios y en la Virgen de Guadalupe, nos comenta que es católico porque sus abuelos y sus padres lo han sido, sus principales valores de su familia son la unión, la salud, el amor, respeto y el dinero, para su grupo social y su trabajo son la ayuda y la solidaridad ya que si uno se ayuda con los demás el trabajo sale mejor y mas rápido, su religión no le ha provocado problemas personales en su casa, tiene una imagen de la Virgen de Guadalupe, su forma de pensar es congruente con su modo de vivir porque todo lo que ha pensado y planeado lo ha llevado acabo, el sentido de la vida para él es que la vida hay que vivirla lo mejor posible y la muerte es como un sueño, no realiza ningún rito o comportamiento relacionado a su religión, así como no le gustaría tener la oportunidad de expresar sus ultimas voluntades ya que él dejaría arreglado todo para que su familia no tuviera problemas en cuanto al dinero que dejaría.

En la Necesidad de Trabajar y realizarse el Sr. Carlos actualmente trabaja pero esta incapacitado, es profesor de educación primaria, nos menciona que en su trabajo no existen riesgos de ningún tipo, le dedica a su trabajo 5 hrs. diarias, le gusta mucho y se mantiene satisfecho con su trabajo, ya que su sueldo le permite cubrir sus necesidades básicas y las de su familia, en su escuela se considera un maestro tranquilo, ahora que esta enfermo ha tenido problemas en la dirección de su escuela porque no ha ido a trabajar, hasta el momento no ha recibido ayuda de ningún tipo por parte de su sindicato, esto lo ha afectado psicológicamente porque siempre esta pensando en su enfermedad y por eso no hacia algunas actividades

que tenia programadas y cuanto venia a ver se le pasaba el tiempo y ya no las hacia.

En la Necesidad de Jugar y participar en actividades recreativas y de ocio refiere que cuando se siente bien va a AA y riega sus plantas ya que tiene todo los utensilios para hacerlo manteniéndolo distraído y ocupado, las actividades deportivas en su trabajo no las realiza porque ya no puede hacerlas y eso le preocupa, sabe que el uso del tiempo libre en su grupo familiar hace que su familia este unida, en la colonia donde vive hay canchas de football, basketball, béisbol y un gimnasio pero no las utiliza, jugó football por ultima vez en 1983, ahora ya no realiza ningún tipo de actividad por su misma enfermedad, sus alumnos se enojan porque quieren jugar algún deporte y no puede y el se siente mal porque ya no puede hacerlo.

En la Necesidad de Aprendizaje no tiene problemas sabe leer y escribir, le gustan las lecturas de AA, tiene interés en aprender a resolver sus problemas de salud, tiene buena memoria remota y reciente, le resulta más fácil aprender cuando escucha y observa, se encuentra angustiado porque considera que deben explicarle mas sobre el procedimiento de la diálisis peritoneal para así tener mas conocimientos sobre este, tiene conocimientos sobre el ser humano y su desarrollo pero considera que son insuficientes por lo que necesita leer mas libros acerca de este tema, en su comunidad hay una biblioteca, una escuela para adultos, una escuela para retraso mental, sabe como utilizar la biblioteca pero no las utiliza ya que solo manda a sus alumnos a realizar alguna tarea que les haya dejado.

2.-Jerarquización de las Necesidades.

De acuerdo a la jerarquización de las necesidades se observó que las necesidades son:

1.-Necesidad de Oxigenación:

Esta necesidad es parcialmente dependiente porque el enfermo refiere tos productiva con presencia de flemas blanquecinas, disnea, hipoastenia.

Patrón de respiración ineficaz es el estado en que la inspiración y / o la espiración del individuo no permiten una ventilación adecuada.

2.-Necesidad de Eliminación:

Es dependiente porque el paciente micciona una vez al día, presenta disuria y retención de líquidos.

Alteración de la excreción urinaria es el estado en que el individuo experimenta un trastorno en la eliminación urinaria.

3.-Necesidad de Nutrición / Hidratación:

Esta necesidad es dependiente porque el paciente refiere pérdida del apetito, pirosis, nauseas, vomito y una ingesta de líquidos inferior a 500 ml.

Estado en que el individuo experimenta una ingesta de nutrientes insuficiente para cubrir las necesidades metabólicas.

4.-Necesidad de moverse y mantener una buena postura.

Esta necesidad es parcialmente dependiente porque presenta una capacidad física mínima, debilidad y permanencia en cama las 24 hrs. del día.

Estado en que el individuo experimenta una limitación de la capacidad para el movimiento físico independiente.

5.-Necesidad de higiene y protección de la piel.

Esta necesidad es dependiente por la presencia del catéter de Tenkoff en el abdomen.

Estado en el que la piel de un individuo está alterada desfavorablemente.

6.-Necesidad de Evitar peligros.

Esta necesidad es parcialmente dependiente debido a que presenta temor por la aplicación del catéter de Tenkoff.

Temor es la sensación de miedo relacionada con una fuente identificable que la persona valida.

7.-Necesidad de Trabajo y realizarse.

Esta necesidad es dependiente porque actualmente el enfermo no trabaja debido a su problema renal.

8.-Necesidad de Jugar y participar en actividades recreativas.

Esta necesidad es dependiente porque el enfermo ya no es capaz de realizar actividades recreativas y deportivas en su trabajo.

Estado en el que el individuo experimenta una disminución de la estimulación o del interés o compromiso en actividades recreativas o de ocio.

9.-Necesidad de Aprendizaje.

Esta necesidad es dependiente ya que el enfermo refiere no tener suficientes conocimientos acerca del estado actual de su salud; así como del procedimiento de diálisis peritoneal.

Estado en el que falta información específica.

10.-Necesidad de Descanso y sueño.

Independiente.

11.-Necesidad de usar prendas de vestir adecuadas.

Independiente.

12.-Necesidad de Termorregulación.

Independiente.

13.-Necesidad de Comunicarse.

Independiente.

14.-Necesidad de vivir según sus creencias y valores.

Independiente.

3.-Plan de Cuidados.

Diagnostico 1

Respiración ineficaz relacionado con extravasación de líquidos a nivel pulmonar manifestado por tos productiva, disnea y debilidad.

Objetivos:

- * Mantener la frecuencia y la profundidad de la respiración dentro de los límites normales.
- * Disminuir y/o eliminar la tos.

Intervenciones de Enfermería:

- Vigilar la frecuencia de la respiración, los sonidos respiratorios.
- Anotar en la hoja de enfermería los signos vitales.
- Proporcionar O2 PRN.

- Colaborar con el familiar para la realización de la palmopercusión en el paciente.
- Enseñarle técnicas de respiración.
- Observar el movimiento de la pared torácica.
- Tomar signos vitales cada 4 hrs.
- Control de líquidos.

Criterios de evaluación:

- * El paciente demostrara una disminución de la frecuencia respiratoria y mejorara la disnea.
- * La frecuencia, la profundidad, la relación inspiración-espирación permanecerán dentro de límites normales.

Diagnostico 2

Patrones alterados de eliminación urinaria relacionado con la disfunción renal manifestado por 1 micción al día, retención de líquidos y disuria.

Objetivo:

- * Mantener una ingesta de líquidos de 800 ml. en 24 horas.
- * La aceptación del paciente para que ingiera líquidos en poca cantidad.
- * Concientizar al enfermo sobre la importancia de la ingesta de líquidos.
- * Concientizar al enfermo y familiar a que acepten el procedimiento de la diálisis peritoneal.

- * Establecer un patrón normal de eliminación urinaria.

Intervenciones de Enfermería:

- Estimular la cantidad de ingesta de líquidos (800 ml. en 24 hrs.)
- Observar el número de micciones que realiza durante el día.
- Llevar un control de líquidos y verificar la cantidad de líquidos que ingiere.
- Platicar con el señor sobre la importancia que tiene el tomar líquidos en poca cantidad.
- Observar el estado de hidratación de la piel y boca.
- Observar signos de retención de líquidos.
- Peso cada tercer día.
- Hacer que el señor y el familiar visiten a un paciente dializado dentro del hospital.
- Concienciarlo a que el objetivo del programa de diálisis es proporcionarle una mejor calidad de vida.
- Informarle que el procedimiento de la diálisis peritoneal hará que se incorpore más rápido a su área de trabajo.

Criterios de Evaluación:

- * El paciente cumplirá la pauta de micción establecida.
- * Se evitara la ingesta excesiva de líquidos.
- * El paciente aceptará el tratamiento de elección para mejorar su estado de salud.
- * Se mantendrá un balance adecuado de líquidos.

Diagnostico 3.

Alteración de la nutrición relacionado con la disminución del apetito manifestado por somnolencia, leve deshidratación, pirosis, náuseas y vómito.

Objetivos:

- * proporcionar una dieta adecuada de acuerdo a su padecimiento.
- * Evitar la ingesta excesiva de alimentos.
- * Proporcionar información básica de los aspectos nutricionales necesarios para su recuperación.

Intervenciones de Enfermería:

- Determinar con el familiar los alimentos preferidos por el paciente.
- Observar que sirvan los alimentos en forma apetitosa y atractiva.
- Ofrecer comidas en pequeñas cantidades y frecuentes.
- Concientizar al señor sobre la importancia de la ingesta de alimentos.
- Establecer la prescripción de dieta y un suplemento alimenticio en colaboración con una especialista en Nutrición.

Criterios de Evaluación:

- * Se evitara la desnutrición en el paciente.
- * Se desarrollara con el paciente y la familia una prescripción de dieta.
- * El paciente conocerá los alimentos admitidos para mejorar su estado de salud.

Diagnostico 4.

Deterioro de la movilidad fisica relacionado con la disminuci3n del tono muscular manifestado por debilidad muscular, cansancio y adinamia.

Objetivos:

- * Conservar la fuerza y el tono muscular del enfermo.
- * Conservar o recuperar la independencia de las actividades de la vida diaria en cuanto sea posible.
- * Prevenir la degeneraci3n del tono muscular.

Intervenciones de Enfermeria:

- Implementar un programa educativo sobre la importancia de los beneficios de la diálisis peritoneal.
- Proporcionarle junto con el familiar masajes al paciente.
- Mantener lubricada la piel.
- Observar la circulaci3n periférica
- Realizar junto con el familiar ejercicios activos que ayuden a conservar la circulaci3n.

Criterios de Evaluaci3n:

- * El enfermo mantendr3 una movilidad optima de m3sculos y articulaciones.
- * Conservara la fuerza y el tono muscular adecuado.

Diagnostico 5.

Alteración de la piel relacionado con la instalación del catéter de Tenkoff manifestado por la presencia del catéter en el abdomen a través del cual se le realizan los baños dialíticos.

Objetivos:

- * Mantener una circulación adecuada del tegumento.
- * Mantener la piel libre de infecciones en el área lesionada.

Intervenciones de Enfermería:

- Realizar una evaluación de la herida y la piel adyacente con regularidad.
- Mantener la piel limpia y seca.
- Realizar curación del área de aplicación del catéter de diálisis peritoneal.
- Protección de la herida contra agentes nocivos ambientales.
- Vigilar de cerca al paciente para detectar signos y síntomas de infección.
- Contactar con el médico cuando aparezcan signos y síntomas de infección, empeoramiento del estado de la herida y aparición de nuevas lesiones.
- Mantener el área de aplicación del catéter de diálisis peritoneal libre de presión
- Instruir al paciente y familiar sobre el cuidado de la piel.
- Vigilar que haya un buen ingreso y egreso del líquido de diálisis peritoneal.

Criterios de Evaluación:

- * La lesión cutánea estará limpia y en proceso de cicatrización.
- * El enfermo y el familiar demostrarán cuidados apropiados para la piel.

* Se protegerá la lesión de agentes ambientales.

Diagnostico 6.

Temor relacionado con desconocimiento acerca de la aplicación de la diálisis manifestado por angustia, desesperación.

Objetivos:

- * Reducir al mínimo o ayudar a afrontar esa angustia.
- * Colaborar con el paciente para superar su angustia y depresión.

Intervenciones de Enfermería:

- Proporcionar información sobre las ventajas y desventajas de la aplicación del catéter de Tenkoff.
- Llevarlo con otro paciente sometido a diálisis peritoneal para que comparta su experiencia sobre el procedimiento de la diálisis peritoneal.
- Hacer que el familiar este presente en un cambio de bolsa de liquido de diálisis peritoneal.
- Darle a conocer al paciente sobre lo que implica el procedimiento de diálisis peritoneal.

Criterios de Evaluación:

- * El paciente expresara los temores específicos relacionados con el procedimiento de la diálisis peritoneal.
- * Disminuirá el temor.

Diagnostico 7.

Alteración en su patrón de trabajo relacionado con dificultad para desempeñar sus funciones como docente manifestado por preocupación, depresión.

Objetivos:

- * Ayudar a que el enfermo entienda que en este momento es más importante su estado de salud.
- * Disminuir el grado de preocupación y de depresión que presenta el enfermo.

Intervenciones de Enfermería:

- Profundizar las causas que le generan la preocupación por su trabajo.
- Planear estrategias que hagan disminuir su preocupación.
- Colaborar con el enfermo y su esposa para la decisión que tomaran en cuanto a su trabajo.

Criterios de Evaluación:

- * El paciente conocerá y analizará las diferentes posibilidades para resolver su problema laboral.
- * Decidirá sobre su futuro laboral.

Diagnostico 8.

Déficit de actividades recreativas relacionado con la incapacidad para participar en las actividades deportivas y recreativas en su trabajo manifestado por la tristeza del paciente por no poder hacerlo y una sensación de inutilidad.

Objetivos:

- * Adaptar con el paciente las actividades recreativas para el cambio en el estado de salud.
- * Mantenerlo ocupado durante su estancia hospitalaria.
- * Distraer al paciente a través de juegos y revistas de entretenimiento.
- * Disminuir el estado de tristeza.

Intervenciones de Enfermería:

- Ayudar al paciente a entender los cambios del nivel de actividad deseados a causa de la variación del estado de salud.
- Planear conjuntamente con el paciente aquellas actividades recreativas y deportivas que pueda realizar sin mucho esfuerzo.
- Llevarle revistas de entretenimiento para que se distraiga.
- Sugerirle a que solo supervise y observe las actividades recreativas y deportivas de sus alumnos.
- Informar al paciente sobre opciones de actividades recreativas disponibles que puede utilizar en su centro de trabajo como terapia recreativa, ocupacional , terapia de arte, música.

Criterios de Evaluación:

- * El paciente expresara aceptación de los recursos de actividades recreativas disponibles en el entorno actual.
- * Se buscaran oportunidades realistas para participar en actividades recreativas y deportivas.

Diagnostico 9.

Déficit en el aprendizaje relacionado con el desconocimiento de sus problemas de salud manifestado por angustia, depresión y preocupación.

Objetivos:

- * Comentar con el paciente las angustias y preocupación sobre su estado de salud.
- * Desarrollar una relación de confianza / ayuda con el paciente.
- * Demostrar el procedimiento y / o técnica del cambio de la bolsa de diálisis peritoneal.
- * Usar material impreso como refuerzo para el aprendizaje.
- * Aumentar el conocimiento y la capacidad para realizar el cambio de la bolsa de diálisis peritoneal.
- * Verbalizar medidas a tomar si aparecen signos y síntomas de infección.

Intervenciones de Enfermería:

- Proporcionar al enfermo y familiar el programa de diálisis peritoneal.

- Conceder tiempo suficiente durante cada visita.
- Instruir al paciente y familiar junto con la enfermera encargada del Programa de diálisis peritoneal sobre el procedimiento del cambio de la bolsa de diálisis.
- Realizar y pedir al paciente y familiar que demuestre a su vez la técnica del cambio de bolsa de diálisis peritoneal.
- Darle al familiar la lista de material y equipo que necesitara para la realización del procedimiento.
- Describir los signos y síntomas de infección.

Criterios de Evaluación:

- * Aumentará el conocimiento sobre su problema de salud.
- * Aprenderá el procedimiento del cambio de la bolsa de diálisis peritoneal.
- * Disminuirá la angustia, depresión y preocupación del paciente y familiar.

4.-Registro de los Cuidados de Enfermería.

Fecha:

04/ 06/ 00

Signos vitales:

T 36.6°C FC 72 FR 22 T/A 160/100

Control de Líquidos:

Ingresos: 1150 ml.

Egresos: 120 ml.

Cuidados de Enfermería:

Se proporciona O2 PRN. Vigilando la frecuencia de la respiración y los sonidos respiratorios, se realiza palmo percusión cada 2 hrs. enseñando al familiar como hacerlo, se observa el movimiento de la pared torácica del enfermo, se le enseñan técnicas de respiración para el mejoramiento de esta.

Se concientiza sobre la importancia de la ingesta de líquidos en poca cantidad vigilando que sea una cantidad de 800 ml. diarios, se le realiza control de líquidos diariamente, se observan signos de retención de líquidos y estado de hidratación de la piel y boca, se le concientiza a que debe ingerir alimentos en poca cantidad.

Fecha:

5 / 06 / 00

Signos vitales:

T 36.7 °C FC 73 FR 15 T/A 140/100

Control de Líquidos:

Ingresos: 650 ml.

Egresos: 100 ml.

Cuidados de Enfermería:

Se continúa con la palmopercusión y aplicación de O2 PRN. Se le toma peso, se vigila signos de retención de líquidos y se continúa vigilando que la cantidad de líquidos sea ahora de 500 ml. diarios, se informa al paciente y familiar (esposa) sobre los beneficios del procedimiento de diálisis peritoneal comentándole que el objetivo del programa será proporcionarle una mejor calidad de vida y hará que el enfermo se incorpore más rápido a su área de trabajo.

Fecha:

6 / 06 / 00

Signos Vitales:

T 36.6 °C FC 78 FR 23 T/A 140/ 90.

Control de Líquidos:

Ingresos: 800 ml.

Egresos: 90 ml.

Cuidados de Enfermería:

Se continúa con la administración de O₂, control de líquidos, se disminuye la cantidad de líquidos, se mantiene lubricada la piel y se observa la circulación del enfermo, se realizan junto con el familiar masajes y ejercicios activos que conserven la circulación, se toman signos vitales cada 4 hrs., se continúa informándole sobre la importancia de la aplicación así como de las ventajas y desventajas del catéter de Tenkoff , continúa con la palmoperCUSión torácica, se determinan con el familiar aquellos alimentos preferidos por el paciente se vigila que se sirvan los alimentos en forma apetitosa y atractiva en poca cantidad y frecuentes, se establece comunicación con la Nutrióloga para establecerle una dieta de acuerdo a su padecimiento y comentarle cuales son aquellos alimentos que prefiere el enfermo.

Fecha:

7 / 06 / 00

Signos Vitales:

T 36°C FC 96 FR 25 T/A 140/80

Control de Líquidos:

Ingresos: 1100 ml.

Egresos: 200 ml.

Cuidados de Enfermería:

Se le proporciona al enfermo y al familiar el Programa de diálisis peritoneal y se continúa con la concientización para que acepten la aplicación del catéter de Tenkoff, continuamos con el control de líquidos, se observan signos de retención de líquidos, se vigila la frecuencia respiratoria y se continúa con la palmopercusión torácica, se vigila el número de micciones que realiza durante el día, se toma peso cada tercer día, se sigue concientizando a que tome sus alimentos en poca cantidad para que no le provoque náuseas, se le proporcionan revistas de entretenimiento para que se mantenga distraído.

Fecha:

8 / 06 / 00

Signos Vitales:

T 36.1°C FC 85 FR 26 T/A 140 / 90

Control de Líquidos:

Ingresos: 550 ml.

Egresos: 110 ml.

Cuidados de Enfermería:

Se continúa con el control de líquidos estrictos, vigilancia del estado de hidratación de la piel y boca, vigilancia que la cantidad de líquidos que ingiera sea de 500 ml. en 24 hrs. , se establece comunicación con la Nutrióloga la cual inicia que se inicie la ingesta de un suplemento alimenticio 1 lata diaria de Nepro por dos semanas, se sigue vigilando que sirvan los alimentos en forma apetitosa en poca cantidad.

Se prosigue con la educación sobre la importancia de los beneficios de la diálisis peritoneal y la realización de masajes y palmo percusión torácica.

Fecha:

9 / 06 / 00

Signos Vitales:

T 36.7°C FC 86 FR 23 T/A 130 / 80

Control de Líquidos:

Ingresos: 460 ml.

Egresos: 130 ml.

Cuidados de Enfermería:

Control de líquidos diario, vigilancia de signos de retención de líquidos y estado de hidratación de la piel y boca, vigilancia de la cantidad de líquidos que ingiera, así como el número de micciones que realiza durante el día, se concientiza al familiar sobre el procedimiento de diálisis peritoneal y se ofrecen comidas en pequeñas cantidades comentándole sobre la importancia que tiene el que ingiera estos alimentos, se toma peso, profundizo con el enfermo acerca de aquellas causas

que hacen que se sienta preocupado y ayudar a que entienda los cambios que pueden existir a causa del estado de salud en que se encuentra.

Fecha:

10 / 06 / 00

Signos Vitales:

T 36.5°C FC 80 FR 20 T/A 150 / 100

Control de Líquidos:

Ingresos. 620 ml.

Egresos: 100 ml.

Cuidados de Enfermería:

Se continúa platicando con el paciente sobre aquellos cambios de actividad que tiene por su problema de salud, informándole sobre aquellas actividades disponibles que puede utilizar en su trabajo como terapias recreativas, ocupacionales, música, terapia de arte, planeando con él acerca de aquellas actividades recreativas y deportivas que pueda realizar sin mucho esfuerzo o sugerirle que solo supervise y observe las actividades deportivas de sus alumnos y a la vez colaborar con el enfermo y su esposa sobre la mejor decisión que tomaran en cuanto a su trabajo en caso de presentarse alguna complicación.

Fecha:

11 / 06 / 00

Signos Vitales:

T 36°C FC 74 FR 20 T/A 150 / 100

Control de Líquidos:

Ingresos: 500 ml.

Egresos: 60 ml.

Cuidados de Enfermería:

Continuamos con la concientización a que debe comer alimentos en poca cantidad y frecuentes, se observa signos de retención de líquidos, se prosigue con el control de líquidos diariamente, se informa al enfermo y al familiar a que el procedimiento de diálisis hará que su estado de salud se mejore y a la vez tendrá u cambio en su calidad de vida, se toma peso.

Fecha:

12 / 06 / 00

Signos Vitales.

T 36.7°C FC 80 FR 20 T/A 150 /100

Control de Líquidos:

Ingresos. 430 ml.

Egresos: 80 ml.

Cuidados de Enfermería:

Se observa la presencia de edema generalizado, continua con la palmopercusión torácica diariamente y masajes corporales, se administraron medicamentos para disminuir la T/A.

El familiar visitó dentro del hospital a un paciente dializado en donde este compartió sus experiencias vividas sobre el procedimiento de la diálisis peritoneal y estuvo presente en un procedimiento del cambio de la bolsa de la diálisis peritoneal.

Fecha:

13 / 06 / 00

Signos Vitales:

8 hrs. T 36.5°C FC 80 FR 20 T/A 140 / 90

Control de Líquidos:

Ingresos: 300 ml.

Egresos: 30 ml.

Cuidados de Enfermería:

Se realizan masajes corporales, se le concientiza sobre la importancia que tiene el que ingiera alimentos aunque sea en poca cantidad, se toma peso. Recibe la visita de un paciente dializado este le compartió sus experiencias y lo motivo a que se instale el catéter de Tenkoff. Se instruye al paciente y al familiar junto con las enfermeras encargadas del Programa de diálisis peritoneal sobre el procedimiento del cambio de bolsa de diálisis, describiéndole los signos y síntomas de infección. El familiar demostró la técnica del cambio de la bolsa de diálisis peritoneal.

Fecha:

14 / 06 / 00

Signos vitales:

T 36.2°C FC 80 FR 20 T/A 150 /90

Control de Líquidos:

Ingresos: 300 ml.

Egresos: 3.8 ml.

Cuidados de Enfermería:

Se continúa con la concientización al paciente sobre la ingesta de alimentos y líquidos, se proporciona al familiar la lista del material y equipo que necesitara para la realización del procedimiento. Se le da preparación física (ayuno) al paciente para la instalación del catéter de Tenkoff el día 15 / 06 / 00.

Fecha:

15 / 06 / 00

Signos vitales:

T 36.5°C FC 80 FR 20 T/A 150 / 90

Control de Líquidos:

Ingresos: 280 ml.

Egresos: 20 ml.

Cuidados de Enfermería:

Continúa la preparación física del paciente (Tricotomía, vendaje de miembros inferiores e instalación del gorro). Se acompaña al paciente cuando baja al servicio de quirófano para la instalación del catéter.

* Se instala catéter de Tenkoff.

Fecha:

16 / 06 / 00

Signos vitales:

T 36°C FC 82 FR 18 T/A 170 / 100

Control de Líquidos:

Ingresos: 310 ml.

Egresos: 100 ml.

Cuidados de Enfermería.

Se realiza una evaluación de la herida y la piel adyacente, realizando curación del área de aplicación del catéter, se protege con gasas de los agentes nocivos ambientales, se vigilo de cerca al paciente detectando signos y síntomas de infección y a la vez que el área de aplicación del catéter estuviera libre de presión, se instruyo al paciente y al familiar sobre el cuidado de la piel comentándole que siempre debe estar limpia y seca, se hablo con el médico comentándole que en caso de que el paciente presentara signos y síntomas de infección, empeoramiento del estado de la herida y / o apariciones de nuevas lesiones. El

familiar realiza cambios de la bolsa de diálisis peritoneal cada 30 minutos vigilando que haya un buen ingreso y egreso del líquido de diálisis.

Fecha:

17 / 06 / 00

Signos vitales.

T 36.3°C FC 82 FR 20 T/A 140 / 100

Control de Líquidos:

Ingresos: 1270 ml.

Egresos: 450 ml.

Cuidados de Enfermería:

Curación de la zona de aplicación del catéter, evaluando la herida y la piel, se buscaron signos y síntomas de infección y se mantuvo la zona de aplicación libre de presión, se le pidió al familiar que describiera los signos y síntomas de infección así como del cuidado de la piel, el familiar realiza cambios de la bolsa de la diálisis peritoneal cada 30 minutos y cada 6 horas, vigilando el ingreso y egreso del líquido de diálisis peritoneal.

Fecha.

18 / 06 / 00

Signos vitales:

T 36°C FC 80 FR 20 T/A 170 / 90

Control de Líquidos:

Ingresos: 950 ml.

Egresos: 250 ml.

Cuidados de Enfermería:

Curación de la herida manteniéndola libre de presión, protegiéndola con gasas, conservándola limpia y seca, cuidando que el catéter se encuentre libre de presión, se vigila que no haya signos de infección en el líquido de diálisis o la presencia de nuevas lesiones en la piel, así como en el ingreso y egreso del líquido de diálisis peritoneal.

Fecha:

19 / 06 / 00

Signos vitales:

T 36°C FC 72 FR 18 T/A 170 /100

Control de Líquidos.

Ingresos: 1040 ml.

Egresos: 280 ml.

Cuidados de Enfermería:

Curación de la herida conservándola limpia, seca, protegida y libre de presión, detectando que no existan signos y síntomas de infección en la piel y en el líquido

de diálisis peritoneal, así como que haya un buen ingreso y egreso del líquido de diálisis.

Fecha:

20 / 06 / 00

Signos vitales:

T 36.3°C FC 76 FR 20 T/A 160 /90

Control de líquidos:

Ingresos: 185 ml.

Egresos: 40 ml.

Cuidados de Enfermería:

Por la mañana se le realizó curación de la zona de aplicación del catéter de diálisis, manteniendo la piel limpia, seca y libre de presión, detectando que no hayan signos y síntomas de infección en la piel y en el líquido de diálisis, se vigila que exista un buen ingreso y egreso del líquido de diálisis peritoneal.

* Se da de alta a su domicilio a las 16: 30 hrs.

5.- Evaluación.

1.- Necesidad de Oxigenación:

Al valorar nuevamente esta necesidad se observó que el paciente ya no presenta tos con flemas, la disnea se elimino; así como la congestión pulmonar disminuyo en un 90%, manteniendo una frecuencia de 22 respiraciones por minuto diariamente.

2.- Necesidad de Eliminación:

En esta necesidad se logro que el paciente eliminara 2 o 3 veces en los últimos días ya que fue 15 días después de su ingreso que el paciente y el familiar se decidieron a que se le instalara el catéter de Tenkoff el día 15 de junio del presente año.

Durante su estancia se le peso cada 3er. día teniendo un peso aproximado de 46,650 Kgs. Y una ingesta de líquidos 800 ml. los primeros días y posteriormente 500 ml. diarios, no se logro que el enfermo visitara a un enfermo sometido a diálisis debido al estado de salud de este.

3.- Necesidad de Nutrición e Hidratación.

Durante su estancia hospitalaria el individuo presento nauseas llegando al vomito en algunas ocasiones, habían días en que ingería bien los alimentos aunque en poca cantidad, llegando al extremo de no ingerir alimentos durante el día lo cual esto ocasiono una desnutrición hidroelectrolítica y perdida de proteínas.

Se determinaron los alimentos preferidos por el paciente junto con su esposa y la nutriologa lo cual se le ofrecieron al enfermo aquellos alimentos que le gustaban como los nopales, verduras y frutas entre otros, lo cual los comía en los días en que ingería bien los alimentos sin provocar algún síntoma en él, también ingirió un suplemento alimenticio llamado Nepro el cual tomaba 1 lata diaria durante 2 semanas.

4.- Necesidad de Moverse y mantener una buena postura:

Durante su estancia en el hospital el enfermo permanecía en cama al realizarle los masajes y los ejercicios activos aplicándole crema, se observo que el enfermo se mantenía mas despierto, relajado.

Esta necesidad se resolvió en un 60% debido a que antes y después de la aplicación del catéter se levantaba por si mismo solo para ir a bañarse e ir al baño a miccionar y evacuar, no se observo algún problema en cuanto a su circulación del enfermo.

5.- Necesidad de Higiene y protección de la piel:

Esta necesidad fue alterada en el día en que se le instaló el catéter de Tenkoff (15/06/00), lo cual la herida quirúrgica permaneció limpia debido a que se le realizaba curación diaria protegiéndola con gasas estériles y manteniéndola libre de presión.

Al momento de su egreso presentaba un proceso de cicatrización normal y una herida limpia.

El líquido de diálisis peritoneal ingresaba y egresaba sin dificultad hasta el momento de su egreso.

6.- Necesidad de Evitar peligros:

Esta necesidad quedo resuelta debido a que la angustia y desesperación que el enfermo sentía se elimino totalmente ya que se le dio a conocer las ventajas y desventajas así como todo lo referente al procedimiento de la diálisis peritoneal y sobre todo la visita de un enfermo sometido a diálisis ayudo a que el enfermo comprendiera lo importante que era el instalarse el catéter de Tenkoff.

7.- necesidad de Trabajar y realizarse:

En esta necesidad se logro eliminar la preocupación y la depresión que sentía el enfermo en cuanto a su trabajo. El enfermo junto con su esposa decidieron que

van a solicitar un permiso laboral por 6 meses mientras se adapta a su nueva vida, lo cual al terminar esta prórroga el enfermo iniciara nuevamente sus actividades como docente.

8.- necesidad de Jugar Participar en actividades recreativas:

Esta necesidad no se resolvió debido a que el enfermo no se ha incorporado aún a su centro de trabajo pero comprendió que ahora no podrá realizar actividades de gran esfuerzo y que existen otras actividades que harán que sus alumnos se mantengan distraídos durante sus actividades recreativas y deportivas.

Durante su estancia hospitalaria por ratos leía las revistas que se llevaron para que se mantuviera distraído.

9.- Necesidad de Aprendizaje.

Esta necesidad fue resuelta en un 100% debido a que se logro eliminar la angustia, depresión y preocupación que sentía al no saber lo suficiente sobre el procedimiento de la diálisis peritoneal ya que se le proporciono el programa de diálisis peritoneal la lista del material y equipo que utilizara así como las condiciones generales que debe tener el lugar donde se va a realizar los cambios de la bolsa de diálisis peritoneal.

Se logro también que el enfermo y el familiar aprendieran la técnica correcta demostrándola así durante los cambios de la bolsa de diálisis peritoneal.

6.- Plan de Alta.

De las 9 necesidades que se detectaron en el adulto mayor quedaron parcialmente resueltas las siguientes necesidades lo cual se planean acciones para que el enfermo junto con su familia puedan resolverlas en su hogar.

Diagnostico de enfermería:

Patrones alterados de eliminación urinaria relacionado con la disfunción renal manifestado por una micción al día, retención de líquidos y disnea.

Objetivos:

- * Establecer un patrón normal de eliminación urinaria.
- * Llevar un control de líquidos estricto.

Cuidados:

- * Medir diariamente la cantidad de orina que micciona.
- * Anotar en una hoja especial el número de micciones que realiza diariamente.
- * Llevar un control de líquidos diariamente.
- * Vigilar la cantidad de líquidos que ingiere durante el día.
- * Vigilar signos de retención de líquidos y edema.

Diagnostico de enfermería:

Alteración de la nutrición relacionado con la disminución del apetito manifestado por somnolencia, leve deshidratación, pirosis, náuseas y vómito.

Objetivo:

Ingerir una dieta adecuada según su padecimiento.

Cuidados:

- * Recomendar a que ingiera una dieta normal en proteínas, sodio y potasio (como huevos, leche, carne, plátano, etc.)**
- * Recomendar una dieta rica en calorías y en minerales como el calcio.**
- * Sugerirle al familiar que le sirvan alimentos que estén atractivos y apetitosos al enfermo.**
- * Recomendar a que siga la dieta prescrita por la nutriologa (Dieta para Nefropata de 1800 cal).**

Diagnostico de Enfermería:

Deterioro de la movilidad física relacionado con la disminución del tono muscular manifestado por debilidad muscular, cansancio y adinamia.

Objetivos:

- * Conservar la fuerza y el tono muscular del enfermo.**
- * Recuperar la independencia total de las actividades diarias en cuanto sea posible.**

Cuidados.

- * Aconsejar a que realice ejercicios que no requieran de mucho esfuerzo en su hogar por ejemplo caminar.**
- * El familiar le realizará al enfermo masajes corporales.**
- * Mantener lubricada la piel aplicando cremas o aceites.**

Diagnostico de enfermería:

Alteración de la piel relacionado con la instalación del catéter de Tenkoff manifestado por la presencia del catéter en el abdomen a través del cual se le realizan los baños dialfíticos.

Objetivos:

- * Mantener la herida quirúrgica limpia y seca.
- * Conservar la piel en buenas condiciones.

Cuidados:

- *Instruir al enfermo y al familiar sobre como realizar la curación en el sitio de aplicación del catéter.
- * Realizar la curación de la herida diariamente, protegiéndola con gasas estériles hasta que la herida se encuentre seca.
- * Mantener el catéter libre de presión.
- * Vigilar signos de infección de la herida así como del liquido de diálisis peritoneal. Informarle que en caso de que la herida presentara enrojecimiento, hiperemia o alguna lesión así como del liquido de diálisis presentara fibrina (nata), ingresara o egresara con dificultad el líquido o presentara sangrado debe llamar por teléfono o acudir de inmediato al hospital para su atención inmediata.
- * Realizar los cambios de la bolsa de diálisis peritoneal correctamente cada 6 horas aproximadamente.

A continuación se describen los medicamentos que tomara así como la vía, la dosis y el horario en que los tomara.

Ranitidina 1 tableta de 150 mgs. cada 12 horas por vía oral. (2 veces al día)

Calcio efervescente 1 tableta de 500 mgs. cada 12 horas por vía oral. (2 veces al día)

Captopril 1 tableta de 25 mgs. cada 24 horas por vía oral. (1 vez al día)

Calcitriol perlas 1 perla de 25 mgs. cada 24 horas por vía oral. (1 vez al día)

Metoclopramida 1 tableta de 10mgs. cada 8 horas de preferencia 15 minutos antes de los alimentos.

VI.- CONCLUSIONES

La Enfermería profesional ha evolucionado desde la aplicación de principios científicos hasta una disciplina que aplica teorías, marcos de referencia, modelos y principios a la práctica.

Los profesionales de todas las disciplinas, incluyendo a las enfermeras, utilizan el proceso científico con cuadros teóricos para obtener información, buscar conocimientos nuevos y dirigir sus acciones, por lo que el proceso de enfermería es una adaptación del aspecto científico a la práctica.

Actualmente, la enfermería esta usando las estructuras teóricas y los modelos conceptuales para guiar y respaldar su proceso, además, el método científico, con una base teórica, proporciona un sistema y una dirección para obtener los datos, analiza el estado de salud de los pacientes, acierta en lo referente a los intereses o problemas y guía la selección de las estrategias para implementar sus actividades.

Así mismo la enfermera que basa su práctica profesional en el modelo conceptual de Virginia Henderson centra su atención sobre las necesidades fundamentales de la persona; sus intervenciones van dirigidas a conservar o restablecer la independencia de la persona en la satisfacción de sus necesidades fundamentales.

Es por eso que durante la elaboración del Proceso Atención de Enfermería particularmente tuve la oportunidad de aprender e implementar un método que me sirviera para comprender al paciente y su ambiente utilizando un modelo teórico como marco de referencia en cada componente del PAE.

Particularmente tuve barreras las cuales me impulsaron a seguir adelante debido a que el proceso que elaboraba anteriormente es diferente en todos los aspectos, ya que el anterior se caracterizaba por tener un enfoque médico, rutinario iniciando desde el Marco Teórico el cual se centraba en la historia de la enfermedad del paciente, la valoración se encaminaba hacia una historia clínica médica, el Diagnostico de enfermería se distinguía por ser un diagnostico médico, el plan de cuidados se basaba en los signos y síntomas y tratamiento médico, no se valoraban las 14 necesidades básicas según Henderson sino que solo nos enfocábamos a la necesidad que se encontraba alterada en ese momento sin tomar en cuenta todas aquellas que también son importantes y que de una u otra forma afectan el estado de salud del individuo.

Así mismo durante el desarrollo del Marco Teórico tuve algunos contratiempos para recopilar información ya que en nuestra ciudad no hay material bibliográfico que me ayudara a sustentar dicho trabajo.

De igual forma una de las limitaciones fue que el personal de enfermería de mi hospital en algunos casos no es sabedora de la existencia de este nuevo proceso de enfermería, debido a esto tuve problemas para implementar mi plan de cuidados ya que el personal de enfermería esta acostumbrado a un rol que hace que nuestra participación como enfermera sea rutinaria.

Por otra parte el realizar este proceso me permitió realizar una valoración completa de enfermería y no una valoración médica, basándome en las necesidades

identificadas en el adulto mayor, en el establecimiento de diagnósticos de enfermería, así como en la planeación y ejecución de las intervenciones de enfermería y no como procedimientos ordinarios.

VII.- SUGERENCIAS

- * Que en nuestra formación como profesionales se nos enseñe como elaborar un Proceso Atención de Enfermería y que se contemple como un tema central en una materia a fin a este.

- * La construcción de un prototipo acorde a nuestro desarrollo, basado en una integración docencia – servicio.

- * Que el personal docente de las Escuelas de Enfermería a nivel estatal y / o nacional establezcan un modelo único a seguir y que sirva de guía para proporcionar una atención de calidad a la persona sana o enferma.

- * Capacitación al personal docente de la Escuela de Enfermería sobre la elaboración del Proceso Atención de Enfermería.

- * Mayor difusión del Proceso al personal de enfermería a nivel nacional para establecerlo en nuestras instituciones como una actividad diaria de enfermería.

- * Que las autoridades establezcan un programa de asesoramiento a todo el personal de enfermería a nivel nacional; para que este conozca sobre la elaboración e implementación del proceso.

BIBLIOGRAFIA

ALCANTAR Zavala, Ma. Lilia Alicia. **El Modelo de Henderson y el Proceso de Atención de Enfermería aplicado a un recién nacido con insuficiencia respiratoria.** México, ENEO, UNAM, 1995, Trabajo de titulación..

ALFARO- Lefevre, Rosalinda. **Aplicación del Proceso de Enfermería.** Guía Práctica, 3ª. Edición. Tr. por María Teresa Luis Rodrigo, Madrid, Mosby-Doyma, 1996.

BERNAL López, Beatriz y María Eduarda pineda Ramírez. (comp). **Antología Textos de Filosofía y Filosofía de Enfermería.** México, ENEO, UNAM, 1996.

COLLIERE Marie, Francoise. **Promover la vida.** De la práctica de las mujeres cuidadoras a los cuidados de Enfermería. Madrid, Interamericana Mc Graw-Hill, 1994.

DE LA FUENTE, Ramón. **Psicología Médica.** Nueva Versión, 2ª. Edición, México, Fondo de Cultura Económica, 1992.

DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA DE LA NANDA. **Definiciones y Clasificación 1992 – 1993.** Ed. Española. Tr. Por Maria Teresa Luis Rodrigo, Madrid, Mosby-Doyma, 1994.

DONAHUE M. , Patricia. La Enfermería. La condición del Arte, en, Historia de la Enfermería, Tr. Por Maria Picazo y Carmen Hernández, Barcelona, Mosby-Doyma, 1988.

FERNÁNDEZ Ferrin, Carmen, et. al; El Modelo de Henderson y el Proceso de Atención de Enfermería. Barcelona, Masson – Salvat, 1995.

GUANTLE, Patricia. Enfermería Medico Quirúrgica. 2ª. Ed., Madrid, Mosby-Doyma, 1995.

HENDERSON, Virginia. La Naturaleza de la Enfermería. Reflexiones 25 años después. Madrid, Interamericana Mc Graw-Hill, 1994.

KEROUAC, Suzanne. El pensamiento enfermero. Barcelona España, Masson, 1996.

KIM Mi Ja, et. al. Diagnostico de Enfermería. Guía Clínica de enfermería. 1ª edición en español de la 5ª. Edición en Ingles. Tr. Por Diorki, Servicios Integrales de Edición. México, Mosby-Doyma, 1996.

KOZIER, Barbara, et. al. Introducción a la Enfermería. En Enfermería Fundamental 1, Carlos J. Bermejo Ceja y Otros, 4ª. Edición, Madrid, Interamericana Mc Graw-Hill, 1993.

KOZIER, Barbara. et, al. En Marco Conceptual y Teorías de Enfermería, en, op. cit.

MARRINER, Ann. Modelos y Teorías de Enfermería. Madrid, Mosby-Doyma, 1996.

POTTER, Patricia. Fundamentos de Enfermería". 3ª. Edición, España, Mosby-Doyma , 1995.

RODRÍGUEZ García, Rosalía, et, al. Geriatria. 1ª edición en español, Tr. Por Mc Graw-Hill Interamericana Editores S. A. de C. V., México, Mc Graw-Hill, 1999.

ANEXOS

1.-Formato de Valoración (Vacío).

FICHA DE IDENTIFICACIÓN.

Nombre:

Edad:

Peso:

Talla:

Fecha de Nacimiento:

Procedencia (Originario):

Residente:

Fuente de información:

Fiabilidad (1 – 4):

Miembro de la familia / Persona significativa:

Escolaridad:

Ocupación:

Religión:

Status económico:

Valoración de las necesidades humanas:

1.- Necesidad de Oxigenación:

-Aspecto General:

-Estado de conciencia:

-Registro de signos vitales:

Tos productiva / seca:

-Disnea debido a:

-Dolor asociado a la respiración:

-Fumador:

-Cuántos cigarrillos al día:

-Presencia de movimientos del tórax:

-Presencia de ruidos cardíacos:

-Circulación del entorno venoso:

-¿Cómo influye la respiración de las actividades de la vida cotidiana en su respiración?

-¿Cómo influye su estado de ánimo en su respiración?

-¿Tiene conocimientos sobre una respiración correcta:

-¿Conoce y / o utiliza técnicas que creen que le mejoren su respiración (relajación, yoga)?

-¿Es propenso a sufrir hemorragias?

-¿Tiene algún antecedente de problemas cardiorrespiratorios? (Dolor precordial, taquicardias, asma, alergias.)

2.- Necesidad de Nutrición e hidratación:

-Dieta habitual: (tipo)

-No. de comidas diarias:

-Trastornos digestivos:

-Intolerancia alimentaria:

-Alergias:

-Problemas de la masticación y deglución:

-Membranas mucosas hidratadas / secas:

-Funcionamiento neuromuscular y esquelético:

-Aspecto de los dientes y encías:

-¿Tiene en la actualidad algún problema digestivo?

- ¿Cómo influyen las emociones, sentimientos y pensamientos respecto a la comida / bebida?
- ¿Su religión le prohíbe comer algún alimento?
- Antecedentes familiares con respecto a talla, corpulencia, peso y hábitos alimenticios:
 - ¿Qué sentido le da a la comida?
 - ¿Con quién come habitualmente y en donde?
 - ¿Qué alimentos ha tomado en las últimas 72 horas?
 - ¿Qué cantidad y tipo de líquidos bebe al día?
 - ¿Qué preferencia tiene por determinados alimentos?
 - ¿Qué disgusto tiene por determinados alimentos?
 - ¿Qué dificultad encuentra para procurarse, almacenar y para prepararse una buena alimentación?
 - ¿Conoce las necesidades de alimentación e hidratación y su relación con la edad y con la actividad?
 - ¿Conoce los factores que favorecen su digestión y asimilación? (No comer alimentos que producen flatulencia, comer despacio, masticar y ensalivar bien, no acostarse después de comer).
 - ¿Ha habido cambios recientes de dietas o de peso?

3.- Necesidad de Eliminación:

- Hábitos intestinales:
 - Características de las heces, orina:
 - Historia de enfermedades renales / otros:
 - Dolor al defecar / orinar:
 - Abdomen / características:
 - Ruidos intestinales:
 - Palpación de la vejiga urinaria:
 - Olor corporal:
 - ¿Cómo influyen sus emociones en los patrones de eliminación?

- ¿Se siente satisfecho respecto a sus patrones habituales de eliminación? (frecuencia diurna y nocturna, cantidad y calidad, confortabilidad, sensación de bienestar)
- ¿El cambio de alimentación modifica los hábitos de alimentación?
- ¿Que tipo de hábitos higiénicos utiliza en la necesidad de alimentación?
- ¿Conoce medidas no medicamentosas de ayuda? (Masajes, dieta, hidratación, ejercicio físico) ¿Cuáles?
- En la actualidad ¿ Tiene algún problema relacionado con la necesidad de eliminación? (ardor al orinar, necesidad de laxantes para evacuar, hemorroides, dolor al defecar u orinar)
- En caso de problemas de eliminación (incontinencia, colostomía, sudoración excesiva o de olor desagradable) ¿Cómo le afectan en su auto concepto / auto imagen y en su vida de relación?

4.- Necesidad de Termorregulación:

- Adaptabilidad a los cambios de temperatura:
- Temperatura ambiental que le es agradable:
- Transpiración:
- ¿Tiene alguna creencia o valor que mediatice sus comportamientos en la necesidad de termorregulación?
- ¿Qué recursos utiliza (bebidas calientes, ropa, actividades físicas, aire acondicionado) y que limitaciones de conocimiento, económicas tiene en las situaciones de cambios de temperatura?
- ¿Las emociones intensas (miedo, ansiedad, ira) como le afectan esta necesidad?
- ¿Sabe como controlarlas?

5.- Necesidad de Moverse y mantener una buena postura:

- Capacidad física cotidiana:

-Actividades en el tiempo libre:

-Estado del sistema músculo esquelético / fuerza:

-Capacidad muscular tono / resistencia/ flexibilidad:

-Posturas:

-Ayuda para la deambulaci3n:

-Dolor con el movimiento:

-Presencia de temblores:

-Estado emocional:

-¿Cuál es su postura habitual relacionada con su ocupaci3n, rol social o pertenencia a determinado grupo social?

-¿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 de vida con respecto a ella?

-¿Sabe como realizar ejercicios activos y pasivos que mejoren la movilidad y la tonicidad muscular?

-¿Cómo inflencias sus emociones en esta necesidad?

-¿Cómo inflencias sus creencias y / o valores de comunicaci3n intercultural en esta necesidad?

6.- Necesidad de Descanso y sueño:

-Horario de descanso:

-Horario de sueño:

-Horas de descanso:

- Horas de sueño:

-Siesta:

-¿Padece insomnio?

-¿Se siente descansado al levantarse?

-Ojeras:

- Bostezos:

-Apatía:

-Cefaleas:

-Donde duerme y con qui3n:

- Habitualmente ¿Duerme solo o acompañado?
- ¿Le afecta algún tipo de clima para poder dormir?
- Estado de los ojos:
- ¿Se levanta por las noches?
- ¿Los cambios en su situación y hábitos, modifican o alteran su patrón de sueño?
- ¿Cuánto tiempo necesita habitualmente para conciliar el sueño?
- ¿Cómo le influyen las emociones en la necesidad de dormir y reposar?
- ¿Sabe como reducir o controlar las tensiones y el dolor?
- ¿Qué hace normalmente cuando necesita descansar?
- ¿Hay algo que interfiera en su descanso en este momento?
- ¿Qué sentido tiene para usted el dormir?
- ¿Tiene sueños / pesadillas 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 o estimularse?

7.- Necesidad de usar prendas de vestir adecuadas:

- Viste de acuerdo a su edad:
- Capacidad psicomotora para vestirse y desvestirse:
- Vestido incompleto: - Sucio: - Inadecuado:
- Tipo y cantidad de accesorios:
- Condiciones del entorno (espacio para guardar la ropa limpia y sucia, para lavarla, secarla)
- ¿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 si mismo / a la ropa que se pone habitualmente? (en el hospital, trabajo)

-¿Conoce la relación entre calidad / cantidad de ropa necesaria para la adecuada acomodación al propio cuerpo y a la temperatura ambiente?

-Ante situaciones de la vida causantes de estrés o conflicto, ¿se afecta su modo de vestir?, ¿Cómo?

-¿Tiene algún objeto o 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 desvestirse en un sitio extraño, ante personas o con ayuda de otras personas? (Intimidad)

8.- Necesidad de Higiene y protección de la piel:

-Frecuencia de aseo:

-Momento preferido para el baño:

-Cuántas veces se lava los dientes al día:

-Halitosis:

-Aseo de manos antes y después de comer: - Después de eliminar:

-Aseo de oídos:

-¿Tiene creencias personales o religiosas que limiten sus hábitos higiénicos?

-Lesiones dérmicas, ¿Qué tipo?

-Expresión corporal de confort, efectos del baño o ducha:

-Estado de la piel: (color, textura, presencia de manchas, temperatura, humedad, lesiones)

-Turgencia de la piel:

-Heridas, tipo y tiempo de cicatrización:

-Estado del cabello, cuero cabelludo, uñas, orejas, nariz:

-¿Qué significado tiene para usted la limpieza?

-¿Cómo le afecta el hecho de que sus necesidades de higiene sean satisfechas con ayuda de otra persona o ante personas?

-¿Tiene por costumbre utilizar algún producto específico? (colonias, antisépticos bucales, cremas)

- ¿Existen condiciones en su entorno inmediato que limitan o imposibilitan unos hábitos saludables de higiene? (creencias o valores familiares)
- Ante situaciones de la vida causante de estrés o conflicto. ¿Se afecta su necesidad de higiene?, ¿Cómo?

9.- Necesidad de Evitar peligros:

- ¿Que miembros componen su familia de pertenencia?
- ¿Cuantos miembros componen su familia de referencia?
- ¿Cómo reacciona ante una situación de urgencia?
- Condiciones del ambiente en su hogar:
- Características de su vivienda:
- ¿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?
¿Las utiliza?
- ¿Controla su funcionamiento periódicamente?
- ¿Realiza los controles de salud periódicos recomendados para cada edad y situación de la persona y familia? (vacunaciones antigripales en el anciano o personas de riesgo, vacunaciones y control de animales domésticos, revisiones médicas, control de la tensión arterial, etc.)
- ¿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 de su situación, hablar con la persona que esta implicada en el problema, sentirse ansioso, rezar, leer).
- ¿Ha sufrido alguna alteración física que haya alterado su auto imagen/ auto concepto?
- ¿Es o ha sido más difícil de lo previsible aceptar los cambios ocurridos a raíz de una situación de cambio o crisis? (enfermedad, amputación, cirugía).

-¿Cómo ha reaccionado su familia ante sus problemas actuales de salud? (actitud de aceptación y apoyo, rechazo, abandono o indiferencia).

10.- Necesidad de Comunicarse:

-Estado civil:

- Años de relación:

-Vive con:

-¿Comunica sus problemas debidos a la enfermedad / estado?

-¿Cuánto tiempo pasa solo?

-¿Con cuantas personas suele relacionarse diariamente?

-Frecuencia de lo diferentes contactos sociales en el trabajo:

-Habla claro:

-Dificultad en la visión:

-Audición:

-Comunicación verbal / no verbal con la familia / con otras personas significativas:

-¿Pertenece a alguna organización, asociación o grupo social o religioso?

-¿Qué personas o grupos le han ayudado a sobrellevar la situación de crisis?
¿Cómo?

-¿Qué personas pueden ayudarle en la actualidad? (familia, amigos, vecinos).

¿Cuáles cree usted que le aportan sentimientos de seguridad y que estarían dispuestas ayudarle?

-Cantidad y calidad de las interacciones con la familia y con las personas del entorno: (facilidad de expresión de sentimientos y pensamientos).

-Actitudes facilitadoras de la relación (confianza, receptividad, empatía, compromiso, disponibilidad).

-Utilización de mecanismos de defensa: (negación, inhibición, agresividad / hostilidad, desplazamiento, etc.).

-De las personas significativas de que dispone como recurso, ¿Con cuales puede intercambiar puntos de vista o compartir problemas o inquietudes?

-¿Cree necesario y / o adecuado manifestar lo que siente u opina a su familia o amigos?, ¿Por qué?

- ¿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 usted? ¿Cómo le ven los demás?
- ¿Qué otras personas son importantes para usted?
- ¿Cómo se ve en relación con los demás?
- ¿Que cree que esperan de usted?
- ¿Tiene algún tipo de mascota o animal doméstico? ¿De que manera le ayuda en su necesidad de comunicación? (Le hace compañía, le hace sentirse seguro).
- ¿Siente que sus necesidades sexuales están cubiertas de forma satisfactoria para usted?

11.- Necesidad de vivir según sus creencias y valores:

-Creencia religiosa:

-¿Su creencia religiosa le genera conflictos personales?

-Principales valores en su familia:

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

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

-¿Qué sentido le da a la vida y a la muerte?

-¿En que tipo de creencias religiosas fue educado en su infancia? ¿Cuales de ellas son significativas ahora para usted?

-¿Qué tipo de ritos o comportamientos (dietas, posturas, gestos) asociados a sus creencias practica?

-¿Cuáles son los valores relevantes propios de su grupo social?

-¿Cuáles son sus propios valores personales integrados en su estilo de vida?

-¿En caso de necesidad , desearía tener la oportunidad de expresar sus últimas voluntades?

12.- Necesidad de trabajar y realizarse.

-Trabaja actualmente:

-Tipo de trabajo:

-¿Cuánto tiempo le dedica al trabajo:

-¿Esta satisfecho con su trabajo?

-¿Su remuneración le permite cubrir sus necesidades básicas y / o las de su familia?

-¿Esta satisfecho con el rol familiar que juega?

-Hábitos de trabajo:

-Estado emocional / calmado/ ansioso/ enfadado/ retraído/ temeroso/ irritable/ inquieto/ eufórico:

-Condiciones del ambiente en su trabajo:

-¿Se ha producido o puede producirse alguna modificación en sus roles a raíz de su situación actual? ¿Que tipo de problemas le ha supuesto? ¿Ha recibido apoyo en su grupo de trabajo?

-¿Las situaciones de tensión o conflicto influyen en la satisfacción de esta necesidad?, ¿De que modo?

13.- Necesidad de Jugar / Participar en actividades recreativas:

-¿Qué actividades recreativas o de ocio desarrolla en su tiempo libre? ¿Son importantes para usted?

-¿Aprendió la importancia del uso del tiempo libre en su grupo familiar?

-¿Tiene los recursos para poder dedicarse a cosas que le interesan? (materiales, transporte, tiempo, energía).

-¿Conoce las diferentes posibilidades recreativas que tiene a su alcance en su comunidad? ¿Las utiliza?

-¿Cuándo participo por última vez en alguna actividad lúdica o recreativa?

-¿Ha tenido que introducir alguna modificación en este tipo de actividades debido a su situación actual? ¿Qué tipo de problema le ha supuesto? ¿Cómo vive esta situación de cambio?

-¿Su estado de ánimo es apático/ aburrido/ participativo?

14.-Necesidad de Aprendizaje:

-Nivel de educación:

-Problemas de aprendizaje:

-Preferencias: leer/ escribir:

-¿Tiene interés en aprender a resolver problemas de salud?

-Estado del sistema nervioso:

-Memoria reciente:

-Memoria remota:

-¿Ha tenido alguna vez dificultades en aprender cosas nuevas?

-¿Cómo le resulta más fácil aprender o retener conceptos o habilidades nuevas? (leyendo , escribiendo, observando, mirando).

-¿Tiene conocimientos sobre sí mismo, sus necesidades básicas, su estado de salud actual, tratamiento y auto cuidados necesarios? ¿Considera que son suficientes?

-¿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?

-¿Conoce las diferentes fuentes de apoyo de que dispone en la comunidad? ¿Sabe como utilizarlas? ¿Las utiliza?

2.-Formato de Valoración (Lleno).

FICHA DE IDENTIFICACIÓN.

Nombre: Carlos Hernández Hernández.

Edad: 40 años.

Peso: 46 Kgs.

Talla: 1.60 Mts.

Fecha de Nacimiento: 5 de Marzo de 1960.

Procedencia (Originario): Huejutla Estado de Hidalgo.

Residente: Colonia Vicente Guerrero Mpio. De Malpaso, Chiapas.

Fuente de información: El mismo paciente y su esposa.

Fiabilidad (1 – 4): 4

Miembro de la familia / Persona significativa: Sus hijos.

Escolaridad: Normal básica.

Ocupación: Profesor de Educación Primaria.

Religión: Católica.

Status económico: Medio.

Valoración de las necesidades humanas:

1.- Necesidad de Oxigenación:

-Aspecto General:

Hipoasténico con ligera palidez de tegumentos, hidratado.

-Estado de conciencia:

Conciente, orientado.

-Registro de signos vitales:

Temperatura. 36.6°C, Pulso: 84 X', Respiración: 22X',

Tensión arterial: 140 / 90.

-Tos productiva / seca:

Productiva con presencia de flemas blanquecinas según él debido a que la semana pasada su esposa le puso barro húmedo en el pecho por la noche.

-Disnea debido a:

La tos productiva.

-Dolor asociado a la respiración:

No.

-Fumador:

Ahora no; menciona que cuando tenía 15 años empezó a fumar, lo cual tiene 15 años aproximadamente que dejó de hacerlo.

-Cuántos cigarros al día:

Fumaba de 5 a 6 cigarros al día.

-Presencia de movimientos del tórax:

Presenta movimientos torácicos, movimientos de amplexión y amplexación.

-Presencia de ruidos cardiacos:

Ruidos cardiacos de buena intensidad y ritmo.

-Circulación del entorno venoso:

No presenta alteraciones en su aparato circulatorio, ni presenta varices.

-¿Cómo influencia la respiración de las actividades de la vida cotidiana en su respiración?

Ahora que está enfermo se cansa y se agita al subir escaleras o al caminar mucho.

-¿Cómo influencia su estado de animo en su respiración?

No cambia.

-¿Tiene conocimientos sobre una respiración correcta:

No.

-¿Conoce y / o utiliza técnicas que creen que le mejoren su respiración (relajación, yoga)?

No.

-¿ Es propenso a sufrir hemorragias?

No.

-¿Tiene algún antecedente de problemas cardiorrespiratorios? (Dolor precordial, taquicardias, asma, alergias.)

Ninguno.

2.- Necesidad de Nutrición e hidratación:

-Dieta habitual: (tipo)

Habitualmente come frutas como el plátano, la papaya, verduras como los nopales, el pescado, el tasajo asado al carbón; come poco porque si come mucho le da dolor de estomago, nauseas y vómito.

-No. de comidas diarias:

2 / 3 veces al día.

-Trastornos digestivos:

Casi siempre tiene diarrea, debido a que casi todo lo que come le causa diarrea.

-Intolerancia alimentaria:

Ahora a la carne de res y puerco y al pollo.

-Alergias:

Ninguna.

-Problemas de la masticación y deglución:

Ninguna.

-Membranas mucosas hidratadas / secas:

Mucosas semihidratadas.

-Funcionamiento neuromuscular y esquelético:

Últimamente le duelen las piernas desde hace 15 días y siente que ha disminuido su fuerza muscular.

-Aspecto de los dientes y encías:

Son de color amarillos, con presencia de fractura en el 1er. incisivo derecho superior y algunas piezas dentales cariadas.

-¿Tiene en la actualidad algún problema digestivo?

Sí; tiene náuseas , vómitos y perdida del apetito por la misma tos.

-¿Cómo influyen las emociones, sentimientos y pensamientos respecto a la comida / bebida?

No influyen porque siempre come poco.

-¿Su religión le prohíbe comer algún alimento?

No.

-Antecedentes familiares con respecto a talla, corpulencia, peso y hábitos alimenticios :

Toda su familia es de complexión delgada y baja.

-¿Qué sentido le da a la comida?

De supervivencia porque le da hambre.

-¿Con quién come habitualmente y en donde?

Con su familia y come en el comedor de su casa.

-¿Qué alimentos ha tomado en las ultimas 72 horas?

Verduras, atoles pollo los cuales los vomitó porque presentó náuseas.

-¿Qué cantidad y tipo de líquidos bebe al día?

Toma menos de ½ litro y toma jugos de frutas o agua pura porque le agrada.

-¿Qué preferencia tiene por determinados alimentos?

Le gustan las frutas, el pescado, los nopales, el plátano, tasajo asado al carbón, le gustan las verduras pero en poca cantidad.

-¿Qué disgusto tiene por determinados alimentos?

No le gusta el pollo ni la carne.

-¿Qué dificultad encuentra para procurarse, almacenar y para prepararse una buena alimentación?

Ninguna.

-¿Conoce las necesidades de alimentación e hidratación y su relación con la edad y con la actividad?

Sí.

-¿Conoce los factores que favorecen su digestión y asimilación? (no comer alimentos que producen flatulencia, comer despacio, masticar y ensalivar bien, no acostarse después de comer).

Los conoce; come despacio, mastica bien, frecuentemente tomaba refrescos embotellados y rara vez se iba acostar cuando terminaba de cenar.

-¿Ha habido cambios recientes de dietas o de peso?

Sí; ha bajado de peso desde que empezó a enfermarse , dice que era mas gordito que ahora.

3.- Necesidad de Eliminación:

-Hábitos intestinales:

Defeca una vez al día si come bien.

-Características de las heces, orina:

Las heces son de color amarilla con restos alimenticios, la orina es amarilla sin olor desagradable micciona una vez al día en poca cantidad.

-Historia de enfermedades renales / otros:

Actualmente tiene problemas renales / hipertensión arterial / Diabetes.

-Dolor al defecar / orinar: Presenta disuria.

-Abdomen / características:

Abdomen blando con presencia de cicatriz umbilical con peristalsis presente.

-Ruidos intestinales:

Normales.

-Palpación de la vejiga urinaria:

Se palpa la vejiga vacía.

-Olor corporal:

No presenta mal olor corporal.

-¿Cómo influyen sus emociones en los patrones de eliminación?

De ninguna manera porque siempre hace igual una vez al día.

-¿Se siente satisfecho respecto a sus patrones habituales de eliminación? (frecuencia diurna y nocturna, cantidad y calidad, confortabilidad, sensación de bienestar)

Mas o menos porque él quisiera orinar mas pero no puede.

-¿El cambio de alimentación modifica los hábitos de alimentación?

Siempre es el mismo porque hace igual que todos los días.

-¿Que tipo de hábitos higiénicos utiliza en la necesidad de alimentación?

Se lava las manos después de ir al baño.

-¿Conoce medidas no medicamentosas de ayuda? (masajes, dieta, hidratación, ejercicio físico) ¿Cuáles?

Su esposa le prepara un té llamado estafiate o le da manzana cocida cuanto tiene diarrea.

-En la actualidad ¿ Tiene algún problema relacionado con la necesidad de eliminación? (ardor al orinar, necesidad de laxantes para evacuar, hemorroides, dolor al defecar u orinar)

Cuando hace pipi lo que siente es que le cuesta trabajo, cuando tiene mucha diarrea dice que queda lastimado por tanto ir al baño.

-En caso de problemas de eliminación (incontinencia, colostomías, sudoración excesiva o de olor desagradable) ¿Cómo le afectan en su auto concepto / auto imagen y en su vida de relación?

No le causa ningún problema con su imagen porque no suda mucho y su sudor no huele mal.

4.- Necesidad de Termorregulación:

-Adaptabilidad a los cambios de temperatura:

Se adapta aunque a veces por las tardes esta fresco y se pone suéter.

-Temperatura ambiental que le es agradable:

El clima templado, porque no le gusta ni el frío ni el calor.

-Transpiración:

Suda poco.

-¿Tiene alguna creencia o valor que mediatice sus comportamientos en la necesidad de termorregulación?

Cuando siente frío se aplica cremas que le calienten los pies o alguna zona de su cuerpo que esta fría, también se aplica alcohol muy rara vez.

-¿Qué recursos utiliza (bebidas calientes, ropa, actividades físicas, aire acondicionado) y que limitaciones de conocimiento, económicas tiene en las situaciones de cambios de temperatura?

Toma bebidas calientes, ropa adecuada dependiendo del clima.

-¿Las emociones intensas (miedo, ansiedad, ira) como le afectan esta necesidad?

¿Sabe como controlarlas?

De ninguna manera siempre conserva la misma temperatura conforme al clima que haya.

5.- Necesidad de Moverse y mantener una buena postura:

-Capacidad física cotidiana:

Mínima para hacer algunas actividades porque se cansa.

-Actividades en el tiempo libre:

Dormir.

-Estado del sistema músculo esquelético / fuerza:

Presenta debilidad, no tiene mucha fuerza.

-Capacidad muscular tono / resistencia/ flexibilidad:

Es poca porque se siente débil y no aguanta hacer actividades pesadas y de gran actividad.

-Posturas:

Alineado.

-Ayuda para la deambulación:

No.

-Dolor con el movimiento:

Siente dolor en las piernas y rodillas.

-Presencia de temblores:

No.

-Estado emocional:

Decaído, preocupado por la instalación del catéter para diálisis peritoneal.

-¿Cuál es su postura habitual relacionada con su ocupación, rol social o pertenencia a determinado grupo social?

En su trabajo casi siempre esta parado y sentado porque así lo requiere su trabajo.
(es profesor de educación primaria)

-¿Cuántas horas del día cree usted que esta sentado, andando, de pie, reclinado?

¿Se considera una persona activa o sedentaria?

Ahora que esta enfermo permanece todo el día en la cama porque lo que se considera una persona sedentaria.

-¿Conoce la importancia de esta necesidad y medidas saludables de vida con respecto a ella?

Si, cree que la actividad es importante porque hace que uno se sienta activo y útil.

-¿Sabe como realizar ejercicios activos y pasivos que mejoren la movilidad y la tonicidad muscular?

Si, pero no los hace.

-¿Cómo inflencias sus emociones en esta necesidad?

No inflencian porque el no hace ejercicio.

-¿Cómo inflencias sus creencias y / o valores de comunicación intercultural en esta necesidad?

De ninguna manera.

6.- Necesidad de Descanso y sueño:

-Horario de descanso: De 14 a 18 Hrs.

- Horario de sueño: de 23:30 a 6:00 A.M.

-Horas de descanso: 3 Hrs.

- Horas de sueño: 7:30 Hrs.

-Siesta:

Por las tardes de 16 a 17 Hrs.

-¿Padece insomnio?

No.

-¿Se siente descansado al levantarse?

Se siente relajado y descansado.

-Ojeras: No.

- Bostezos: No.

-Apatía:

El se considera apático y simple.

-Cefaleas:

Hoy (4/06/00) presento cefalea por la tarde porque comió mucho.

-Donde duerme y con quién:

En su cama y duerme con su esposa.

-Habitualmente ¿Duerme solo o acompañado?

Duerme acompañado con su esposa.

-¿Le afecta algún tipo de clima para poder dormir?

A veces cuando hay mucho calor no puede dormir bien.

-Estado de los ojos:

Presenta leve hinchazón, expresan preocupación por la aplicación del catéter para diálisis peritoneal.

-¿Se levanta por las noches?

Ahora si porque tiene mucha tos.

-¿Los cambios en su situación y hábitos, modifican o alteran su patrón de sueño?
Le molesta el ruido cuando va a empezar a dormirse pero una vez dormido lo hace profundamente.

-¿Cuánto tiempo necesita habitualmente para conciliar el sueño?
Una hora.

-¿Cómo le influyen las emociones en la necesidad de dormir y reposar?
Cuando esta triste le da mas sueño.

-¿Sabe como reducir o controlar las tensiones y el dolor?
Si, se va a AA ya que lo relaja.

-¿Qué hace normalmente cuando necesita descansar?
Se duerme.

-¿Hay algo que interfiera en su descanso en este momento?
Sí, la tos con secreciones.

-¿Qué sentido tiene para usted el dormir?
El de relajación y descanso.

-¿Tiene sueños / pesadillas cuando duerme:
Rara vez.

-¿Utiliza algún medio con el fin de facilitar el sueño? (masajes, relajación, visualización, música, entretenimiento, lectura).
No.

-¿Utiliza algún tipo de medicamento para dormir o estimularse?
No.

7.- Necesidad de usar prendas de vestir adecuadas:

-Viste de acuerdo a su edad:

Sí.

-Capacidad psicomotora para vestirse y desvestirse:

Se viste y se arregla solo.

-Vestido incompleto: Completo. - Sucio: Limpio.

- Inadecuado: Adecuado.

-Tipo y cantidad de accesorios:

Solo usa el cinturón como accesorio.

-Condiciones del entorno (espacio para guardar la ropa limpia y sucia, para lavarla, secarla)

No tiene problemas para guardar su ropa limpia y sucia.

-¿Qué significado tiene la ropa en cuanto a su imagen o cobertura de alguna otra necesidad? (autoestima, relaciones con los demás, etc.)

Es importante ya que como él trabaja en una escuela debe ir presentable y limpio.

-¿Cree que el modo de vestir marca diferencias personales, sociales, culturales, etc.?

No; porque la ropa no tiene nada que ver con las personas.

-¿Puede decidir por si mismo / a la ropa que se pone habitualmente? (en el hospital, trabajo)

En su casa si, pero aquí en el hospital se tiene que poner el pijama.

-¿Conoce la relación entre calidad / cantidad de ropa necesaria para la adecuada acomodación al propio cuerpo y a la temperatura ambiente?

Sí; cuando hay frío utiliza suéter y cuando hay calor usa ropa fresca.

-Ante situaciones de la vida causantes de estrés o conflicto, ¿se afecta su modo de vestir?, ¿Cómo?

Sí; cuando esta enojado se viste un poco mal y cuando esta alegre se viste mejor.

-¿Tiene algún objeto o accesorio del vestir que tenga significación especial para usted? ¿Cuál es?

No.

-¿Tiene algún tipo de indumentaria relacionada con valores o creencias que considere necesario mantener?

No.

-¿De que forma le afecta el vestirse o desvestirse en un sitio extraño, ante personas o con ayuda de otras personas? (Intimidad)

Depende del sitio, si esta acompañado con gente extraña le da pena.

8.- Necesidad de Higiene y protección de la piel:

-Frecuencia de aseo:

Se baña diario.

-Momento preferido para el baño:

En las tardes de 3 a 4 p.m.

-Cuántas veces se lava los dientes al día:

3 veces al día.

-Halitosis:

No presenta.

-Aseo de manos antes y después de comer: Sí.

-Después de eliminar: Sí.

-Aseo de oídos:

Después del baño.

-¿Tiene creencias personales o religiosas que limiten sus hábitos?

No.

-Lesiones dérmicas, ¿Qué tipo?

Ninguna.

-Expresión corporal de confort, efectos del baño o ducha:

Cuando se baña se mantiene mas despierto y relajado.

-Estado de la piel: (color, textura, turgencia, presencia de manchas, temperatura, humedad, lesiones)

Color tez morena con presencia de pequeñas manchas negras en moderada cantidad en la cara y en los brazos.

-Turgencia de la piel:

Elástica.

-Heridas, tipo y tiempo de cicatrización:

Tiene buena cicatrización ya que en 1999 se hizo una yaga en el 1er. orjejo del pie izquierdo por haber manejado su carro por mucho tiempo por lo que se le infectó y como es diabético se le complico y le tuvieron que amputar ese dedo, otra herida

fue en el codo izquierdo por presentar resequedad en la piel la cual tuvo buena cicatrización.

-Estado del cabello, cuero cabelludo, uñas, orejas, nariz:

Cabello y cuero cabelludo normal con presencia de canas, las uñas de las manos se encuentran en buenas condiciones, la de los pies están quebradizas, orejas y nariz normales, los ojos se encuentran un poco hinchados.

-¿Qué significado tiene para usted la limpieza?

Es lo primero para la salud y conservarse sanos.

-¿Cómo le afecta el hecho de que sus necesidades de higiene sean satisfechas con ayuda de otra persona o ante personas?

Se siente más inútil y enfermo si le ayudan.

-¿Tiene por costumbre utilizar algún producto específico? (colonias, antisépticos bucales, cremas)

Utiliza cremas.

-¿Existen condiciones en su entorno inmediato que limitan o imposibilitan unos hábitos saludables de higiene? (creencias o valores familiares)

Ninguna.

-Ante situaciones de la vida causante de estrés o conflicto. ¿Se afecta su necesidad de higiene?, ¿Cómo?

A veces cuando se siente mal no se baña un día.

9.- Necesidad de Evitar peligros:

-Que miembros componen su familia de pertenencia:

Su esposa, sus dos hijos y él.

-Cuántos miembros componen su familia de referencia:

11 personas.

-¿Cómo reacciona ante una situación de urgencia?

Aparentemente con tranquilidad aunque las situaciones de tensión las manifiesta enojado con los demás.

- Condiciones del ambiente en su hogar:

Son seguras, le entra poco aire pero para él es fresca.

-Características de su vivienda:

Vive en una casa con piso de cemento, paredes de madera, techo de madera con 3 cuartos.

-¿Cómo influyen las emociones intensas en su necesidad de seguridad física y psicológica? (se queda paralizado, hiperactivo)

Demuestra aparentemente tranquilidad.

-¿Conoce las medidas de prevención de accidentes en su trabajo y en su casa?

¿Las utiliza? ¿Controla su funcionamiento periódicamente?

Si las conoce como prevención de accidentes, en caso de sismos, temblores, quemaduras, etc., rara vez las utiliza y a veces vigila las instalaciones y el funcionamiento del gas en su casa.

-¿Realiza los controles de salud periódicos recomendados para cada edad y situación de la persona y familia? (vacunaciones antigripales en el anciano o personas de riesgo, vacunaciones y control de animales domésticos, revisiones médicas, control de la tensión arterial, etc.)

Ahora que esta enfermo va al médico periódicamente.

-¿Conoce las medidas de prevención de enfermedades infectocontagiosas y agresiones del entorno? (tormentas, rayos, inundaciones, fuego.) ¿Las utiliza?

Sí las conoce pero rara vez las utiliza.

-¿De que modo maneja las situaciones de tensión en su vida? (enfadarse consigo mismo o con los demás de su situación, hablar con la persona que esta implicada en el problema, sentirse ansioso, rezar, leer).

Se enfada con los demás aunque a veces mejor se aparta para no seguir peleando como cualquier persona.

-¿Ha sufrido alguna alteración física que haya alterado su auto imagen/ auto concepto?

Sí, su amputación del 1er. orjejo del pie izquierdo.

-¿Es o ha sido más difícil de lo previsible aceptar los cambios ocurridos a raíz de una situación de cambio o crisis? (enfermedad, amputación, cirugía).

Ha sido difícil porque ya no camina igual, ahora debe estar bien pendiente por donde camina.

-¿Cómo ha reaccionado su familia ante sus problemas actuales de salud? (actitud de aceptación y apoyo, rechazo, abandono o indiferencia).

Esta preocupada; pero ya aceptaron que le van a instalar el catéter para diálisis peritoneal.

10.- Necesidad de Comunicarse:

-Estado civil: Casado.

- Años de relación: 14 años.

-Vive con: Su esposa y 2 hijos de 14 y 8 años.

-¿Comunica sus problemas debidos a la enfermedad / estado?

Sí; a su esposa.

-¿Cuánto tiempo pasa solo?

Casi no se encuentra solo y si lo está es por 2 a 3 hrs. aproximadamente.

-¿Con cuantas personas suele relacionarse diariamente?

Aproximadamente con 28 personas.

-Frecuencia de los diferentes contactos sociales en el trabajo:

Diario.

-Habla claro: Sí

-Dificultad en la visión: Ninguna.

-Audición: No presenta problemas.

-Comunicación verbal / no verbal con la familia / con otras personas significativas:

Se comunica verbalmente con todas las personas.

-¿Pertenece a alguna organización, asociación o grupo social o religioso?

Alcohólicos Anónimos.

-¿Qué personas o grupos le han ayudado a sobrellevar la situación de crisis?

¿Cómo?

El grupo de AA porque lo distrae hablando con sus compañeros.

-¿Qué personas pueden ayudarle en la actualidad? (familia, amigos, vecinos).

¿Cuáles cree usted que le aportan sentimientos de seguridad y que estarían dispuestas a ayudarle?

Su esposa y su familia.

-Cantidad y calidad de las interacciones con la familia y con las personas del entorno: (facilidad de expresión de sentimientos y pensamientos).

Expresa sus sentimientos dependiendo del estado de ánimo en el que se encuentra.

-Actitudes facilitadoras de la relación (confianza, receptividad, empatía, compromiso, disponibilidad).

Se considera una persona colaboradora.

-Utilización de mecanismos de defensa: (negación, inhibición, agresividad / hostilidad, desplazamiento, etc.).

Si los utiliza.

-De las personas significativas de que dispone como recurso, ¿Con cuales puede intercambiar puntos de vista o compartir problemas o inquietudes?

Con su esposa cuando se siente bien de salud y cuando esta enfermo habla poco.

-¿Cree necesario y / o adecuado manifestar lo que siente u opina a su familia o amigos?, ¿Por qué?

Si le sirve de descarga y también de relajación.

-¿De que manera se relaciona su familia como un todo? (reuniones periódicas, celebraciones.)

Acudiendo raras veces a fiestas.

-¿Qué posición ocupa en el seno de su familia? ¿Cómo se ve usted? ¿Cómo le ven los demás?

Es padre de familia, se ve normal como todo padre y lo ven con respeto.

-¿Qué otras personas son importantes para usted?

Su familia.

-¿Cómo se ve en relación con los demás?

Amigable.

-¿Que cree que esperan de usted?

Su familia espera que se cuide y lleve acabo su tratamiento como es.

-¿ Tiene algún tipo de mascota o animal doméstico? ¿De que manera le ayuda en su necesidad de comunicación? (Le hace compañía, le hace sentirse seguro).

Tiene un perro, el cual cuando esta solo lo acompaña.

-¿ Siente que sus necesidades sexuales están cubiertas de forma satisfactoria para usted?

Si están satisfechas.

11.- Necesidad de vivir según sus creencias y valores:

-Creencia religiosa:

Católica.

-¿ Su creencia religiosa le genera conflictos personales?

No.

-Principales valores en su familia:

La salud, unión, amor, respeto y el dinero.

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

Si porque todo lo que ha pensado lo ha llevado acabo.

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

En su casa tiene una estatua de la virgen de Guadalupe.

-¿ Qué sentido le da a la vida y a la muerte?

La vida es vivirla lo mejor posible y la muerte es como un sueño.

-¿En que tipo de creencias religiosas fue educado en su infancia? ¿ Cuales de ellas son significativas ahora para usted?

Fue educado en la religión católica, cree en la virgen y en Dios y es significativa porque fue heredada por sus abuelos y sus padres.

-¿Qué tipo de ritos o comportamientos (dietas, posturas, gestos) asociados a sus creencias practica?

Ninguno.

-¿Cuáles son los valores relevantes propios de su grupo social?

La solidaridad y la ayuda porque si uno se ayuda con los demás el trabajo sale mejor y más rápido.

-¿Cuáles son sus propios valores personales integrados en su estilo de vida?

La familia, salud, amistad y dinero.

-¿En caso de necesidad , desearía tener la oportunidad de expresar sus últimas voluntades?

No.

12.- Necesidad de trabajar y realizarse.

-Trabaja actualmente:

Sí (Incapacitado).

-Tipo de trabajo:

Profesor de Educación Primaria.

¿Cuánto tiempo le dedica al trabajo:

5 Horas diarias de Lunes a Viernes.

-¿Esta satisfecho con su trabajo?

Sí.

-¿Su remuneración le permite cubrir sus necesidades básicas y / o las de su familia?

Sí.

-¿Esta satisfecho con el rol familiar que juega?

Sí.

-Hábitos de trabajo:

Cumple con su trabajo en todas las actividades menos en las deportivas y cuando se siente bien trabaja todos los días.

-Estado emocional / calmado/ ansioso/ enfadado/ retraído/ temeroso/ irritable/ inquieto/ eufórico:

Con sus niños es calmado, tranquilo.

-Condiciones del ambiente en su trabajo:

Son buenas aparentemente porque no hay lugares peligrosos.

-¿Se ha producido o puede producirse alguna modificación en sus roles a raíz de su situación actual? ¿Que tipo de problemas le ha supuesto? ¿Ha recibido apoyo en su grupo de trabajo?

Le ha causado problemas en su trabajo (en la dirección) debido a que no hay nadie quien lo supla y los demás maestros tienen que hacerse cargo de sus alumnos y no ha recibido ayuda de ningún tipo por parte de su sindicato.

-¿Las situaciones de tensión o conflicto influyen en la satisfacción de esta necesidad?, ¿De que modo?

Si, psicológicamente porque siempre esta pensando en su problema de salud y por eso no hace algunas actividades que tenía programado y cuando venia a ver se le había pasado el tiempo.

13.- Necesidad de Jugar / Participar en actividades recreativas:

-¿Qué actividades recreativas o de ocio desarrolla en su tiempo libre? ¿Son importantes para usted?

Refiere que cuando se siente bien acude a AA y riega sus plantas porque lo mantienen distraído y ocupado.

-¿Aprendió la importancia del uso del tiempo libre en su grupo familiar?

Si porque hace que la familia este unida.

-¿Tiene los recursos para poder dedicarse a cosas que le interesan? (materiales, transporte, tiempo, energía).

Tiene los utensilios para regar y cuidar sus plantas.

-¿Conoce las diferentes posibilidades recreativas que tiene a su alcance en su comunidad? ¿Las utiliza?

Si hay canchas de fútbol, básquetbol, béisbol y un gimnasio pero no las utiliza.

-¿Cuándo participó por última vez en alguna actividad lúdica o recreativa?

En 1983 jugando en un equipo de fútbol.

-¿Ha tenido que introducir alguna modificación en este tipo de actividades debido a su situación actual? ¿Qué tipo de problema le ha supuesto? ¿Cómo vive esta situación de cambio?

Ahora ya no realiza ningún tipo de actividad por si misma enfermedad, sus alumnos se enojan porque quieren jugar algún deporte y no puede y él se siente mal porque ya no puede hacerlo.

-¿Su estado de ánimo es apático/ aburrido/ participativo?

Para él es preocupante.

14.-Necesidad de Aprendizaje:

-Nivel de educación:

Profesor de Educación Primaria.

-Problemas de aprendizaje:

Ninguno.

-Preferencias: leer/ escribir:

Lee lecturas de AA.

-¿Tiene interés en aprender a resolver problemas de salud?

Sí, solo los de él.

-Estado del sistema nervioso:

Angustiado.

-Memoria reciente:

Buena.

-Memoria remota:

Buena.

-¿Ha tenido alguna vez dificultades en aprender cosas nuevas?

No.

**-¿Cómo le resulta más fácil aprender o retener conceptos o habilidades nuevas?
(leyendo , escribiendo, observando, mirando).**

Escuchando y observando.

-¿Tiene conocimientos sobre sí mismo, sus necesidades básicas, su estado de salud actual, tratamiento y auto cuidados necesarios? ¿Considera que son suficientes?

No los considera insuficientes porque le explicaron a grandes rasgos.

-¿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?

Sí; Considera que son insuficientes por lo que necesita leer mas libros acerca de este tema.

**-¿Conoce las diferentes fuentes de apoyo de que dispone en la comunidad?
¿Sabe como utilizarlas? ¿Las utiliza?**

Si hay una biblioteca, escuela para adultos, escuela para retraso mental pero no las utiliza; ya que solo manda a sus alumnos a realizar alguna tarea que les haya dejado.

3. CUÁDRO DE CONCLUSIÓN DIAGNOSTICA

NECESIDAD	GRADO DE DEPENDENCIA			DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA
	I	PD	D	

(I) INDEPENDENTE (PD) PARCIALMENTE DEPENDIENTE (D) DEPENDIENTE

4. CUADRO DE PLAN DE CUIDADOS

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	OBJETIVO	INTERVENCIÓN DE ENFERMERIA	CRITERIOS DE RESULTADO

5. CUADRO DE REGISTROS DE LOS CIUDADOS DE ENFERMERÍA

FECHA	SIGNOS VITALES			CONTROL DE LIQUIDOS		CUIDADOS DE ENFERMERIA	
	T	P	R	T/A	INGRESOS		EGRESOS

(T) TEMPERATURA (P) PULSO (R) RESPIRACIÓN (T/A) TENSIÓN ARTERIAL

6. PLAN DE ALTA

DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA	OBJETIVOS	CUIDADOS