



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA  
DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES  
ZARAGOZA.

PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN  
EL ADULTO CON TROMBOSIS VENOSA  
PROFUNDA.

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE  
LICENCIADO EN ENFERMERÍA  
P R E S E N T A:

Núñez Martínez Edith Liliana.

Director de tesis:  
Profesor: Lic. Enf. Gerardo Chávez

México 2003/



TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



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.

# ÍNDICE.

I.	Introducción.....	1
II.	Justificación.....	2
III.	Objetivos.....	3
IV.	Capítulo I. Marco teórico.....	4
	1. Evolución Histórica de la Investigación en Ciencias de la Salud, el caso de Enfermería.....	5
	2. Proceso de Atención de Enfermería.....	16
	3. El Modelo de Enfermería.....	35
	4. Trombosis Venosa Profunda.....	47
	5. Actividades Preventivas.....	55
V.	Capítulo II. Aplicación del Proceso Enfermero.....	63
	1. Valoración.....	64
	2. Diagnostico de Enfermería.....	73
	3. Planeación.....	73
	4. Ejecución.....	73
	- Plan de alta.....	91
	5. Evaluación.....	93
VI.	Conclusiones.....	94
VII.	Glosario de términos.....	95
VIII.	Bibliografía.....	96

# I. INTRODUCCIÓN.

Durante el servicio social en el Hospital de la Mujer, específicamente en el servicio de Terapia Intermedia, en el mes de Noviembre de 2002, fué de vital importancia no pasar por alto, tantas patologías que afectan a clientes gineco- obstétricas, como lo es la enfermedad de Trombosis Venosa Profunda.

La incidencia de ésta patología es predominante en mujeres de entre 20 y 50 años de edad, afectando a 150 personas de cada 100,000 habitantes, por lo cual considero, los cuidados de Enfermería deben ser siempre específicos eficientes y oportunos.

Por lo anterior, el conocer más sobre la trombosis venosa profunda sirve, además, como instrumento de titulación, que contiene no solo los aspectos teóricos fisio-patológicos que originan ésta enfermedad sino que se toman en cuenta otros puntos que a Enfermería competen, como lo es el Proceso de Atención de Enfermería, que en este caso se enfoca a la Teoría General de la Enfermería de Dorothea Orem, que en forma acertada describe y explica el Autocuidado, haciendo del Proceso de Atención eje de nuestra profesión, que sobresale y se refleja dentro de la Enfermería.

Finalmente dentro del Hospital de la Mujer, para la realización del siguiente Proceso de Atención de Enfermería se me proporcionaron todos los elementos necesarios para desarrollarlo, tanto por parte de la Coordinación de Enseñanza en Enfermería, como por parte del personal adscrito al servicio ya mencionado.

Es por lo anterior que se realiza el siguiente trabajo, de investigación, enfocado al Proceso de Atención de Enfermería dentro del Hospital de la Mujer de la Secretaría de Salud, esperando que a usuarias con trombosis venosa profunda puedan recibir cuidados de Enfermería eficientes y oportunos.

## II. JUSTIFICACIÓN.

La realización del siguiente Proceso de Atención de Enfermería, es con la finalidad de conocer más ampliamente los cuidados Enfermeros y la fisiopatología enfocados a clientes con patología Trombosis Venosa Profunda.

Al mismo tiempo se compaginan no solo las experiencias y habilidades que han logrado consolidarse dentro del servicio social en cuanto a procedimientos, sino que los conocimientos adquiridos dentro del plan de estudios de esta profesión, contribuyen y motivan a la realización de éste instrumento de titulación.

Por lo anterior se pretende contribuir a la detección de necesidades en las usuarias ante este problema de salud, al igual que se realiza un Proceso de Atención de Enfermería, que tendrá siempre como finalidad preservar el bienestar holístico de las usuaria, dentro de cualquier institución de salud, en este caso del Hospital de la Mujer.

### III. OBJETIVO GENERAL.

Contribuir al bienestar holístico de la usuaria con Trombosis Venosa Profunda durante su estancia en el servicio de Terapia Intermedia del Hospital de la Mujer y a su egreso por medio de la elaboración del Proceso de Atención de Enfermería.

### OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

- Identificar oportunamente los diagnósticos de Enfermería en pacientes con trombosis venosa profunda, en el servicio de Terapia Intermedia del Hospital de la Mujer.
  
- Realizar un plan de cuidados que promueva el autocuidado de la usuaria, durante su estancia hospitalaria y a su egreso favoreciendo así su bienestar.
  
- Realizar cuidados de enfermería específicos a las demandas de salud de la usuaria durante su estancia en el servicio de Terapia Intermedia.

IV. CAPÍTULO I.  
MARCO TEÓRICO.

# 1. EVOLUCIÓN HISTÓRICA DE LA INVESTIGACIÓN EN CIENCIAS DE LA SALUD. EL CASO DE ENFERMERÍA.

Durante la evolución de la investigación en enfermería, casi todos los interesados coinciden en que la investigación en enfermería tuvo su origen en Florence Nightingale. Su trascendental publicación, *Notes on Nursing* (apuntes de enfermería, 1859), describe su repentino interés por investigar los efectos ambientales que favorecen el bienestar físico y emocional.

## **Los primeros años.**

Durante el decenio de 1940 continuaron los estudios sobre la educación en enfermería, estimulados por una demanda sin precedente de personal derivada de la Segunda Guerra Mundial.<sup>1</sup>

La investigación en enfermería tomó durante este lapso un giro que no experimentó la investigación en otras disciplinas, cuando menos no en la misma magnitud: las enfermeras se estudiaron a sí mismas. ¿Quién es la enfermera? ¿Qué hace? ¿Por qué determinadas personas deciden estudiar enfermería? ¿Cuáles son las características de la enfermera ideal? ¿Cómo perciben otros a la enfermera?

## **Investigación en enfermería en el decenio de 1960.**

Diversas organizaciones profesionales establecieron la investigación como una de sus prioridades; el Western Interstate Council for Higher Education in Nursing (Consejo Occidental Interestatal para la Educación Superior en Enfermería) desarrolló el programa de educación de posgrado en las áreas clínicas de enfermería en salud comunitaria, materno-infantil, médico-quirúrgica y psiquiátrica.

1. Polit F. Denise. "Investigación científica en Ciencias de la Salud". 6ª Edición. Mc Graw Hill Interamericana. 2000. p. 5.



### **Investigación en enfermería en el decenio de 1970.**

Hacia 1970, el creciente número de enfermeras participantes en investigaciones, así como la discusión de asuntos teóricos y contextuales en materia de investigación en enfermería, derivaron en la necesidad de contar con nuevos medios de difusión, de modo que se inició la publicación de tres nuevas revistas dedicadas a la investigación en enfermería:

Advances in Nursing Science, Research in Nursing - Health y Western Journal of Nursing Research.

Mientras tanto, las enfermeras continuaron perfeccionando sus habilidades para la investigación, de modo que particularmente a finales del decenio había crecido el número de profesionales que obtenían el doctorado.

### **Investigación en enfermería en el decenio de 1980.**

En estos años, la investigación alcanzó un nuevo nivel de desarrollo. El uso generalizado de las computadoras para la colecta y el análisis de la información, así como la creciente aceptación de que forma parte integral del ejercicio profesional de la enfermera, condujeron a las más destacadas a plantear nuevas interrogantes y preocupaciones.

### **Decenio de 1990 y el futuro de la investigación en enfermería.**

En 1993 nació el National Institute of Nursing Research (NINR). En el transcurso del decenio salieron a la luz dos nuevas revistas de investigación, Clinical Nursing Research y Qualitative Health Research, las cuales surgieron en respuesta al creciente número de estudios de orientación clínica y de investigaciones cualitativas a profundidad.<sup>2</sup>

En 1995, la organización CORP (Conferencia sobre Prioridades en Investigación), asignó recursos económicos en el lapso 1995 a 1999 en:

- Modelos de enfermería en función de la comunidad: para examinar estrategias de enfermería comunitaria diseñadas con objeto de fomentar la salud y reducir los riesgos de enfermedad y discapacidad.

2. Polit F. Denise, op cit., p. 6-7.

- Investigación de enfermería en infección por VIH y SIDA: Para evaluar la escasa eficacia de intervenciones bioconductuales de enfermería en individuos en riesgo de infección por VIH y SIDA para aminorar los efectos de la enfermedad en los ya infectados.
- Infección conjunta: para desarrollar y probar métodos bioconductuales y ambientales destinados a remediar trastornos cognitivos.
- Enfermedad crónica: para brindar intervenciones que incrementen la adaptación individual y familiar.

El futuro promete ser desafiante y emocionante para las enfermeras investigadoras, quienes siguen reforzando la base de conocimientos para la práctica de su profesión. Es probable que los estudios se enfoquen más hacia la práctica de la enfermería que en el pasado.

Una tendencia más, es el creciente interés por la investigación de resultados, esto es, la encaminada a valorar y documentar la eficacia de la atención de la salud.

### **Objetivos de la investigación en ciencias de la salud.**

El objetivo general de la investigación en ciencias de la salud está dirigido a resolver problemas de interés para las diferentes especialidades, al mismo tiempo que describe y aclara fenómenos relacionados con las profesiones respectivas.<sup>3</sup>

### **Teorías.**

Implica una explicación sistemática acerca del modo en que se interrelacionan dos fenómenos. Esta definición supone que una teoría incorpora cuando menos dos conceptos que se relacionan entre sí de una manera que la teoría pretende explicar. Una teoría da cuenta y describe detalladamente un fenómeno.<sup>4</sup>

### **Modelos conceptuales.**

Los modelos, marcos o esquemas conceptuales representan un intento menos formal de organizar los fenómenos que las teorías.

3. Polit F. Denise, op cit., p. 16-17.

4. Ibidem. p. 103.

Como su nombre lo indica, se ocupan de abstracciones que se integran en virtud de su pertinencia para un tema común.

Los modelos conceptuales proporcionan una perspectiva conceptual sobre fenómenos interrelacionados, pero su estructura es más laxa que las teorías.<sup>5</sup>

### **Relación entre teoría e investigación.**

La relación entre la teoría y la investigación es recíproca y de beneficio mutuo. Las teorías y modelos conceptuales se crean indirectamente a partir de la observación, así que la investigación previa y los estudios cualitativos a profundidad constituyen una fuente excelente de observaciones de esa naturaleza. Los conceptos y relaciones que se validan empíricamente a través de la investigación pasan a ser los conocimientos para el desarrollo de teorías. A su vez, la teoría debe ser aprobada sometiendo a análisis científicos las deducciones que se derivan de sus proposiciones.

De este modo, la investigación tiene un doble cometido continuo en la creación y comprobación de la teoría. Por un lado, la teoría sirve de guía y genera ideas para la investigación; por otro, la investigación evalúa la teoría y proporciona una base para nuevas teorizaciones.<sup>6</sup>

## **SIGNIFICADO Y PROPÓSITO DE LA INVESTIGACIÓN.**

La investigación es una búsqueda cuidadosa o diligente o “un estudio o examen aplicado, especialmente de investigaciones o experimentaciones que pretenden el descubrimiento e interpretación de hechos o la aplicación práctica de tales teorías, nuevas o revisadas”.

En el más estricto sentido, la investigación en enfermería se ocupa de la investigación sistemática de la práctica de enfermería por sí misma, y del efecto de su práctica en el cuidado del cliente o del individuo, de la familia, o de la comunidad.<sup>7</sup>

¿Qué se sabe de la investigación en Enfermería? ¿Es de verdad necesaria? ¿Es realmente importante? Antiguamente, adoptó hechos de otras ciencias, sin analizarlos, necesariamente, de forma científica a fin de determinar qué utilidad podrían aportar al aplicarlos.

5. Polit F. Denise, op cit., p. 105.

6. Ibidem, p. 109.

Los métodos de investigación modernos son instrumentos que las enfermeras pueden emplear en el estudio de su práctica, y así obtener pruebas científicas necesarias para validarla y mejorarla aplicándole los hallazgos de sus investigaciones.<sup>7</sup>

Dado que estos métodos son conocidos, las enfermeras tienen la responsabilidad moral de utilizarlos, a fin de mejorar los cuidados del cliente.

Como enfermera, se participa de varias formas en la investigación. Primero se puede observar los cuidados de enfermería que se están brindando y las respuestas de los usuarios a estos cuidados. Como resultado de sus observaciones, usted se puede comprometer a realizar un estudio exploratorio, o puede comunicar sus observaciones a una enfermera investigadora, para que sea ella quien lleve a cabo el estudio, o, simplemente ayudarla a realizarlo.

Una segunda manera de participar en la investigación de enfermería consiste en ayudar en la recolección de datos para un proyecto de investigación. A medida que aumente el número de investigaciones en enfermería, aumentarán también las oportunidades de que las enfermeras se incorporen más en los programas de investigación.

En otros casos se puede ser la única enfermera en un equipo clínico compuesto por un sociólogo, psicólogo, médico, etc. En este caso, al igual que la enfermera experta, su conocimiento clínico será tan importante como su conocimiento de los métodos de investigación.

A su vez una de las lamentaciones, a menudo repetidas por las enfermeras investigadoras, es que los descubrimientos de la investigación no acceden fácilmente a la práctica clínica. Se ha expresado la creencia de que existe un vacío entre el conocimiento verificado por la investigación y su uso por parte de los profesionales que se dedican a la práctica.

Como enfermera, cualquiera que sea su situación o puesto de trabajo, ha de mantenerse al corriente y evaluar la investigación publicada en la bibliografía de su campo de interés.<sup>8</sup>

7. Notter E. Lucille, et al., "Principios de la Investigación en Enfermería". 4ª edición. Ediciones Doyma. 1992. p. 24.

8. Notter E. Lucille, op cit., p. 19-23.

Finalmente, el desarrollo de la ciencia de Enfermería requiere no sólo investigaciones nuevas, sino que también requiere replicación a los estudios publicados anteriormente, que tomen en consideración el incremento de confianza en los hallazgos.

Toda la investigación que se refiere a enfermería, tanto básica como aplicada, es considerada por muchas personas como investigación en enfermería. Sin embargo, otros creen que el término se refiere únicamente a investigación en la práctica de enfermería y en las necesidades de los usuarios de cuidados de enfermería, es decir, investigación clínica.<sup>9</sup>

## **INVESTIGAR EN ENFERMERÍA.**

Conociendo ya lo que se refiere a la Enfermería a continuación se hablará de la Investigación en Enfermería.

"La investigación en enfermería implica cualquier actividad que pueda tener un impacto en la administración de cuidados de enfermería. Finalmente el objetivo debe ser influenciar la práctica o la organización de los cuidados de enfermería, de forma que la ganancia en salud sea maximizada para el usuario del servicio. La investigación en enfermería no se limita a los diferentes aspectos del cuidado, puede estar dirigida a examinar los factores que afectan indirectamente al proceso de enfermería, por ejemplo la educación y la gestión, el diseño del equipamiento o las dimensiones económicas de diferentes prácticas de enfermería. Puede también incorporar las perspectivas individual o colectiva del cuidado. Semejante amplitud de cuestiones necesitará con frecuencia la participación en la investigación de personal que no sea de enfermería" (Hardey & Muihall. 1994).

"La investigación en enfermería desarrolla conocimientos sobre la salud y la promoción de la salud a lo largo del ciclo vital, sobre el cuidado de las personas con problemas de salud e incapacidades y sobre estrategias para mejorar la calidad de la vida de las personas, al margen de su estado de salud, particularmente en ancianos, enfermos crónicos y terminales.

9. Notter E. Lucille, op cit., p. 27.

Esta investigación complementa a la investigación biomédica, particularmente interesada por las causas y el tratamiento de las enfermedades "(Comisión on Nursing research, ANA, 1980).<sup>10</sup>

## **Fundamentos del conocimiento de enfermería**

Históricamente los Profesionales de Enfermería han aprendido a proveer los cuidados del cliente a partir de los siguientes cuatro mecanismos (Holm y Llewellyn, 1986).

1. La costumbre. Las bases de los cuidados de enfermería han sido las prácticas culturales y sociales. Estas prácticas están tan firmemente asentadas que no se pone en cuestión que pudieran ser diferentes.

2. La tradición. Una parte importante de los cuidados de enfermería ha sido transmitida a lo largo de generaciones de Profesionales de Enfermería. En muchas ocasiones es difícil averiguar el origen de estas prácticas. Por otra parte, los aprendices y estudiantes durante su formación no están en la mejor situación de desafiar el fundamento y la justificación de lo que aprenden.

3. Las normas de la institución guían con frecuencia la práctica profesional. Los administradores, los supervisores, etc. establecen políticas, procedimientos, protocolos que indican cómo hay que hacer las cosas. De este modo, la práctica profesional está parcialmente determinada por la disponibilidad de recursos, las preferencias de los médicos, motivos administrativos, políticas de calidad, etc.

4. Experiencias y planificación. Las ideas, institucionales, y otros productos de la racionalidad y la experiencia han alumbrado algunas prácticas de enfermería.<sup>11</sup>

En una disciplina práctica como la enfermería, se asume que el conocimiento científico debe contribuir a la mejora de los cuidados de enfermería. El mecanismo mejora a través de más Profesionales de Enfermería mejor informados. El supuesto es que la investigación en enfermería desarrolla la ciencia de la enfermería, que a su vez se hace disponible para una práctica de la enfermería mejor orientada (Kirkevold, 1997).

10. Cabrero García Julio, et al., "Investigar en Enfermería. Concepto y estado actual de la Investigación en Enfermería", Publicaciones Universidad de Alicante. 2001. p. 20-21.

11. Cabrero García Julio, op cit., p. 22.

La expansión del conocimiento de enfermería ha sido un hecho noticiable en las últimas décadas, y el número de Profesionales de Enfermería con mayores grados académicos se incrementa continuamente.

Es vital para la expansión futura del conocimiento de enfermería encontrar estrategias que aseguren que los resultados de la investigación alcancen a los profesionales, para su valoración y posible implementación (Kajermo, Nordstrom, Krusebrant y Björvell, 1998). Todas estas declaraciones inciden en la importancia fundamental de la investigación para el desarrollo de una profesión autónoma, la necesidad de ejercer una práctica (incluida la gestión y la educación) fundamentada científicamente y validada por la investigación, la necesidad de que los hallazgos de la investigación sean diseminados y utilizados, y algunos autores enfatizan que la investigación no debe contemplarse como algo extraordinario o un lujo, por si quedase todavía alguna duda.

Existe, por consiguiente, un elevado grado de acuerdo sobre la relevancia de la investigación y la finalidad de la misma.<sup>12</sup>

### **Florence Nightingale, la primera enfermera investigadora.**

Nightingale es considerada la fundadora de la enfermería profesional; y también la primera enfermera investigadora. Nightingale comprendió la importancia del método científico. Durante la guerra de Crimea, realizó observaciones y registros detallados, elaboró estadísticas de tasas de mortalidad entre los soldados heridos y enfermos británicos. Demostró que como resultado de sus esfuerzos de enfermería se produjo un brusco descenso en las tasas de mortalidad, del 42% al 2,2%, en sólo un periodo de seis meses. Nightingale usó la estadística para apoyar su argumento en pro de la reforma de los cuidados médicos en los hospitales civiles y militares. En 1874 fue nombrada miembro de honor de la Sociedad Americana de Estadística. Antes, en 1859 había escrito su famoso libro *Notes On Nursing*, (Apuntes de Enfermería) basado en los datos recosidos durante la guerra de Crimea.<sup>13</sup>

12. Cabrero García Julio, op cit., p. 30.

13. Ibidem, p. 33.

## PRINCIPALES CARACTERÍSTICAS DE LA PRÁCTICA ENFERMERA.

El centro de interés de la disciplina enfermera indica aquello sobre lo que se orienta a la práctica de la enfermera, sobre lo que se dirige su juicio clínico y sus decisiones profesionales.

La práctica se centra en el **cuidado** a la **persona** que, en continua interacción con su **entorno**, vive experiencias de **salud**.

La práctica enfermera, requiere una agudeza intelectual considerable que vista desde el exterior parece indicar intuición, ya que se trata de “acertar una acción pensada, reflexionada, que responda a todas las necesidades particulares de la persona”. La práctica engloba la creación de un cuidado individualizado, la utilización de uno mismo como instrumento terapéutico y la integración de habilidades específicas.

Varias autoras afirman que el cuidado es la esencia de la práctica enfermera (Benner y Wrubel, 1989). Gaut y Leininger, subrayan la necesidad de dar prioridad al cuidado, que es a la vez una manera fundamental de estar en el mundo y un ideal moral.

Los análisis del concepto **caring** (cuidado) revelan que el cuidado comprende aspectos efectivos o humanistas relativos a la actitud y compromiso y aspectos instrumentales o técnicos y que es importante no separar ambos aspectos.<sup>14</sup>

Se trata de un cuidado innovador que reúne la ciencia y el arte enfermeros y que se centra en la persona, la cual, en continua interacción con su entorno, vive experiencias de salud. Benner (1984) distingue seis características de poder asociado al cuidado: “la transformación, la integración, la defensa de los derechos, la curación, la participación/afirmación y la resolución de problemas”. La enfermera se compromete con el cuidado y reconoce el poder de la transformación.

La enfermera crea una intervención que marca una diferencia en la vida de las personas demostrando el **caring**, es decir, permite a las personas hacer reales las posibilidades que provienen del interior y dan un sentido a sus experiencias de salud y a su vida.<sup>15</sup>

14. Kérovac Suzane, et al., “El Pensamiento Enfermero”, Editorial Masson. 1996. p.76.

15. Ibidem, p.77-78.



A menudo el cuidado es “invisible”(Colliere, 1986). Cuidar o preocuparse de alguien, creer en alguien, reforzar sus capacidades, permitirle recobrar la esperanza, acompañarle en su camino estando presente con acciones invisibles. Una persona que cuida o es cuidada “sabe” que un cuidado que marca la diferencia, favorece el desarrollo y el crecimiento.<sup>16</sup>

La enfermera asistencial cumple su misión social contribuyendo a la mejora de la salud en el medio hospitalario y comunitario.

Los planes de cuidados estandarizados, elaborados para ciertas experiencias de salud encontradas frecuentemente en un sector de actividades clínicas, pueden servir de guía, pero los planes de cuidados individualizados, adaptados a las necesidades y a las características de la persona, son imprescindibles.

Las intervenciones seleccionadas pueden variar según la concepción de la disciplina enfermera, pero generalmente son guiadas por los principios inherentes al cuidado.

El conocimiento de la persona, de la familia y de la comunidad es un aspecto de los cuidados enfermeros que exige idealmente que la enfermera acompañe a la persona en sus experiencias de salud a través de las diferentes estructuras del sistema de salud y de los servicios sociales.<sup>17</sup>

Otro aspecto de la práctica enfermera merece ser señalado; se trata de la colaboración intradisciplinaria que comprende la consulta entre colegas enfermeras, al igual que la participación de enfermeras clínicas en el desarrollo de conocimientos y en la formación de futuras enfermeras.

La colaboración intradisciplinaria puede tener un impacto importante en la continuidad y la calidad de los cuidados. El punto de partida de ésta colaboración es un enriquecimiento constante de sus conocimientos y habilidades.

La enfermera planifica y da un cuidado individualizado, guiada por una concepción de la disciplina.<sup>18</sup>

16. Kérovac Suzane, op cit., p. 79.

17. Ibidem, p. 80.

18. Ibidem, p. 81-82.

## ÉTICA.

El objetivo general de la investigación en seres humanos, es obtener información científica acerca de ellos. La investigación en seres humanos se justifica por la ausencia de una población alterna en dónde estudiar al hombre en sus diferentes etapas de desarrollo: feto, crecimiento, adolescencia, embarazo, vejez, etc.

Por otro lado, no solo es necesario estudiar al individuo enfermo, sino también al que está sano, pues tanto en el adulto como el niño existen condiciones únicas en cuanto al manejo de drogas, metabolismo, comportamiento, etc.

Ahora bien, podríamos preguntar ¿En que condiciones se justifica la investigación en seres humanos? En primera instancia existen dos respuestas a ésta pregunta: cuando los resultados de la investigación benefician directamente a los sujetos que participan en ella y cuando los beneficios, si los hay, sirven a otros sujetos en el futuro, a la comunidad y al conocimiento de la ciencia en general.

Deberá tenerse cuidado especial con aquellos sujetos que tengan una alta vulnerabilidad, y detallar los procedimientos que se seguirán para no abusar de su situación. Entre estos sujetos se encuentran: fetos, niños, pacientes mentales hospitalizados o no, pacientes que por su condición estén propensos a aceptar, prisioneros, estudiantes, militares y policías, personas de escasos recursos económicos o de bajo nivel académico, inmigrantes o extranjeros con problemas legales.<sup>19</sup>

19. Méndez Ramírez Ignacio, et al., "El Protocolo de Investigación. Lineamientos para su elaboración y análisis." 2ª edición. Editorial: Trillas. 1991. p. 74-76.

## **2. PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.**

La asistencia sanitaria es un proceso. “La asistencia sanitaria al cliente, para el cliente y con el cliente”, dichos enunciados deben guiar el objetivo del Proceso de Enfermería.

El éxito profesional de la enfermería depende de su maestría para desarrollar las siguientes actividades:

- 1.- Descubrir. Acerca de algo que no conocía previamente.
- 2.- Investigar. Procedente del mayor número posible de fuentes.
- 3.- Decidir. Planea el procedimiento, tiene en cuenta las facetas del problema y decide cuál es la mejor forma de abordar la situación.
- 4.- Actuar. Desarrolla en la práctica el plan que ha concebido.
- 5.- Discriminar. Establece prioridades mediante la evaluación.<sup>20</sup>

### **Definición.**

El dar una definición siempre es algo complejo. Por lo tanto se debe entender por Proceso de Enfermería el Método Enfermero de intervención que permite, tras el análisis de un caso concreto, crear unas condiciones adecuadas y eficiente con la finalidad de obtener el estado deseado, “es un método sistemático de brindar cuidados humanistas eficientes centrados en el logro de resultados esperados”, se trata de un procedimiento metódico de intervención práctica.<sup>21</sup>

La enfermería ha sido descrita de muy diversas formas por muchos líderes de opinión y teóricos de la especialidad: La enfermería es el diagnóstico y tratamiento de las respuestas humanas a los problemas de salud reales o potenciales.

Esto significa que la enfermería no es la responsable de diagnosticar el cáncer; lo es la medicina. La enfermería es la principal responsable de diagnosticar y tratar la respuesta (o reacción) de un paciente.

La enfermera atiende algunos aspectos del tratamiento médico, como cuando

20. Hernández Conesa J, et al., “Fundamentos de la Enfermería: Teoría y Método”. Mc Graw Hill Interamericana. 1999. p. 127-128.

21. Ibidem. p. 129

administra medicamentos o tratamientos prescritos al cliente, pero el punto central de la enfermería es la respuesta individual a los problemas relacionados con la salud.<sup>22</sup>

### **Importancia del proceso de atención de enfermería.**

Las enfermeras, como todos los prestadores de servicios de salud, son sensibles a las demandas de un servicio de calidad por parte del consumidor; continuamente están buscando formas de mejorar su práctica y la satisfacción de los clientes que atienden.

Para sobrevivir a los desafíos competitivos del próximo decenio, la enfermera debe continuar proporcionando un servicio de calidad que sea valorado por los usuarios. El proceso de atención de enfermería constituye un instrumento para que la enfermera evalúe continuamente la calidad del cuidado que presta y la mejora.<sup>23</sup>

### **La enfermería obtiene otras ventajas del adiestramiento en el uso del proceso de atención de enfermería:**

1.- Grado en una escuela de enfermería acreditada. Todos los niveles de la enseñanza de la enfermería requieren que las estudiantes tengan aptitudes básicas en el uso del proceso de atención una vez graduadas.

2.- Confiabilidad. Los planes de cuidado resultante del proceso de atención de enfermería permiten a la estudiante o la enfermera saber cuáles son los problemas específicos del usuario.

3.- Satisfacción en el trabajo. Los buenos planes de cuidado pueden ahorrar tiempo, energía y la frustración generada por el manejo a base de ensayo y error por parte de enfermeras y estudiantes cuyos esfuerzos son incoordinados. La enfermera y la estudiante adquieren un sentimiento de logro y orgullo profesional cuando se alcanzan los objetivos establecidos.

4.- Crecimiento profesional. Los planes de cuidado dan la oportunidad de compartir el conocimiento y la experiencia. Al colaborar con colegas en la formulación de un plan de atención de enfermería, las habilidades clínicas de una enfermera inexperta aumentan.

22. Atkinson D. Leslie., et al., "Proceso de Atención de Enfermería" 5ª edición. Mc Graw Hill Interamericana. 1996. p. 1.

23. *Ibidem.* p. 4.

Luego, en el proceso de evaluación la enfermera recibe la retroalimentación para definir cuan eficaz resultó el plan a efecto de resolver los problemas del cliente. Si tuvo éxito usará un método similar en el futuro, si falló, puede explorar posibles razones de los resultados no deseados con el cliente.

5.- Ayuda para la asignación de pacientes al personal. Los planes de atención ayudan a jefes de enfermeras, líderes de grupo e instructoras a asignar los clientes de la manera más apropiada según el grado de complejidad del plan de atención del enfermo específico.

6.- Empleo en un hospital nacionalmente acreditado. Los hospitales son aprobados por una comisión nacional, para tener la seguridad de que los usuarios reciben cuidados de calidad.<sup>24</sup>

También hay ventajas para el cliente:

1.- Participación en su propio cuidado. Si los usuarios formulan sus propios planes de atención con la enfermera, adquieren conciencia de su autocapacidad para resolver problemas. Cuando participan activamente en su cuidado es más probable que se comprometan en el logro de los objetivos de sus planes y, por tanto, obtengan una mejor salud.

2.- Continuidad en la atención. Evita la frustración del enfermo por tener que repetir la misma información a cada enfermera ya que el plan de cuidados proporciona ésta información.

3.- Mejor calidad de la atención. El empleo del proceso de atención de enfermería da por resultado una evaluación completa del cliente al momento del ingreso. La evaluación y revisión continuas aseguran un nivel de atención que satisfará de la mejor manera las necesidades cambiantes del individuo. Esta valoración es parte clave del proceso de atención de enfermería y un plan escrito por el cliente.<sup>25</sup>

24. Atkinson D. Leslie. op cit., . p. 5-6

25. Ibidem p. 6-7.

## ETAPAS DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.

### Proceso de enfermería.

La finalidad del Proceso de Enfermería es, mantener el nivel óptimo de bienestar del cliente, y si dicho nivel decae, proporcionarle la cantidad y calidad de cuidados necesarios para restituirlo, y en el caso de que no pudiera lograrse el bienestar del usuario, el proceso debe contribuir a proporcionarle una calidad de vida tan elevada como se pueda durante el mayor tiempo posible.

El Proceso de Enfermería se divide en cinco fases, a pesar de que constituye ésta una separación artificial de acciones que en la práctica real no tienen solución de continuidad.<sup>26</sup>

### VALORACIÓN.

La valoración puede definirse como el acto de revisar una situación con el propósito de emitir un diagnóstico acerca de los problemas del cliente. Es un proceso organizado, sistemático y deliberado de recolección de datos para analizar el estado de una cliente y poder establecer conclusiones.

Es necesaria una valoración exacta y completa, lo que debe llevar al profesional de enfermería que valora a reunir las fuentes primarias y secundarias. Se debe iniciar con el propio cliente como la fuente primaria, se debe tener precisión sobre las percepciones y sensaciones personales sobre su situación de bienestar, identificar objetivos o problemas concretos y validar respuestas a modalidades diagnósticas o de tratamiento.

Las fuentes secundarias serán las personas o documentos a los que se pueda tener acceso y que tengan una vinculación con el usuario. Éstas, son relevantes para la confrontación de los datos obtenidos del cliente.

La valoración de cada una de las necesidades puede ser poco realista o difícil de manejar; por tanto, es vital establecer que datos deben reunirse en primer lugar, a su vez dependerá del **Modelo Teórico de enfermería**.

26. Hernández Conesa J, op cit., p. 131.

Por. ej.: en la Teoría de Orem, las prioridades en cuanto al orden en que se van a recoger los datos vienen determinadas por los requisitos de autocuidado universales en el orden establecido (aire, alimentación, hidratación, eliminación, actividad-reposo, interacción social, peligros y normalidad), a continuación se recogerá la información relativa a los requisitos del desarrollo, y por último los datos referidos al estado de desviación de la salud del paciente.

Es en esta valoración exhaustiva de ingreso, denominada valoración del datos fundamentales, cuando debe obtenerse la información crucial sobre todos los aspectos de salud del paciente.

**Valoración de datos fundamentales de enfermería:** Exhaustiva; reúne datos sobre todo los aspectos de la salud de cliente. Generalmente se realiza durante el contacto inicial con el cliente.

**Valoración focalizada de enfermería:** Se orienta a reunir datos sobre un problema específico que ya ha sido identificado. Puede realizarse durante el primer contacto, pero a menudo forma parte de una valoración diaria continuada.<sup>27</sup>

### **Interrogatorio.**

Así como es continua la fase de observación y de recolección de datos, el interrogatorio de enfermería también lo es durante la relación enfermera-paciente. La entrevista puede ser formal o informal. Un interrogatorio formal consiste en una comunicación con un propósito específico, en la cual la enfermera realiza la historia del paciente. A diferencia de la historia médica, en la de enfermería se coloca a la enfermedad como punto primario, la historia de enfermería considera la percepción por parte del paciente, de su enfermedad y respuesta a ella. El propósito de la entrevista es ayudar a la enfermera a obtener información que le sirva en la planeación de la atención. Este propósito debe aclararse y comunicarse al paciente, en forma directa al iniciar el interrogatorio. Debido a la naturaleza comprensiva de la historia de enfermería, algunos aspectos de ésta se pueden incluir, aunque la enfermera intentará eliminar la duplicación de datos.

27. Alfaro Rosalinda. "Aplicación del Proceso de Enfermería. Guía Práctica". Ediciones Doyma. 1988. p. 20.

Los formatos de admisión de muchos hospitales incluyen una página de historia de enfermería que se conserva como parte del registro permanente del paciente.

El interrogatorio informal es la conversación entre enfermera y paciente durante el curso de los cuidados. Esta estrecha relación se desarrolla mientras la enfermera brinda atención física y con frecuencia permite al usuario expresar sus sentimientos y problemas. La enfermera capacitada para dar cuidados físicos, lo es también para en forma simultánea, poner atención a lo que el paciente dice.<sup>28</sup>

## **Valoración Física.**

### **Fases de la entrevista.**

- Fase de orientación: La enfermera explica al usuario el propósito de la entrevista, clarifica la confidencialidad. La enfermera ayuda al usuario a resolver su ansiedad, desamparo y preocupaciones sobre la naturaleza de la información.
- Fase de trabajo: Se centra la entrevista en un modelo que forma una base de datos para una identificación de problemas en el usuario que puedan existir o que ya estén presentes, llamada Historia Clínica de Enfermería.
- Fase de terminación: La enfermera concluye la entrevista analizando la información de manera objetiva y al mismo tiempo la enfermera realiza los diagnósticos y objetivos de los cuidados que va a ejecutar.<sup>29</sup>

### **Técnicas de valoración física.**

Durante la valoración física se utilizan cuatro técnicas básicas que son:

#### **INSPECCIÓN**

- La inspección es el uso de la visión, audición y olfato para detectar las características normales o los signos significativos de las partes del cuerpo.
- Se debe hacer una inspección completa y sistemática.
- Son esenciales una buena iluminación y exposición.
- Se debe inspeccionar tamaño, color, simetría con respecto a la zona opuesta del cuerpo, y la presencia de cualquier anomalía.

28. Atkinson D. Leslie, op cit, p. 12-13.

29. Potter Patricia A. "Valoración Física". Interamericana Mc Graw Hill. 1992. p. 15.



- La experiencia es generalmente la mejor guía para hacer juicios sobre olores detectados durante la valoración. Los hallazgos por el olfato deben conducir a una
- valoración más cuidadosa de la parte del cuerpo o sistema con otras técnicas de valoración.<sup>30</sup>

### **PALPACIÓN.**

- Consiste en utilizar las manos para tocar partes del cuerpo y efectuar mediciones sensitivas de señales físicas específicas.
- La palpación se utiliza para examinar todas las partes accesibles del cuerpo, utilizando partes de la mano para detectar textura, forma, temperatura y movimientos.
- Asegurarse de que el usuario está relajado y en una postura cómoda para evitar tensión muscular.
- Todas las zonas dolorosas palparlas al final.
- Mantener cortas las uñas de las manos y las manos calientes, tocarle con suavidad.
- Aplicar presión táctil de forma lenta, suave y premeditada.
- Los tres métodos de palpación son los siguientes: Palpación ligera: los dedos se aplican suavemente sobre la superficie de la piel y se deprime de ½ a 1cm.
- Palpación profunda: Utilizada para examinar la situación de los órganos y masas, la piel se deprime de 2 a 3 cm.
- Palpación bimanual: Se utilizan ambas manos para hacer una palpación profunda; una mano está relajada y se coloca ligeramente sobre la piel del cliente. La mano activa aplica presión en la mano sensible. La mano inferior queda sensible para detectar las características orgánicas.<sup>31</sup>

### **PERCUSIÓN.**

- Es golpear la superficie del cuerpo con un dedo para producir sonidos y vibraciones que determinen la localización, tamaño y densidad de las estructuras subyacentes para verificar las anomalías valoradas mediante la palpación y auscultación.
- Método directo de percusión: Se golpea directamente con uno o dos dedos.

30. Potter Patricia A, op cit., p. 19.

31. Ibidem. p. 21.

- Método indirecto de percusión: El dedo medio de la mano no dominante (plexímetro) se coloca firmemente contra la superficie del cuerpo. La punta del dedo medio de la mano dominante (plexor) golpea la base de la articulación distal del plexímetro. La percusión debe ser efectuada con un golpe rápido y agudo, con el antebrazo quieto y la muñeca relajada.<sup>32</sup>

### **AUSCULTACIÓN.**

- Es escuchar los sonidos creados en los organismos corporales para detectar las variaciones con respecto a lo normal.
- Se debe auxiliar con el estetoscopio, colocando correctamente las olivas y la cápsula del mismo.
- La campana es mejor para sonidos graves tales como vasculares y cardíacos anormales, y el diafragma para sonidos agudos como intestino, pulmón y sonidos cardíacos normales.
- Todos los sonidos tienen que valorarse el tono, medida de la frecuencia del sonido. La sonoridad es la amplitud que oscila de suave a alto. La duración es la cantidad de tiempo que permanece un sonido como sonido continuo.<sup>33</sup>

### **DIAGNOSTICO.**

Creación de la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA).

A principios de la década de 1970 se inició en el Saint Louis University Hospital, USA, la computarización de las historias de los enfermos basándose en los diagnósticos médicos para su introducción y recuperación en la base de datos, el sistema no contemplaba el trabajo enfermero ya que tal y como se estaba registrando en ese momento no cumplía los requisitos necesarios para su introducción.

Dada la importancia del tema, las responsables del Department of Nursing se pusieron en contacto con la Saint Louis University School of Nursing, planteando a los profesores la cuestión de cómo introducir y recuperar la información enfermera en la base de datos de la computadora con igual facilidad y rapidez que la información médica.

32. Potter Patricia A, op cit., p. 25.

33. Ibidem., p. 28.

Éste fue el estímulo que hizo que dos profesoras de dicha escuela, Kristine Gebbie y Mary Ann Lavin, organizaran en 1973 la First National Conference for the Classification of Nursing Diagnosis (Primera Conferencia Nacional para la Clasificación de los Diagnósticos Enfermeros). Para ello convocaron a enfermeras de todas las regiones de Estados Unidos y de todos los campos de la práctica (asistencia, docencia, gestión e investigación) y, aunque procuraron reunir a cuantas teorizadoras les fue posible, incluyeron un mayor porcentaje de enfermeras asistenciales. En ésta primera reunión se formó el National Conference Group for the Classification of Nursing Diagnosis, iniciando el esfuerzo formal para identificar, desarrollar y clasificar los diagnósticos enfermeros.

Desde su creación el National Conference Group se reunió cada 2 años. En la asistencia a las primeras conferencias, se formaron grupos de trabajo con los participantes a los que se pidió que generasen diagnósticos relacionados con sistemas funcionales específicos. Para la identificación de las etiquetas, el listado de signos y síntomas se basaron en su recuerdo de las situaciones de los enfermos, su experiencia clínica y la consulta bibliográfica. Los diagnósticos se aceptaban o rechazaban con el voto mayoritario de los participantes.

A partir de la quinta conferencia celebrada en 1982, se abrieron las puertas a todos los profesionales enfermeros y desapareció el National Conference Group for the Classification of Nursing Diagnosis, creándose en su lugar la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) cuyo principal objetivo seguía siendo el desarrollo y perfeccionamiento de los diagnósticos enfermeros y la formación de una taxonomía diagnóstica propia.<sup>34</sup>

### **Diagnósticos Enfermeros versus problemas interdependientes.**

L. J. Carpenito dice que existen dos tipos de problemas: los diagnósticos enfermeros (DxE) y los problemas interdependientes (PI).

Según la definición de trabajo aceptada por la NANDA en la Novena Conferencia, celebrada en marzo de 1990, Diagnóstico enfermero es un juicio clínico sobre la respuesta de una persona, familia, o comunidad a procesos vitales/problemas de salud reales o potenciales que proporciona la base de la terapia para el logro de objetivos de los que la enfermera es responsable.

34. Luis Rodrigo María Teresa, "Diagnósticos Enfermeros". 3ª edición. Harcourt Brace. 1998. p. 3.

Por su parte, los problemas interdependientes se relacionan con la patología, con la aplicación del tratamiento prescrito por el médico y con el control tanto de la respuesta a éste como de la evolución de la situación patológica lo que los sitúa en el ámbito de la interdependencia con otro profesional, aunque nuestra atención siga centrada en el usuario. Para nombrar estos problemas es necesaria e **insustituible** la utilización de la terminología médica.

### **Formulación de los problemas interdependientes.**

Es de capital importancia recordar que para la formulación de los problemas interdependientes es necesario e imprescindible el uso de la terminología médica y que **no** debe emplearse la taxonomía diagnóstica enfermera para renombrar situaciones fisiopatológicas que ya tienen nombre. Para estructurarlos se sugiere la siguiente formulación: Cuando se trate de una complicación potencial:

PI: Riesgo de infección de la herida quirúrgica.

Cuando se trate de un problema real:

PI: Infección de la herida quirúrgica.

L. J. Carpenito sugiere que en ocasiones, resulta útil añadir la frase “secundario a”, seguida de la causa médica que genera el problema, lo que ayuda a centrar la atención de la enfermera en ella y a determinar las intervenciones más indicadas en cada caso. Por ejemplo: PI: Riesgo de hemorragia secundario a tratamiento con fibrinolíticos.<sup>35</sup>

Gordón describe el diagnóstico de enfermería como un problema de salud real o potencial que las enfermeras, en virtud de su formación y experiencia, tienen capacidad y derecho legal de tratar. Carpenito sugiere que los diagnósticos de enfermería también pueden emplearse para designar estados de salud o modelos de interacción de los individuos o grupos. Por lo que se define el diagnóstico de enfermería:

Diagnóstico de enfermería: problema de sólo real o potencial que las enfermeras pueden tratar de forma legal e independiente, iniciando las actividades de enfermería necesarias para prevenirlo, resolverlo o reducir.

Puesto que la respuesta humana está incluida en gran parte por la perspectiva única y propia de cada persona, el uso de los diagnósticos de enfermería exige que la enfermera vea el cuidado de salud a través de los ojos del paciente.<sup>36</sup>

35. Luis Rodrigo María Teresa, op cit p. 6-7.

36. Alfaro Rosalinda. “Aplicación del Proceso de Enfermería. Guía Práctica”. Ediciones Doyma. 1988. p. 59.

### **Diagnóstico.**

La palabra diagnóstico tiene dos significados: En primer lugar, puede referirse a la denominación de un problema de salud que se encuentra en un sistema de clasificación de diagnósticos enfermeros. El segundo significado, un proceso que conduce a un juicio clínico.

El proceso diagnóstico es, en esencia, un camino para determinar un problema de salud del cliente y para evaluar los factores etiológicos que están influyendo en ese problema.<sup>37</sup>

### **Definición estructural del diagnóstico enfermero.**

Hay tres componentes esenciales en un diagnóstico enfermero; y que cumplen, en algunos casos, el formato PES.

Estos tres componentes son:

- Problema de salud "P".
- Factores etiológicos o relacionados "E".
- Características definitorias o serie de signos y síntomas "S".

### **Problema.**

El primer componente de un diagnóstico es el problema, un estado o proceso relacionado con la salud, manifestado por el individuo, la familia o la comunidad. El problema está expresado en términos claros y concisos preferiblemente en dos a tres palabras. Resume de forma concisa la base teórica del conocimiento que subyace bajo dicha categoría y sirve para distinguirla de otras categorías. Las características que se observan, llamadas características definitorias, sirven para operativizar la definición.<sup>38</sup>

### **Factores etiológicos o relacionados.**

El segundo componente de un diagnóstico enfermero comprende el probable factor que ocasiona o mantiene el problema de salud del cliente.

37. Gordon Marjory, "Dx Enfermero. Proceso y aplicación". 3ª edición. Mosby Doyma. 1996, p. 30.

38. Ibidem p. 25.

Estos factores pueden ser comportamientos del cliente, elementos del entorno o una interacción de ambos.

Las probables causas de un problema deben establecerse clara y concisamente utilizando un nombre de categoría concreto, cuando sea posible, para resumir los signos y síntomas observados.

El término factores relacionados se ha recomendado por la NANDA para describir las condiciones o situaciones que son el centro de la intervención.<sup>39</sup>

### **Características definitorias.**

Las características críticas de cada categoría permiten al que diagnostica discriminar entre otros posibles diagnósticos.

Cuando el cliente manifiesta signos y síntomas que corresponden a las características definitorias críticas, es apropiado utilizar la categoría diagnóstica.

Las características de apoyo o menores sirven para detectar problemas no evidentes, pero que están presentes con algunos datos de alteración, así como de apoyo para comprobar si las manifestaciones del cliente pueden ser confirmadas por las observaciones.

Las intervenciones en los estados de alto riesgo están dirigidas a reducir los factores de riesgo y el resultado deseado es la ausencia o reducción del mismo.<sup>40</sup>

**Diagnóstico real:** Describe la respuesta actual de una persona, una familia, o una comunidad a una situación de salud/proceso vital. Su identificación se apoya en la existencia de características definitorias (datos objetivos y subjetivos) que indican su presencia en el momento de la valoración. Para escribirlos se aconseja un formato en tres partes: Problema + Factor relacionado + Datos objetivos y subjetivos.

**Diagnóstico de riesgo:** Describe respuestas humanas a situaciones de salud/procesos vitales que pueden desarrollarse en un futuro próximo en una persona, una familia, o una comunidad vulnerables. Su identificación se apoya en la presencia de los factores de riesgo que contribuyen a aumentar la vulnerabilidad.<sup>41</sup>

39. Gordon Marjory, op cit., p. 26-27.

40. Ibidem, p. 29.

41. Luis Rodrigo María Teresa, op cit., p. 8.

En este caso se escribirá solo con dos partes: Problema + Factor de riesgo, dado que no existen las características definitorias del problema.

Es importante remarcar el hecho de que todos los diagnósticos incluidos en la taxonomía como reales pueden formularse también como diagnósticos de riesgo, aunque no estén explícitamente identificados como tales, basta para ello con considerar los factores relacionados como factores de riesgo.

**Diagnostico de salud:** Es un diagnóstico real que se formula cuando la persona, la familia, o la comunidad goza ya de un nivel aceptable de salud o bienestar, pero puede y quiere alcanzar un nivel mayor. Aunque el listado taxonómico incluye algunos diagnósticos de salud, la mayoría de las etiquetas diagnósticas pueden formularse como tal anteponiendo “Potencial de aumento de ....” o “Potencial de mejora de.....” a la etiqueta de que se trate. Los diagnósticos de salud se formulan con un solo componente: etiqueta diagnóstica. Por ejemplo: Potencial de aumento del bienestar espiritual.<sup>42</sup>

## PLANIFICACIÓN.

Esta consiste en la elaboración de estrategias diseñadas para reforzar las respuestas del cliente sano o para evitar, reducir o corregir las respuestas del cliente enfermo identificadas en el diagnóstico de enfermería. Durante la fase de planificación se elaboran los **objetivos**, lo que será capaz de hacer el cliente y las **intervenciones de enfermería**.

Hemos de entender esta fase de planificación como un proceso de toma de decisiones para la elaboración del **Plan de Cuidados**, es decir, para la elaboración de una programación o plan de acción antes de su puesta en práctica. Para su elaboración hemos de tener en cuenta en primer lugar la elección de un marco conceptual, es decir, un **Modelo Teórico** considerado por sus postulados al más adecuado para determinar las directrices de la intervención enfermera en dicho momento.<sup>43</sup>

Así pues, consideraremos que la planificación como componente del Proceso de Enfermería consta de cuatro etapas:

42. Luis Rodrigo María Teresa, op cit., p. 9.

43. Hernández Conesa op. cit.. p. 135.

- Establecimiento de prioridades, de acuerdo al **modelo teórico** y las características del propio paciente.
- Elaboración de objetivos a corto mediano y largo plazo. Sabiendo que estos dependerán del tiempo programado para su consecución.
- Desarrollo de intervenciones de enfermería, ya que con la aplicación de las acciones que se describan en este momento se confirmará la validez y eficiencia del mismo.<sup>44</sup>

**De que recursos se dispone:** para llevar a cabo las actividades.

*Motivadores:* para atraer la atención del paciente.

*Portadores de contenido:* utilización de información para introducir nuevos contenidos o reforzar otros.

*Estructuradores del proceso de cuidar:* condiciona toda la actividad del cuidado y se constituyen en el eje y centro de trabajo.

**Que actividades son posibles:** para su concreción.

Permiten al cliente efectuar elecciones informadas.

Le asignan un papel activo.

Le exigen que indague ideas o problemas cotidianos.

Le propician la mayor cercanía a la realidad que se enfrenta.

Le muestran habilidades propias para su cuidado.

Le exigen que examine dentro de un nuevo concepto un problema actual.

Le exigen que repase y perfeccione sus esfuerzos iniciales.

Le estimulan estándares o disciplinas significativas para su cuidado.

Le proporcionan la posibilidad de compartir la planificación de los cuidados.

Son relevantes en relación con los propósitos expresos del cliente.<sup>45</sup>

Al brindar cuidado de enfermería a individuos, familias o grupos, observará que los problemas, situaciones y prioridades pueden cambiar de día en día, que incluso de hora en hora. Tendrá que aprender a ser flexible y fijar las prioridades en función del estado actual de las situaciones y los problemas presentes.

44. Hernández Conesa J, op cit., p. 135-136.

45. Ibidem, p. 137.



En la mayoría de los casos trabajará en varios problemas distintos en el curso de un día, obteniendo un cierto progreso en cada uno de ellos.

Administración de los cuidados basándose en los objetivos.

Puesto que el objetivo es claro, es probable que ambas partes vean cumplidos sus propósitos. Establecer objetivos con el paciente reduce los errores de comprensión del plan de cuidados e incentiva tanto al enfermo, como a la enfermera.

### **Objetivos a corto y largo plazo.**

Los objetivos a corto plazo son aquellos que puede cumplirse con relativa rapidez, a menudo a menos de una semana. Los objetivos a largo plazo se alcanzan tras un periodo más prolongado, generalmente semanas o meses. Con frecuencia, la enfermera puede establecer varios objetivos a corto plazo con el fin de alcanzar uno a largo plazo.<sup>46</sup>

Durante la fase de planificación es responsabilidad de enfermería establecer tanto los objetivos alcanzar por el paciente como los propios objetivos personales. El objetivo del paciente expresa lo que la enfermera espera que el enfermo sea capaz de alcanzar. El objetivo de enfermería indica lo que la enfermera debe realizar a fin de ayudar al paciente a cumplir su objetivo.

En un momento dado los objetivos de enfermería también pueden incluir objetivos de aprendizaje de la propia enfermera.<sup>47</sup>

Los términos "resultados" y "objetivos" a menudo se utilizan indistintamente porque ambos indican lo que se espera conseguir con el plan de cuidados. Los objetivos del paciente describen lo que éste será capaz de hacer en un momento determinado.<sup>48</sup>

## **EJECUCIÓN.**

La relación que existe entre planificación y ejecución es:

La planificación y le ejecución a menudo están tan íntimamente relacionadas que puede ocurrir que, en el ámbito clínico, le parezca que se ha omitido la etapa de planificación del proceso de enfermería, ya que las actividades se realizan inmediatamente después de la valoración y el diagnóstico. Así por ejemplo, si una enfermera identificar un

46. Alfaro Rosalinda. op. cit. p. 94.

47. Ibidem. p. 95.

48. Ibidem. p. 97.

problema urgente, como dificultad respiratoria, puede iniciar acciones de enfermería inmediatamente después de haberlo detectado. Puede parecer que se omite la planificación, pero en realidad la enfermera elabora mentalmente un plan rápido a medida que ejecuta las actividades enfermería.<sup>49</sup>

La ejecución supone la puesta en marcha del plan de cuidados de enfermería para conseguir los objetivos concretos que se han propuesto. Se ejecutan intervenciones de enfermería concretas para modificar los factores que contribuyen al problema del cliente. Por tanto, podemos señalar que se trata de la fase del Proceso de Enfermería orientada hacia la acción directa, en la cual el profesional de enfermería es responsable de la puesta en práctica del plan de cuidados que se elaboró previamente.

Durante esta fase el profesional de enfermería debe ser capaz de coordinar eficazmente las actividades de los distintos miembros del equipo sanitario, presta cuidados directos al cliente y delegar responsabilidades para estos cuidados al personal sanitario de acuerdo con la preparación y posibilidades de cada uno de sus miembros.<sup>50</sup>

La ejecución se lleva a cabo en tres etapas:

**Preparación;** para la cual hay que realizar:

- Revisión de las intervenciones compatibles con el plan de cuidados.
- Análisis del conocimiento de enfermería y de las habilidades necesarias.
- Reconocimiento de las complicaciones potenciales.
- Proporcionar los recursos necesarios.
- Preparación de un entorno seguros.

**Intervención;** que debe ajustarse a una de estas seis categorías:

- Refuerzo de las cualidades.
- Ayuda en las actividades de la vida diaria.
- Supervisión del trabajo de otros miembros del equipo de enfermería.
- Comunicación con otros miembros del equipo de atención sanitaria.
- Educación.
- Prestación de cuidados para conseguir los objetivos del cliente.

**Documentación:** en esta tiene lugar un registro completo y exacto de los acontecimientos que tienen lugar en esta etapa del Proceso de Enfermería.

49. Alfaro Rosalinda, op. cit. p. 134.

50. Hernández Conesa J, op cit., p. 137.

Se determinará el valor de la información directa acerca de la aproximación a los objetivos propuestos y de las reacciones individuales del paciente.

El profesional de enfermería debe decidir que anotar, con que extensión, cuando y donde anotar, todo ello en función de lo que éste considere importante.<sup>51</sup>

Normas:

- Nunca efectúe una actividad de enfermería hasta que conozca el motivo que la justifica, su efecto esperado y sus posibles efectos colaterales y adversos.
- Antes de llevar a cabo una actividad de enfermería, vuelva a valorar al cliente para determinar el estado del problema y si las acciones previamente identificadas siguen siendo válidas.
- Al llevar a cabo las actividades, debe incluir tanto al cliente como a los familiares.
- Las actividades de enfermería deberían efectuarse en un entorno seguro y terapéutico. Planifíquelo con atención para asegurarse que será apropiado para cualquier actividad que vaya a ejecutar.
- Cuando realice las actividades de enfermería, compruebe que conocer los protocolos y procedimientos institucionales, ya que a menudo varían de un centro a otro.<sup>52</sup>

### **EVALUACIÓN.**

Esta se considera con relación a la respuesta del cliente a la acción planificada, la cual debe basarse en la situación presente de aquél.

El diagnóstico y los objetivos propuestos para la resolución de problemas se utilizaran como marco para la evaluación, así, las consecuencias que producen en el paciente, constituyen el objeto de la evaluación.

Por tanto, la evaluación indica el grado en que el diagnóstico y la intervención de enfermería correspondientes, han sido correctas.

Para facilitar esta labor es interesante el planteamiento de preguntas tales como:

1. ¿Se consiguió el objetivo establecido en el plan de cuidados.?
2. ¿Se resolvió el diagnóstico de enfermería?
3. ¿Eran adecuadas las intervenciones?.

51. Hernández Conesa J, op cit., p. 138.

52. Alfaro Rosalinda. op. cit. p. 136.

En ocasiones el objetivo puede no ser ya aplicable debido a que los cambios en las circunstancias o el estado del cliente exigen un cambio en el plan de cuidados. Ante esta situación se debe revisar si dicho diagnóstico describe con precisión el estado del cliente, comparando las características definitorias asociadas al diagnóstico con los síntomas del cliente, que podremos comprobar utilizando las habilidades de valoración.<sup>53</sup>

Por otro lado, la persona que padece una enfermedad crónica es única en la complejidad y en la duración de sus cambios en las demandas de adaptación. Durante un período de tiempo, cada dimensión de adaptación de la persona con una enfermedad crónica está sometida a un obstáculo de situaciones negativas de tensión, esto es sucesos o situaciones percibidas como dañinas o amenazantes que inducen a una respuesta emocional y aun intento de adaptación. En una persona que padece una enfermedad crónica las alteraciones suceden como consecuencia de la perturbación de uno o más sistemas. Tal desorganización de varios sistemas y sus subsiguientes cuidados de salud inician un modelo de alteración en las dimensiones de adaptación que tienen como consecuencia un cambio en las formas de vida, una interrupción en el trabajo, una amenaza de la seguridad económica y la generación de muchas ansiedades para el presente y el futuro. La duración y complejidad de las necesidades de adaptación no se limitan a la persona sino que abarcan muchas dimensiones de adaptación de la familia de la persona y de su comunidad.

La hospitalización para un cliente con una enfermedad crónica crea sus propias necesidades especiales de adaptación. La complejidad, la sofisticación y la fragmentación de los cuidados de salud de un ingresado, causan frecuentemente en el cliente una sensación de confusión, impotencia y una mayor dependencia en los demás.<sup>54</sup>

El papel de la enfermería de facilitar los cuidados de salud del adulto recién ingresado con una enfermedad crónica, comienza con la valoración del estado del cliente dentro de cada una de las cinco dimensiones de la adaptación. El nivel de posibilidades pasado y actual al igual que el acceso a los recursos externos e internos constituyen los datos base a partir de los cuales se pueden formular unos diagnósticos. Una vez determinados los diagnósticos enfermeros, se establece la dirección para los pasos restantes del proceso, esto es, la planificación, intervención y evaluación.<sup>55</sup>

53. Hernández Conesa J, op cit., p. 138-139.

54. Carlson H. Judith, et al., "Diagnóstico de Enfermería". Ediciones: Pirámide S. A. Madrid. 1982. p. 244.

55. Ibidem. p. 245.

La necesidad de trabajar en forma lógica y sistemática en enfermería, y en coordinación con el equipo de salud, hizo que el proceso de atención de enfermería se adoptara con facilidad en las escuelas para que la formación de los futuros profesionales, estuviese acorde con las necesidades del saber de enfermería y ponerlo en práctica en la resolución de los problemas de salud de los clientes.

Entre las principales barreras de ejecución se encontraron: que existían diversos enfoques del proceso de atención de enfermería, la carencia de teoría, la falta de hábitos de estudio, la cantidad de clientes asignados, la cantidad de registros clínicos utilizados, etc.<sup>56</sup>

Otras concepciones del proceso de atención de enfermería lo ubican como un proceso interpersonal y actual en que la enfermera y el cliente son un sistema, en el que a la totalidad de las actividades del Departamento de Enfermería que se realizan son para alcanzar el bienestar del usuario.<sup>57</sup>

56. Balseiro Lasty Almario. "Investigación en Enfermería. Guía de elaboración de tesis. Proceso de Atención de Enfermería y trabajos académicos para titulación". Librería Acuario. 1991. p. 99.

57. Ibidem. p. 101.

### **3. EL MODELO DE ENFERMERÍA.**

#### **Antecedentes de los modelos. (Modelos de Enfermería)**

La revisión histórica de la enfermería nos manifiesta que en sus inicios dependía por completo de la medicina. Gradualmente, la sociedad requirió que la enfermera proporcionara un servicio diferente del que brindaba el médico. Este hecho, entre otros, influyó en las enfermeras, de modo que aspiraron legítimamente a un desarrollo para la enfermería paralelo al de la medicina. Las dos disciplinas comparten el mismo dominio material, pero son diferentes en su naturaleza, por lo que se hizo necesario diseñar modelos para su ejercicio profesional.

Así, en la década de 1960 se iniciaron los programas de educación en servicio, utilizando como marco de referencia el modelo de cuidado progresivo. El cuidado progresivo implica la atención al paciente de acuerdo con su estado de salud, pudiendo ser referido a cualquiera de las siguientes unidades de atención: cuidado ambulatorio, terapia intermedia, terapia intensiva o tratamiento de urgencia.<sup>58</sup>

El rápido crecimiento de los modelos en enfermería a partir de los setenta se explica por:

1. La necesidad de unificar la gran cantidad de información existente.
2. El reconocimiento de la interdependencia de los conocimientos procedentes de diversas disciplinas.
3. La necesidad de diferenciar la práctica profesional, técnica y vocacional.
4. La presencia cada vez mayor de enfermeras con grados académicos avanzados, que se cuestionan con respecto a la enfermería como disciplina y requieren una base teórica sólida.<sup>59</sup>

#### **Componentes de un modelo de enfermería.**

En general, la mayoría de los modelos de enfermería que se conocen, tienen como mínimo los siguientes componentes:

58. Morán Aguilar Victoria, et al, "Modelos de Enfermería". 1ª edición. Editorial Trillas. 1993. p. 24.

59. *Ibidem*. p. 26.

**SUPUESTOS O AXIOMAS:** Constituyen una aproximación al dominio de estudio de la enfermería. Son proposiciones admitidas sin demostración, pero apoyadas por criterios de verdad.

**ELEMENTOS:** Llamados también unidades principales, están conformados por un conjunto de conocimientos teóricos que los sustentan científicamente.

**MÉTODOS:** Los métodos de los modelos, en su mayoría, corresponden a la técnica de solución de problemas o método científico. Constituyen la manera ordenada y sistemática de aplicar las etapas del proceso de atención, para lograr el objetivo definido por el modelo para la práctica de la enfermería.<sup>60</sup>

Los modelos conceptuales sobre enfermería son conjuntos de conceptos, definiciones y proporciones que contienen una indicación expresa de sus interrelaciones y buscan configurar una perspectiva organizada que contemple los fenómenos específicos de una disciplina.

Las grandes teorías son estructuras conceptuales de un nivel de abstracción comparable al de los modelos de enfermería de los que nacen, aunque se diferencia de ellos en que proponen resultados basados en el empleo y la aplicación del modelo en el ejercicio de la enfermería profesional.<sup>61</sup>

## **DOROTHEA E. OREM.**

Dorothea Elizabeth Orem, una de las autoras teóricas de enfermería más destacadas de Norteamérica nació en Baltimore, Maryland. Orem inició su carrera profesional en la escuela de Enfermería del Providence Hospital, de Washington D. C., donde obtuvo el diploma de enfermería a principios de la década de 1930.

En el desempeño de su profesión Orem trabajó como enfermera privada y de hospital y ejerció la docencia.<sup>62</sup>

El primer gran libro de Orem, publicado en 1971, fue *Nursing Concepts of Practice*, seguido de *Concept Formalization in Nursing: Process and Product* (1972).

Entre otras distinciones que se le han otorgado cabe reseñar los títulos honoríficos de doctora en ciencias del Incarnate Word College, en 1980, y de doctora en letras de la

60. Morán Aguilar Victoria, op cit., p. 27.

61. Marriner Tomey Ann, et al., "Modelos y teorías en Enfermería". 4ª edición. Ed: Harcourt. 1999. p. 174.

62. Ibidem. p. 175.

Universidad de Illinois Wesleyan, en 1988, y el nombramiento como miembro honorario de la American Academy of Nursing en 1992.

En la actualidad, se dedica a impartir conferencias y a redactar artículos sobre diversos elementos conceptuales de su teoría.<sup>63</sup>

### **SUPUESTOS PRINCIPALES.**

A principios de la década de 1970, Orem formuló los supuestos básicos de su teoría general que fueron presentados en la Escuela de Enfermería de la Marquette University en

1973. En este modelo se identifican cinco premisas básicas:

- Los seres humanos necesitan estímulos continuos deliberados que actúen sobre ellos y su entorno para seguir vivos y proceder de acuerdo con la naturaleza.
- La actividad del hombre, la capacidad de actuar de forma deliberada, se ejerce a través de los cuidados que se prestan a uno mismo o a los demás, para identificar las necesidades y crear los estímulos precisos.
- Las personas maduras experimentan privaciones en forma de limitaciones de acción a la hora de cuidar de sí mismas o de los demás mediante aportaciones que permiten el mantenimiento de la vida y la regulación de las funciones vitales.
- La actividad humana se ejerce mediante el descubrimiento, desarrollo y transmisión a los demás de formas o métodos que ayuden a identificar las necesidades y a conseguir estímulos para uno mismo y para los demás.
- Los grupos de seres humanos con relaciones estructuradas agrupan las tareas y asignan responsabilidades para prestar ayuda a los miembros del grupo que padecen privaciones y aportan los estímulos necesarios para uno mismo y para los demás.<sup>64</sup>

### **GENERALIDAD.**

La propia Orem comenta la generalidad o universalidad de su teoría:

La Teoría del Déficit de Autocuidado no constituye una explicación de la individualidad de una situación práctica y concreta de la Enfermería, sino la expresión de una combinación singular de propiedades conceptuales o rasgos que son comunes a todos los casos de enfermería.

63. Marriner Tomey Ann, op cit., p. 176.

64. Ibidem p. 179.



Como teoría general es útil para que las enfermeras profesionales desarrollen y convaliden sus conocimientos en ésta disciplina y enseñen y aprendan enfermería.<sup>65</sup>

## **LA TEORÍA DE ENFERMERÍA DEL AUTOCUIDADO. UNA TEORÍA GENERAL.**

La formulación y expresión de una teoría general de enfermería se basa en reflexiones sobre: 1) características que se repiten en las situaciones de la práctica de la enfermería; y 2) relaciones de las características y entre ellas. El análisis de las situaciones de la práctica de la enfermería y el análisis del material de los casos de enfermería conducente a reflexiones sobre las características que se repiten en la práctica de la enfermería y las relaciones de y entre las mismas.<sup>66</sup>

La enfermería es un arte a través del cual la enfermera que ejerce ésta profesión proporciona asistencia especializada a personas con incapacidades tales que se requiere mas que una ayuda común para cubrir las necesidades diarias de autocuidado y para participar inteligentemente en los cuidados médicos que reciben del médico. El arte de la enfermería se practica «haciendo algo por» la persona con incapacidad, «ayudándola a hacerlo por sí misma» y/o «ayudándola a aprender a hacerlo por sí misma». También se practica la enfermería ayudando a una persona capacitada, familiar o amiga del paciente a aprender a “hacer algo por” el paciente. El cuidado del paciente es así un arte práctico y didáctico.<sup>67</sup>

No todas las personas que reciben cuidados de salud, por ejemplo, de los médicos, están bajo los cuidados de enfermeras, ni de ello se desprende que deberían recibirlos. Entonces me pregunté: ¿Qué condición existe en una persona cuando esa persona, o un miembro de su familia, o el médico que la atiende, o una enfermera, emite el juicio de que esa persona debería recibir cuidados de enfermería?

Las reflexiones sobre la condición humana asociada a los requerimientos de cuidados de enfermería fueron formuladas como conceptos y expresadas de la siguiente manera: la incapacidad de la persona para proporcionarse a sí misma continuamente la cantidad y calidad de autocuidado requerido a causa de su situación de salud personal.

65. Marriner Tomey Ann, op cit., p. 185.

66. Orem Dorothea Elizabeth. “Modelo de Orem. Conceptos de Enfermería en la práctica”. Ediciones Científicas y Técnicas. 1993. p. 64.

67. Ibidem. p. 67.

El autocuidado fue conceptualizado como el cuidado personal que los seres humanos necesitan diariamente y que puede ser modificado por el estado de salud, las condiciones ambientales, los efectos de los cuidados médicos y otros factores.<sup>68</sup>

### **Sistemas de enfermería.**

La enfermería no tiene una existencia concreta excepto a través de las personas en la relación entre la enfermera y el paciente, y a través de la forma en que ellos elijan, y lo que hagan o dejen de hacer en la relación. Un *sistema de enfermería* es algo construido mediante las acciones de las enfermeras y de sus pacientes. Es un producto que debería ser beneficioso para las personas con la condición de pacientes en situaciones de la práctica de la enfermería cuando el marco temporal para su producción se ajusta al momento en que se producen los requerimientos de enfermería. La «enfermera legítima» tiene una propiedad, que es «la agencia de enfermería», que incluye las capacidades para valorar las legítimas relaciones entre ella misma como enfermera la persona o personas en la posición de paciente bajo los valores sobresalientes de los componentes del fenómeno de la agencia de autocuidado y la demanda de autocuidado terapéutico.

El movimiento o cambio revelado por los acontecimientos y operaciones incluyendo: *a)* las percepciones de la enfermera de dependencia entre las propiedades de la demanda de autocuidado terapéutico y la agencia de autocuidado del paciente; *b)* el convencimiento de la enfermera de que el cambio en las propiedades del paciente, dependiendo de la conducta creativa de la enfermera, está condicionado por el estado de desarrollo de la agencia de enfermería de la propia enfermera y por el ejercicio que haga de ella; y *c)* la activación por parte de la enfermera de los componentes de la agencia de enfermería para controlar o alterar deliberadamente el estado de una o ambas propiedades.

El **autocuidado** es una actividad aprendida por los individuos orientada hacia un objetivo. Es una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigida por las personas hacia sí misma o hacia el entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud o bienestar.

El **cuidado dependiente** es una actividad, realizada por adultos responsables para individuos socialmente dependientes.<sup>69</sup>

68. Orem Dorothea Elizabeth, op cit., . p. 68.

69. Ibidem p. 71.

La **agencia de enfermería** es una compleja propiedad o atributo de las personas educadas y entrenadas como enfermeras que, cuando la ejercitan, las capacita para conocer y ayudar a otros a conocer sus demandas de autocuidado terapéutico, para cubrir las demandas de autocuidado terapéutico de otros o ayudarles a cubrir las por sí mismos, y para ayudar a otros a regular el ejercicio o desarrollo de su agencia de autocuidado o su agencia de cuidado dependiente.

La **demanda de autocuidado terapéutico** significa una entidad construida por las personas. Representa la suma de actividades de autocuidado requeridas por los individuos, en un lugar y en un momento determinados y durante un cierto tiempo, para cubrir los requisitos de autocuidado especificados por los individuos en relación con sus condiciones y circunstancias. Las actividades de cuidados se derivan de la selección y aplicación de las tecnologías o los métodos específicos para cubrir los requisitos de autocuidado universales, del desarrollo, o de desviación de la salud.

La **agencia de autocuidado** es la compleja capacidad desarrollada que permite, a los adultos y adolescentes en proceso de maduración, discernir los factores que deben ser controlados o tratados para regular su propio funcionamiento y desarrollo, para decidir lo que puede y debería hacerse con respecto a la regulación, para exponer los componentes de su demanda de autocuidado terapéutico (requisitos de autocuidado, tecnologías, medidas de cuidados), y finalmente para realizar las actividades de cuidados determinadas para cubrir sus requisitos de autocuidado a lo largo del tiempo. La agencia de cuidado dependiente es la compleja capacidad desarrollada por los adultos responsables de hacer todo lo anterior por las personas que de ellos dependen.<sup>70</sup>

La conceptualización de los tres tipos de requisitos de autocuidado – universales, de desarrollo y de desviación de la salud - son conceptos secundarios dentro del amplio concepto de la demanda de autocuidado terapéutico.

### **Déficit de autocuidado**

En el concepto teórico de sistema de enfermería carece de significado en ausencia de los conceptos incluidos de déficit de autocuidado y autocuidado. Estos tres conceptos, tomados juntos, eran partes del concepto general de enfermería.<sup>71</sup>

70. Orem Dorothea Elizabeth, op cit., p. 72.

71. Ibidem, p. 73.

Para formalizar aun más los conceptos y la relación entre ellos, los esfuerzos se dirigieron a expresar una teoría general de enfermería integrada por la teoría de autocuidado y la teoría del sistema de enfermería. La unión de estas tres teorías constituye una teoría general de enfermería, denominada.<sup>72</sup>

La teoría del déficit de autocuidado es el elemento crítico de la teoría de enfermería del déficit de autocuidado. Esta teoría tiene su origen en la finalidad propia de la enfermería, a saber, los seres humanos como sometidos a limitaciones a causa de su salud, o relacionadas con ella, para ocuparse de su autocuidado o del cuidado dependiente. En general se dice que es una síntesis de los conocimientos sobre las entidades teóricas del autocuidado (y el cuidado dependiente), la agencia de autocuidado (y la agencia del cuidado dependiente), la demanda de autocuidado terapéutico, la entidad relacional del déficit de autocuidado, y la agencia de enfermería.

#### **Idea central de la teoría**

Todas las limitaciones de las personas para desempeñar conductas prácticas dentro del dominio y los límites de la enfermería están asociadas con la subjetividad de los individuos maduros y en proceso de maduración, respecto a las limitaciones de acción relacionadas o derivadas de la salud que los hacen completa o parcialmente incapaces de conocer los requisitos existentes y que empiezan a surgir para el cuidado regulador de sí mismos o de las personas que dependen de ellos, y para ocuparse en el continuo desempeño de actividades de cuidado para controlar o manejar de alguna manera los factores que son reguladores de su propio funcionamiento y desarrollo o del de las personas que dependen de ellos.<sup>73</sup>

#### **Teoría del autocuidado**

Se presenta primero la teoría del *autocuidado* porque es básica para la comprensión de la teoría del déficit de autocuidado y la teoría del sistema de enfermería.

Dentro del contexto de la vida diaria, en los grupos sociales y su localización temporo-espacial, las personas maduras y en proceso de maduración realizan acciones y secuencias de acciones aprendidas dirigidas hacia sí mismas o hacia características

72. Orem Dorothea Elizabeth, op cit., p. 74.

73. Ibidem, p. 78

ambientales conocidas o supuestas, para cubrir requisitos identificados para el control de factores que promueven o afectan adversamente, o interfieren la regulación continuada de su propio funcionamiento o desarrollo, para contribuir así a la continuación de la vida, al auto-mantenimiento y a la salud y bienestar personal. También realizan las mismas acciones reguladoras para los miembros de la familia u otras personas dependientes. Los requisitos reguladores son de tres tipos: requisitos requeridos universalmente por todos los individuos independientemente de su edad; requisitos específicamente reguladores de los procesos de desarrollo humano; y todos los que surgen o están vinculados a los estados de salud de las personas y los cuidados de salud asociados.<sup>74</sup>

### *La teoría del sistema de enfermería.*

La teoría del sistema de enfermería es el componente organizativo esencial de la teoría de enfermería del déficit de autocuidado porque establece la forma de enfermería y la relación entre las propiedades del paciente y las de la enfermera.

Todos los sistemas de acción práctica que son sistemas de enfermería son formados por las enfermeras a través del ejercicio deliberado de las capacidades especializadas de enfermería (agencia de enfermería) dentro del contexto de su relación interpersonal y contractual con personas con déficit derivados de su salud o asociados con ella para la producción de cuidados continuados, efectivos y completos para sí mismas o para las personas que dependen de ellas, a fin de asegurar que las demandas de autocuidado terapéutico son conocidas y satisfechas, y que se protege la agencia de autocuidado o se regula su ejercicio o desarrollo. Los sistemas de enfermería pueden ser formados o producidos para individuos, para personas que constituyen una unidad de cuidado dependiente, para grupos cuyos miembros tienen demandas de autocuidado terapéutico con componentes similares o que tienen limitaciones similares para ocuparse del autocuidado o del cuidado dependiente, para familias, o para otras unidades multipersonales.<sup>75</sup>

La teoría de enfermería del déficit de autocuidado supone que la enfermería es una respuesta de los grupos humanos a un tipo recurrente de incapacidad para la acción a la que están sujetos los seres humanos, a saber, la incapacidad de cuidar de sí mismos o de las

74. Orem Dorothea Elizabeth, op cit., p. 75.

75. Ibidem. p. 80.

personas que dependen de ellos, cuando la acción está limitada debido al estado de salud o a las necesidades de cuidados de salud de la persona receptora de los mismos. Desde el punto de vista de la enfermería, los seres humanos se contemplan como necesitados de un continuo auto-mantenimiento y autorregulación a través de un tipo de acción denominada *autocuidado*. El término *autocuidado* significa el cuidado que es realizado por uno mismo para sí mismo cuando ha llegado al estado de madurez que le capacita para la acción consistente, controlada y dirigida hacia un objetivo. Los neonatos, los lactantes, los niños, los severamente incapacitados y los enfermos no pueden satisfacer alguno o ninguno de sus propios requerimientos para el mantenimiento y regulación de su funcionamiento.

La teoría postula dos *variables del paciente*: la agencia de autocuidado y la demanda de autocuidado terapéutico; y una *variable de la enfermera*: la agencia de enfermería. En las conceptualizaciones de la teoría del déficit de autocuidado, las variables del paciente se contemplan relacionadas entre sí; y, dentro de la teoría del sistema de enfermería, la agencia de enfermería se contempla en relación con las dos variables del paciente. Las personas con déficit de autocuidado relacionados con la salud son designadas como pacientes legítimos. Las enfermeras contemplan su propia legitimidad en términos de sus capacidades para proporcionar el tipo y cantidad de enfermería requerida por las personas bajo sus cuidados.<sup>76</sup>

## REQUISITOS DE AUTOCUIDADO.

Esenciales en el modelo de Orem son los *requisitos de autocuidado*. Son un componente principal del modelo y constituyen una parte importante de la valoración del cliente. Orem ha identificado y descrito ocho actividades que son esenciales para el logro del autocuidado, independientemente del estado de salud, edad, nivel de desarrollo o entorno ambiental de un individuo éstas actividades son las llamadas *requisitos de autocuidado universal*.

El término “requisito” se usa para indicar una actividad que un individuo debe realizar para cuidar de sí mismo.<sup>77</sup>

76. Orem Dorothea Elizabeth, op cit., p. 82.

77. Cavanagh Stephen J. “Modelo de Orem. Aplicación práctica”. Ediciones Científicas y Técnicas. 1993. p. 6.

## REQUISITOS DE AUTOCUIDADO UNIVERSAL.

Los ocho requisitos de autocuidado comunes a los seres humanos incluyen:

1. Mantenimiento de un aporte suficiente de aire.
2. Mantenimiento de un aporte suficiente de agua.
3. Mantenimiento de un aporte suficiente de alimento.
4. Provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación y los excrementos.
5. Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo.
6. Mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción social.
7. Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento humano y el bienestar humano.
8. Promoción del funcionamiento y desarrollo humanos dentro de los grupos sociales de acuerdo con el potencial humano, las limitaciones humanas conocidas y el deseo humano de ser normal.

Estos requisitos abarcan los elementos físicos, psicológicos, sociales y espirituales esenciales de la vida.

El mantenimiento de aire, agua y alimentos suficientes, y la provisión de cuidados para la eliminación son fundamentales para nuestros procesos vitales.

Los problemas en estas áreas podrían conducir a estados potencialmente peligrosos para la vida.

El equilibrio entre la actividad y el reposo evitará problemas de agotamiento, fatiga o estrés potencialmente lesivos.

La interacción social es importante para la socialización de los individuos en su cultura, así como para brindar una oportunidad de intercambiar ideas y opiniones.

La interacción social proporciona el calor y la proximidad esenciales para el desarrollo humano normal.

La interacción social tiene una importancia práctica, puesto que pueden requerirse habilidades sociales para obtener los materiales necesarios para la vida, incluyendo los alimentos.

La soledad requiere importante consideración, ya que proporciona a los individuos la oportunidad de reflexionar y pensar sobre su existencia y la de otros, así como del entorno que les rodea.<sup>78</sup>

La *normalidad*, como denomina Orem implica que el individuo tenga un autoconcepto realista y sea capaz de cultivar su propio desarrollo, y que sea “aceptado” en un grupo semejante.

78. Cavanagh Stephen, op cit., p. 7

Realizar acciones para mantener la salud se considera parte de la normalidad, al igual que identificar y prestar atención, cuando sea posible a los cambios en la salud.<sup>79</sup>

### **Requisitos de autocuidado en la desviación de la salud.**

En el modelo de Orem hay un nuevo grupo de requisitos de autocuidado: los requisitos de autocuidado en la desviación de la salud, que existen cuando el individuo esta enfermo, sufre alguna lesión, tiene incapacidades o esta recibiendo cuidados médicos. Por esto el individuo tiene las siguientes demandas adicionales de cuidados de la salud:

- Buscar y asegurar la ayuda médica apropiada en caso de exposición a condiciones ambientales o agentes físicos o biológicos específicos asociados con acontecimientos y estados patológicos humanos, condiciones genéticas fisiológicas o psicológicas que producen patologías o están asociadas a estas.
- Ser consciente de los efectos y resultados de las condiciones y estados patológicos.
- Realizar eficazmente las medidas diagnósticas, terapéuticas, y de rehabilitación médicamente preescritas, dirigidas a la prevención de tipos específicos de patología.
- Ser consciente de los efectos negativos de las medidas terapéuticas realizadas o prescritas.
- Modificación del autoconcepto aceptándose uno mismo como un ser con un estado particular de salud y que necesita formas específicas de cuidados de salud.
- Aprender a vivir con los efectos de condiciones y estados patológicos y los efectos de las medidas diagnósticas y terapéuticas.<sup>80</sup>

### **Obstáculos y factores que afectan la satisfacción de los requisitos**

Dentro de los factores que pueden condicionar la satisfacción de cada requisito de autocuidado universal, hay un mayor detalle en los requisitos que se centran en el aporte de aire, agua y alimentos, puesto que hay investigaciones más detalladas sobre los factores de estos requisitos. Los requisitos universales difieren de acuerdo con las entidades concretas con las que tratan; por tanto, difiere la forma de expresar los factores que afectan a la necesidad y a la manera de satisfacerla.

79. Cavanagh Stephen, op cit., p. 8.

80. Ibidem. p. 11.



Los requisitos centrados en el aire, agua y alimentos tratan del movimiento de estas entidades desde el entorno al interior del individuo.

El requisito sobre los excrementos trata del *movimiento de los materiales desde el individuo hasta su entorno*. Los requisitos relacionados con la actividad y el reposo, y la soledad y la interacción social tratan del *establecimiento y mantenimiento del equilibrio*. La prevención de peligros trata de la *evitación o eliminación*. Ser normal o promover la normalidad trata de *vivir dentro de las normas humanas y del propio potencial humano*, y esto incluye mantener el funcionamiento dentro de estas normas hasta el grado en que sea posible y en las condiciones y circunstancias prevalentes.<sup>81</sup>

81. Orem Dorothea Elizabeth, op cit., p. 384.

## **4. TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA.**

### **ANATOMÍA:**

El **Aparato circulatorio** es aquel por el que discurre la sangre a través de las arterias, los capilares y las venas; este recorrido tiene su punto de partida y su final en el corazón. En los humanos y en los vertebrados superiores, el corazón está formado por cuatro cavidades: la aurículas derecha e izquierda y los ventrículos derecho e izquierdo. El lado derecho del corazón bombea sangre carente de oxígeno procedente de los tejidos hacia los pulmones donde se oxigena; el lado izquierdo del corazón recibe la sangre oxigenada de los pulmones y la impulsa a través de las arterias a todos los tejidos del organismo. La circulación se inicia al principio de la vida fetal. Se calcula que una porción determinada de sangre completa su recorrido en un periodo aproximado de un minuto.

Cuando la sangre es impulsada hacia las arterias por la contracción ventricular, su pared se distiende. Durante la diástole, las arterias recuperan su diámetro normal, debido en gran medida a la elasticidad del tejido conjuntivo y a la contracción de las fibras musculares de las paredes de las arterias. La dilatación y contracción de las paredes arteriales que se puede percibir cerca de la superficie cutánea en todas las arterias recibe el nombre de pulso.

La circulación de la sangre en los **Capilares** superficiales se puede observar mediante el microscopio. Se puede ver avanzar los glóbulos rojos con rapidez en la zona media de la corriente sanguínea, mientras que los glóbulos blancos se desplazan con más lentitud y se encuentran próximos a las paredes de los capilares. La superficie que entra en contacto con la sangre es mucho mayor en los capilares que en el resto de los vasos sanguíneos, y por lo tanto ofrece una mayor resistencia al movimiento de la sangre, por lo que ejercen una gran influencia sobre la circulación. Los capilares se dilatan cuando la temperatura se eleva, enfriando de esta forma la sangre, y se contraen con el frío, con lo que preservan el calor del organismo

Las **Venas** son vasos sanguíneos que transporta sangre desoxigenada desde los capilares hasta el corazón. Las venas aumentan su diámetro a medida que recogen la sangre de los vasos que confluyen en ellas. Por último, vierten la sangre a la aurícula derecha del corazón, a través de las venas cava inferior y superior. El recubrimiento de las venas es similar al de las arterias, pero más fino, y con frecuencia transparente. En el

interior de las venas aparecen pliegues membranosos; son las válvulas semilunares, cuya función es evitar el retroceso de la sangre, en especial en las extremidades inferiores.<sup>82</sup>

### **ANTECEDENTES HISTÓRICOS DE LA ENFERMEDAD.**

En el siglo pasado Virchow definió los factores que hacen posible que la sangre dentro de una vena pierda su estado natural líquido para convertirse en un trombo. Estos tres factores, conocidos como la tríada de Virchow, son la estasis, la lesión endotelial y la presencia de sustancias con actividad procoagulante. Es poco probable que uno solo de ellos sea suficiente para originar una trombosis. Pero cuando se asocian dos de ellos se dan las circunstancias favorables para el desarrollo de una Trombosis Venosa Profunda. Así, por ejemplo, en los clientes recién operados coincide la estasis de la sangre en las venas de las piernas, por la inmovilización en cama, con la entrada en el torrente circulatorio de gran cantidad de sustancias extrañas, procedentes de la reabsorción de tejidos necrosados en el acto quirúrgico, con capacidad para activar los factores de coagulación. En las intervenciones realizadas en las extremidades inferiores, además, con frecuencia se lesiona la pared de los vasos. Los clientes con déficit congénito de antitrombina III, proteína C o proteína S suelen desarrollar una Trombosis Venosa Profunda coincidiendo con un embarazo, una operación o el reposo en cama por alguna otra enfermedad.

### **EPIDEMIOLOGÍA.**

La trombosis venosa profunda de las extremidades inferiores es una enfermedad frecuente y grave. Es el origen de la gran mayoría de los casos de embolia pulmonar, de modo que hoy en día se considera que la Trombosis Venosa Profunda y la embolia pulmonar son dos aspectos de una misma enfermedad: la enfermedad tromboembólica venosa. La Trombosis Venosa Profunda de las extremidades superiores es, en cambio, una entidad menos frecuente, si bien la utilización cada vez más generalizada de catéteres venosos centrales hace que aumente cada vez más su incidencia.

En ambos casos se produce una trombosis en el interior de las venas del sistema profundo de la extremidad. La evolución espontánea puede ser hacia la autodisolución (por los mecanismos de fibrinólisis fisiológica), hacia la extensión del trombo, ya sea proximal o distalmente, y/o hacia la fragmentación del trombo.

82. Enciclopedia Microsoft Encarta 2001.

En este caso, el fragmento desprendido (el émbolo) seguirá su cauce hasta alojarse finalmente en la circulación arterial pulmonar.

Esto es lo que se conoce como embolia pulmonar. De todos modos, con independencia de que se produzca o no la embolia, la trombosis provoca siempre desestructuración y pérdida de función del aparato valvular de las venas. En consecuencia, muchos de los clientes desarrollan, años después, signos de insuficiencia venosa profunda.

Si se tiene en cuenta que la embolia pulmonar es la causa directa de muerte de casi el 10% de los clientes que fallecen en un hospital y que la insuficiencia venosa profunda es una enfermedad crónica que puede llegar a imposibilitar que el cliente lleve una vida activa, es fácil comprender que la Trombosis Venosa Profunda es, a la vez, una enfermedad grave y frecuente.

## **DISTRIBUCIÓN.**

La trombosis venosa profunda es una enfermedad grave que afecta a 150 personas de cada 100.000 habitantes, que en su mayoría son mujeres, de las que entre el 10 y el 15 por ciento desarrollarán una embolia pulmonar, cuya incidencia como causa de muerte se estima que es del 1 al 1,5 por ciento por cada 10.000 habitantes.

## **ETIOLOGÍA.**

Entre las diversas situaciones clínicas que predisponen al desarrollo de esta afección, las más frecuentes son: *a) las intervenciones quirúrgicas*, especialmente las que afectan a las extremidades inferiores (cirugía de cadera y de rodilla) y la cirugía oncológica; *b) el reposo en cama*, ya sea inmovilizaciones prolongadas, como en la demencia senil o las secuelas de un *ictus*, o bien inmovilizaciones cortas en el transcurso de una infección respiratoria, insuficiencia cardíaca o en la fase aguda de un accidente vascular cerebral o un infarto agudo de miocardio; *c) las neoplasias*, especialmente el cáncer de pulmón, colon, mama y próstata, y *d) el antecedente de enfermedad tromboembólica previa* o las varices. Además la influencia de otros factores de riesgo, tales como el embarazo, el puerperio o la ingesta de anticonceptivos no supone más del 3% del total de clientes con TVP., y hay que tener en cuenta que el riesgo de trombosis en cada una de estas situaciones aumenta proporcionalmente a la edad del cliente.

En la práctica, a menudo coexisten dos o más de las situaciones mencionadas. No obstante, persiste siempre un porcentaje de clientes (alrededor de un 15%) en quienes no se halla ninguno de los factores de riesgo indicados. En estos casos se aconseja la búsqueda de enfermedades subyacentes, como una compresión extrínseca o anomalías congénitas del sistema venoso, una neoplasia oculta (de forma que la trombosis venosa sea la primera y única manifestación), déficit de inhibidores de la coagulación (antitrombina III, proteína C, proteína S) o de la fibrinólisis (inhibidor del activador del plasminógeno), presencia de anticuerpos anticardiolipina y otras enfermedades poco frecuentes como homocistinuria o síndrome de Behçet.

## **FACTORES EN LA FORMACIÓN DE TROMBOS.**

Las lesiones endoteliales, que estimulan tanto la adherencia de plaquetas como la activación de la cascada de coagulación, son con frecuencia el factor dominante iniciador cuando se produce trombosis en las venas y en la microcirculación, los daños endoteliales son menos notables. Las alteraciones en el flujo sanguíneo, como la disminución de su velocidad y la turbulencia, así como las alteraciones en la propia sangre (aumento en la viscosidad, incremento en las concentraciones de fibrinógeno y número de plaquetas) son los factores más importantes en la trombosis venosa. La penetración de sustancias tromboplásticas a la corriente circulatoria puede causar esparcimiento de trombosis.

## **PATOGENIA.**

Una vez formado un trombo en el sistema venoso profundo de las extremidades (que generalmente asienta en las válvulas de las venas de la pantorrilla), puede sufrir los embates de los mecanismos fisiológicos de la fibrinólisis y desaparecer. Otras veces no es así, y se extiende tanto proximal como distalmente por la extremidad, llegando a ocluir por completo el flujo venoso. En este momento el trombo es especialmente friable, por lo que se puede fragmentar con facilidad. Los fragmentos seguirán hacia la vena cava, luego al corazón derecho y, desde allí, a la arteria pulmonar. A medida que ésta se va ramificando, se reduce progresivamente su calibre, hasta que llega un momento en que el fragmento de trombo (el émbolo) se enclava, no puede proseguir su camino y ocluye por completo una arteriola pulmonar. Esta oclusión origina trastornos no sólo por la falta de perfusión de dicha arteriola, sino también porque el émbolo está formado por gran cantidad de plaquetas

y hematíes que, en el momento de impactarse en el pulmón, liberan diversos mediadores con actividad vasoconstrictora y broncoconstrictora. Esto explica la desproporción que muchas veces se observa en clínica entre embolias pequeñas con un gran componente de insuficiencia respiratoria y émbolos de gran tamaño que pueden ser asintomáticos.

En cualquier caso, la vena trombosada raras veces recupera su funcionalismo normal una vez superada la fase aguda. Cuando no persiste ocluida y fibrosada ya de por vida, queda por lo menos una desestructuración de su sistema valvular, que origina a largo plazo (meses y años después) un aumento progresivo de la presión hidrostática y otras alteraciones en la microcirculación, que ocasionan insuficiencia venosa profunda, también denominada síndrome posttrombótico o posflebitico.<sup>83</sup>

### **FORMACIÓN DEL TAPÓN HEMOSTÁTICO DE PLAQUETAS.**

La lesión al endotelio vascular expone la colágena subendotelial que tiene un potente efecto trombógeno sobre las plaquetas, y produce adherencia de plaquetas en el sitio de lesión. Las plaquetas que se adhieren al endotelio lesionado se agregan para formar un tapón hemostático, que es el comienzo de un trombo. La agregación plaquetaria, a su vez, conduce a desgranulación de plaquetas, que libera serotonina, ADP, ATP y sustancias tromboplásticas. El ADP, por sí solo, un agregador plaquetario potente, causa una acumulación adicional de plaquetas. Las capas de plaquetas alternadas con fibrina en un trombo se observan al examen microscópico como líneas pálidas.

### **COAGULACIÓN DE LA SANGRE.**

La activación del factor de Hageman (factor XII en la cascada de la coagulación) produce la formación de fibrina mediante la activación de la vía de coagulación intrínseca. Las tromboplastinas tisulares liberadas por la lesión activan la vía de coagulación extrínseca, que contribuye a la formación de fibrina. El factor XII actúa sobre la fibrina produciendo un polímero fibrilar insoluble, el cual, junto con el tapón de plaquetas, forma el tapón hemostático definitivo. En el examen microscópico, la fibrina se presenta como un red fibrilar teñida de rosa, entrecruzada con masas pálidas amorfas de plaquetas.

83. Farreras Rozman. "Tratado de Medicina Interna". 14 edición. Ediciones Harcourt. S. A. 2002.

## CUADRO CLÍNICO.

La sintomatología propia de la TVP se resumía clásicamente en dolor de pierna, sensibilidad en una pierna, impotencia funcional en la extremidad afecta, edema, temperatura incrementada en la pierna, enrojecimiento de la extremidad, y dolor articular. En la exploración física, la observación de tumefacción, aumento de la temperatura local, rubefacción y circulación colateral evidente configuraban el cortejo de hallazgos semiológicos. En la actualidad, se sabe que esta descripción se corresponde con la realidad sólo en un número limitado de clientes. Se calcula que aproximadamente la mitad de los individuos afectados de TVP no presentan ninguno de los síntomas ni signos citados. En estos casos, la trombosis pasa inadvertida y no se diagnostica. En algunos clientes, el primer y único síntoma es un episodio de embolia pulmonar. Por esta razón, el diagnóstico debe empezar con la sospecha de la enfermedad siempre que exista un factor de riesgo. El menor síntoma clínico (dolor, tumefacción) en un cliente postoperado o encamado por alguna otra enfermedad de las que predisponen a la trombosis venosa debe obligar a la práctica de exploraciones diagnósticas que permitan confirmar o descartar el proceso. Sólo el diagnóstico precoz y preciso (con la consiguiente administración de tratamiento adecuado) puede evitar la aparición de las dos complicaciones ya citadas de la TVP: una embolia pulmonar o, a más largo plazo, una insuficiencia venosa crónica en la extremidad afecta.

Por otra parte, también alrededor de la mitad de los clientes con síntomas y signos clínicos sugestivos de TVP no padecen realmente la enfermedad. La lista de diagnósticos alternativos es extensa e incluye sobre todo factores mecánicos, como una tendinitis, la rotura de un quiste poplíteo o una linfangitis. Todo ello obliga a acudir siempre a métodos diagnósticos objetivos y fiables. La instauración del tratamiento anticoagulante entraña un riesgo no despreciable de complicaciones hemorrágicas. Por consiguiente, su indicación no debe fundamentarse en la presencia de unos síntomas clínicos más o menos sugestivos, ya que se ha demostrado sobradamente su escaso valor.<sup>84</sup>

84. [www.facmed.unam.mx/deptos/familiar/atfm85/insuficiencia-venosa.html](http://www.facmed.unam.mx/deptos/familiar/atfm85/insuficiencia-venosa.html).

### EXÁMENES DE LABORATORIO.

No existe ninguna prueba que permite concluir que un cliente posee una trombosis venosa. En enfermos que acuden por una clínica sospechosa de trombosis venosa solo se pueden realizar los siguientes estudios de laboratorio:

- Antitrombina III,
- Proteína C. Reactiva,
- Detección de CID ,
- Biometría Hemática.

### EXÁMENES DE GABINETE

No sólo es aconsejable el diagnóstico etiológico de la Trombosis Venosa Profunda: dado que la trombosis venosa es el origen principal de embolias pulmonares y que éstas cursan a menudo sin sintomatología clínica, la actitud diagnóstica debería abarcar también esa posibilidad. Diversos autores han demostrado que un porcentaje importante (hasta un 50% en algunas series) de los clientes con Trombosis Venosa Profunda y sin síntomas respiratorios sugestivos de embolia presentan realmente una embolia pulmonar. El hecho de que en estos casos la embolia pulmonar curse de forma silente no debe ser un obstáculo para determinar su presencia. Hoy, la mayoría de los hospitales disponen de métodos no invasivos, cómodos y absolutamente fiables para el diagnóstico de la embolia pulmonar.

ALGUNOS MÉTODOS DIAGNÓSTICOS SON LOS SIGUIENTES.

#### ♪ **Ecografía o Eco-doppler venoso .**

La simple ecografía es suficiente para algunos , para la detección de una trombosis venosa profunda . La inconpresibilidad de la vena por la presión **suave** de la sonda es indicativo de trombosis venosa , aunque en trombosis parciales este hallazgo es mas dificultoso y por lo tanto mas discutible su sensibilidad . La vena carece de flujo o posee fujo por alguna zona periférica o se evidencia flujo continuo de alta intensidad en su interior ( trombo poroso ) . Esta característica es mas fácil detectarla en el doppler color ,



después de provocar un impulso venoso por una correcta compresión de la masa muscular distal.

En la pierna se requiere una técnica adecuada y depurada para la puesta en evidencia de una trombosis venosa. Nunca se estudia el enfermo en decúbito y constantemente se comprime la extremidad con la mano contralateral a la que sujeta la sonda, primero rápidamente se localiza la anomalía y luego de forma más lenta se fija ubica y se pone en evidencia, siempre rastreando todos los siete pares de plexos venosos

El rastreo de la iliaca externa requiere también una técnica adecuada, ya que la vena profundiza en su recorrido , no sirviendo solo la existencia de flujo, dado que este puede ser parcial .

### ♪ *Flebografía*

Se le ha denominado el estándar de oro frente al que se comparaban la eficacia de las otras técnicas. Pero a igual que sucede con el oro existen muchos niveles de calidad y hoy día es raro hallar quien la realiza correctamente, también porque requiere una mesa basculante de la que carecen la mayoría de gabinetes radiológicos. Debe realizarse en posición sumergida, con el peso del cuerpo descansando sobre la pierna contraria a la que se pretende explorar, inyectando con la habilidad tal que superemos la presión de obstrucción y hagamos fluir el contraste por las paredes del trombo. La cantidad ha inyectar no debe ser limitante de la exploración pudiendo inyectarse ( en enfermos que no son diabéticos o insuficiencia renal ) 70 ml de contraste por pierna . Ello se debe a la imperiosa necesidad de realizar rotaciones de la extremidad a fin de poseer varias exposiciones distintas.

Existen signos directos de trombosis e indirectos. Solo podemos decir que existe un trombo cuando se visualiza este en al menos dos exposiciones distintas con distintas tomas (cambiando la posición de la extremidad y inyectando nuevo contraste) para evitar confundir con un trombo una alteración del flujo. Los signos indirectos (no opacificación de un trayecto) son sugestivos y nada más.<sup>85</sup>

85. [www.facmed.unam.mx/deptos/familiar/atfm85/insuficiencia-venosa.html](http://www.facmed.unam.mx/deptos/familiar/atfm85/insuficiencia-venosa.html).

## **5. ACTIVIDADES PREVENTIVAS.**

La enfermedad es el resultado de un proceso dinámico en el que los agentes etiológicos y factores de riesgo interaccionan con el huésped. Entre el inicio de la exposición a los agentes y factores y el comienzo de la enfermedad existe un período de inducción/incubación, que suele ser corto para las patologías agudas (infecciosas) y accidentes y largo para las crónicas.

En la historia natural de las enfermedades suelen distinguirse tres períodos, prepatogénico, patogénico, y de resultados. El primero comienza con la exposición a los factores etiológicos o de riesgo y en él desempeñan un papel importante los elementos que favorecen la susceptibilidad del huésped para padecer la enfermedad. Los factores de riesgo, definidos como cualquier exposición, condición o característica que está asociada a una mayor probabilidad de desarrollar la enfermedad, puede ser no modificables (edad, sexo), o por el contrario, susceptibles de cambios producidos por actuaciones de prevención primaria, que pueden llegar a eliminarlos o, al menos, conseguir un descenso significativo de la exposición del sujeto a ello.

En el período patogénico se distinguen habitualmente signos y síntomas, en éste período se ha iniciado ya los cambios anatomopatológicos inducidos por el agente causal y, éstas alteraciones orgánicas ya son lo suficientemente importantes como para dar lugar a manifestaciones en el paciente.

La historia natural de las enfermedades acaba en un período de resultados, consecuencia del avance, o retroceso de las alteraciones orgánicas inducidas por los agentes causales (muerte, incapacidad, situación de enfermedad crónica o curación).

Los distintos niveles de actuación preventiva están en íntima relación con éstas fases de la historia natural de las enfermedades:

Las actividades de prevención primaria son el conjunto de actuaciones dirigidas a impedir la aparición o disminuir la probabilidad de padecer una enfermedad determinada. Su objetivo es disminuir su incidencia. Este grupo de actividades se desarrolla en el período prepatogénico, antes del inicio de los estímulos inducidos por los factores etiológicos que provocarán la enfermedad. Dentro de las actividades de prevención primaria se incluyen generalmente las de promoción de la salud y protección específica.

Las actividades de prevención secundaria pretenden detener la evolución de la enfermedad, cuando aún los síntomas y signos no son aparentes, pero existen, y por ello permiten detectar precozmente el proceso patológicos y poner en práctica las medidas necesarias para impedir su progresión. La prevención secundaria pretende reducir la prevalencia de la enfermedad. El núcleo fundamental de las actividades de prevención secundaria lo forman los programas de detección. Dentro de las actividades de prevención secundaria se incluyen el diagnóstico temprano y el tratamiento oportuno.<sup>86</sup>

Las actividades de prevención terciaria se definen como aquellas que están dirigidas al tratamiento y rehabilitación de una persona con una enfermedad previamente establecida, ententeciendo su progresión y con ello la aparición o agravamiento de complicaciones e invalidez e intentando mejorar la calidad de vida de los pacientes.<sup>87</sup>

Es una función esencial del equipo multidisciplinario de salud, ofrecer información adecuada en cuanto se refiere a los hábitos dietéticos, los efectos del tabaco, alcohol y otras drogas, recomendar el ejercicio físico adecuado a cada edad y detectar, a partir de la relación establecida con el paciente, los conflictos que pueden iniciarse por inadaptación personal o social.

Es necesario priorizar las necesidades según el sexo y la edad de las personas a las que nos dirigimos: así, mientras debe preocuparnos ofrecer servicios de planificación familiar, adecuados a la mujeres en edad fértil, entre otras cosas.

Es necesario que todos los miembros del equipo de salud se sientan protagonistas en el desarrollo de estas actividades ya que de esta forma estamos asegurando una prevención de enfermedades diversas y también estamos brindando las herramientas fundamentales para lograr una calidad de vida en el presente y en el futuro.<sup>88</sup>

86. Martín Zurro A, et al. "Atención primaria, conceptos, organización y práctica clínica". 4ª edición. Harcourt. 1999. p. 423.

87. Ibidem p. 424.

88. Ibidem, p. 428.

# HISTORIA NATURAL DE LA ENFERMEDAD.

## AGENTE.

### FÍSICOS:

- Las intervenciones quirúrgicas: cirugía de cadera, de rodilla y la cirugía de tipo oncológica.
- El reposo en cama, ya sea inmovilizaciones prolongadas por enfermedad cardíaca.

### BIOLÓGICOS:

- Déficit de inhibidores de la coagulación (antitrombina III, proteína C, proteína S).
- Deficiencia de fibrinólisis (inhibidor del activador del plasminógeno).
- Presencia de anticuerpos.
- Lesiones endoteliales, que estimulan la adherencia de plaquetas.
- La deficiente activación de la cascada de coagulación, son con frecuencia el factor dominante iniciador cuando se produce trombosis en las venas y en la microcirculación.

### QUÍMICOS:

- La ingesta de anticonceptivos no supone más del 3% del total de pacientes con Trombosis Venosa Profunda.

## HUÉSPED.

- El antecedente de enfermedad tromboembólica previa.
- De mayor predominio en el sexo femenino.
- Obesidad.
- Sedentarismo.
- Venas varicosas.
- Embarazo.
- Puerperio.
- Aumenta el riesgo de trombosis con la edad.

## **MEDIO AMBIENTE.**

- Urbano principalmente.
- Exceso de trabajo.
- En menor proporción en el medio rural.
- Estilo de vida.
- Hábitos y costumbres.

## HORIZONTE CLÍNICO.

### DAÑOS TISULARES:

- Los trombos pueden sufrir los embates de los mecanismos fisiológicos de la fibrinólisis y desaparecer.
- Otras veces no es así, el trombo se extiende tanto proximal como distalmente por la extremidad, llegando a ocluir por completo el flujo venoso.
- Puede cambiar la coloración del miembro pélvico afectado.
- Incrementa la circulación venosa y con ello la temperatura a nivel local.

### SIGNOS Y SÍNTOMAS.

- Dolor de pierna.
- Sensibilidad aumentada en una o ambos miembros pélvicos.
- Impotencia funcional en la extremidad afectada.
- Edema.
- Temperatura incrementada en uno o ambos miembros pélvicos.
- Enrojecimiento de la extremidad.
- Dolor articular.
- Tumefacción.

### COMPLICACIONES.

- Cuando se fragmentan los trombos van hacia la vena cava.
- Pueden llegar al corazón derecho y, desde allí, a la arteria pulmonar.
- A medida que éste se va ramificando, se reduce progresivamente su calibre, hasta que llega un momento en que el fragmento de trombo (el émbolo) se enclava, no puede proseguir su camino y ocluye por completo una arteriola pulmonar.

### SECUELAS.

- Embolia pulmonar.
- Enfermedades cardiovasculares.
- Pérdida de la sensibilidad en el miembro afectado.
- Amputación.

## NIVELES DE PREVENCIÓN.

### PREVENCIÓN PRIMARIA.

#### PROMOCIÓN A LA SALUD.

- Ingerir una dieta equilibrada.
- Fomentar hábitos higiénico adecuados.
- Fomentar relaciones interpersonales favorables en la familia y comunidad.
- Realizar cada 6 meses examen médico.
- Realizar actividad física regularmente.
- Promover el uso de lugares de esparcimiento dentro de su comunidad.
- Difundir entre la comunidad conocimientos relativos a la prevención de accidentes, en el hogar, en la calle y en el trabajo.
- Realizar papanicolau 2 veces por año.
- Realizar exploración mamaria una vez por mes.
- Fomentar el no consumo de drogas.
- Propiciar el no consumo de bebidas embriagantes.
- Difundir el no consumo de tabaquismo.

#### PROTECCIÓN ESPECÍFICA.

- Difundir, conocimientos relativos a la prevención de accidentes.
- Realizar una rutina de ejercicios, de acuerdo a las necesidades de la cliente.
- Tomar suficientes líquidos preferentemente agua natural.
- Elevar miembros inferiores aproximadamente a 45°C, sobre el nivel de la cama.
- Comprar y utilizar pantimedias compresivas, para mejorar su circulación.
- Hidratarse la piel, principalmente las piernas, comenzando de los pies hacia arriba, ya que esto ayudará a mejorar su circulación.

## PREVENCIÓN SECUNDARIA.

### DIAGNÓSTICO TEMPRANO.

- Historia clínica, antecedentes familiares de trombosis venosa profunda o venas varicosas.
- Exploración física: Con signos de dolor localizado en alguno o ambos miembros inferiores, cambio de temperatura en un sitio localizado.
- Exámenes de laboratorio: Biometría hemática, Química sanguínea, Tiempos de coagulación.
- Ultrasonido Doppler.

### TRATAMIENTO OPORTUNO.

La terapéutica anticoagulante sigue siendo el tratamiento de elección en la mayoría de los pacientes, y se inicia con la administración de heparina de bajo molecular, que ha demostrado ya su superioridad respecto de la heparina no fraccionada. El objetivo de dicho tratamiento es reducir al mínimo el riesgo de embolia pulmonar, justo hasta el límite de aparición de complicaciones hemorrágicas.

Con el tratamiento anticoagulante se reduce al mínimo la probabilidad de embolia pulmonar y la sintomatología cede gradualmente en unos días. Cuando desaparece la tumefacción de la extremidad afecta, se permite la bipedestación. A partir de ese momento el paciente puede iniciar progresivamente la deambulación, pero siempre con una compresión elástica en la pierna con el fin de intentar disminuir la progresión hacia la insuficiencia venosa crónica.

Los pacientes con alguna contraindicación al tratamiento anticoagulante plantean un problema terapéutico que requiere individualizar las decisiones. La cirugía reciente, la coexistencia de lesiones con hemorragia potencial (úlceras gastroduodenal, colitis ulcerosa) o la alteración previa de las pruebas de coagulación, ya sea por insuficiencia hepática, renal o por otras causas, obliga a individualizar el tratamiento.

Entre las acciones de Enfermería se debe orientar a las personas para que conozcan un poco más sobre esta patología, el realizar ejercicio de forma regular, indicar la elevación de miembros pélvicos y su importancia, el vendaje, así como seguir siempre el tratamiento indicado por el médico.



## **PREVENCIÓN TERCIARIA.**

### REHABILITACIÓN.

- Elevar miembros pélvicos en casa.
- Indicar a la paciente que debe comenzar a caminar de manera gradual, en el hospital y en casa.
- Mantener vendados los miembros pélvicos.
- Realizar una dieta equilibrada.
- Indicar que debe tomar todos los medicamentos que tiene indicados.
- Indicar a la paciente que debe de regresar a consulta con su médico.

V. CAPÍTULO II

APLICACIÓN DEL  
PROCESO  
ENFERMERO.

# 1. VALORACIÓN. HISTORIA CLÍNICA DE ENFERMERÍA.

NOMBRE: L. E. M. De J.  
Domicilio: Carruso #48- B 101. Colonia: Peralvillo.  
Edad: 19 años. Nacimiento: 15/05/83. Lugar de N: Distrito federal.  
Estado Civil: Casada. Ocupación: Ama de casa. Tel.: 51 11 44 39.  
Ingreso: 10/11/02.  
PESO: 57 KG. T/A: 120/90.  
Diagnostico de Ingreso:

## 1. MANTENIMIENTO DE UN APOORTE SUFICIENTE DE AIRE:

¿Respira usted bien?: Sí.

¿Tose? Rara vez.

¿Tiene secreciones? Muy ocasionalmente.

¿Expulsa sangre al toser? Nunca me ha pasado.

¿Siente dolor al respirar? Nunca he tenido esa molestia.

¿Desde cuando sufre este problema?

1 semana    2 semanas.    1 mes    3 meses.    6 meses.    1 año    +  
año

¿Qué medios utiliza para facilitar su respiración?

Postura.    Humidificador.    Ejercicios respiratorios.    Respiración profunda.

Tose.

¿Fuma? Nunca he fumado y nadie fuma de mi familia.

1-3    4-6    7-10    11-15    16-20    21- +

¿Existen fumadores en su entorno? Nadie de mi familia fuma.

¿Ingiere drogas? Nunca ¿De que tipo?

¿Sufre alergias respiratorias? De ningún tipo.

¿Tiene animales en casa? No.

Perros.    Gatos.    Aves.    Peces.    Otros \_\_\_\_\_

¿Dónde trabaja el aire esta contaminado? No trabajo, y en mi casa no hay humos contaminantes.

¿Ha sufrido alguna enfermedad pulmonar? Si solo gripe.

T. B.    Gripe.    Asma.    Bronquitis.    Neumonía.

¿Tiene problemas de salud que repercutan en su forma de respirar? No.

Dolor.    Fracturas.    Inmovilidad parcial.    Inmovilidad total.    Otros \_\_\_\_\_

¿En su domicilio cuentan con todos los servicios? Describa cuales: En mi casa se encuentra pavimentado, hay agua intradomiciliaria, drenaje, luz y recolección de basura.

¿Realiza algún deporte? No, ahora, antes si realizaba ejercicios aeróbicos.

Observaciones de Enfermería: Aparentemente al interrogatorio no alteraciones respiratorias, y por lo tanto la respiración es adecuada y no hay datos de enfermedades respiratorias.

## 2. MANTENIMIENTO DE UN APOORTE SUFICIENTE DE AGUA:

¿Cuántos vasos de agua toma al día? 4 vasos, de aproximadamente ½ litro cada uno.

¿Qué líquidos de agradan? Agua de sabor y refresco. Desagrada: Agua natural.

¿A que temperatura le gusta tomar los líquidos?

Helados. Fríos. Calientes. Muy calientes.

¿Se le seca frecuentemente la boca? En ocasiones.

¿Suda mucho en su actividad diaria? Sí, pero solamente cuando hago mucho esfuerzo.

¿Presenta edema en la manos o pies? No, pero ahora por el embarazo por las mañanas solo en los pies.

¿Le da sed? Mucha. Regular. Poca.

Observaciones de enfermería: La cantidad de líquidos ingeridos es irregular, por lo que se le indica que aumente la ingesta de líquidos y consumir más agua natural, que agua de sabor y refrescos.

## 3. MANTENIMIENTO DE UN PORTE SUFICIENTE DE ALIMENTO:

¿Cómo considera que es su alimentación? Deficiente por que a veces no tengo dinero suficiente para comer lo que me gusta.

¿Tiene usted buen apetito.? Sí.

¿Sigue usted alguna dieta? Nunca he seguido algún tipo de dieta.

¿Por momentos presenta usted? Sí, por ésta enfermedad que tengo actualmente.

Mareos. Debilidad de piernas. Dolor de cabeza. Dolores articulares.

Manchas en la piel. Caída de dientes. Caída del pelo.

¿Tiene preferencia por algunos alimentos? Sí ¿Cuales? Lácteos, carnes y algunas frutas.

¿Acostumbra ingerir alcohol? Nunca.

¿Con que frecuencia consume los siguientes alimentos? En promedio 3 veces a la semana casi todos, aunque acostumbra comer más frituras, carnes y huevo.

Lácteos. Pastas. Frutas. Verduras. Carnes. Cereales.

Embutidos. Enlatados. Refrescos. Huevo. Dulces. Frituras.

¿Tiene dificultad para masticar? No.

¿Tiene dificultad para deglutir? No.

¿Utiliza prótesis dentales? No.

¿Es alérgico a algún alimento? A ninguno.

¿Tiene problemas digestivos? Solo en ocasiones.

Gases. Dolores. Nauseas. Ardor. Diarrea. Salpullido.

Pesadez. Vómito. Mareos.

¿Tiene problemas para evacuar? No.

¿Cuántas veces evacua al día.? De 1 a 2 veces aproximadamente.

¿Últimamente ha subido de peso.? Sí, pero por el embarazo. ¿Cuanto? Sólo 2 kilos.

¿Últimamente ha bajado de peso.? No. ¿Cuanto?

¿Practica algún deporte.? Ahora ninguno. ¿Cual?

Observaciones de enfermería. La cliente, mediante el interrogatorio, indica tener deficientes hábitos alimenticios, por falta de conocimientos sobre una buena alimentación y por otra parte por falta de recursos económicos, pero se le da orientación para poder preparar alimentos que sean nutritivos.

4. PROVISIÓN DE CUIDADOS ASOCIADOS CON LOS PROCESOS DE ELIMINACIÓN DE DESECHOS, INCLUIDOS LOS EXCREMENTOS:

	EVACUACIÓN	MICCIÓN.		
¿Frecuencia?	1 a 2 veces al día.	3 a 5 veces al día.		
¿Color?	Café oscuro	Amarillo claro.		
¿Consistencia?	No dura.	Líquida.		
¿Queda con la sensación de ?	Nunca.	No.		
¿Lleva bolsa para recolectar?	No.	No		
¿Experimenta retención?	No.	No.		
¿Presenta Dolor?	No.	No.		
¿Tiene sangrado?	No.	No.		
¿Incontinencia?	No.	No.		
¿Tiene deseos frecuentes y no puede?	No.	No.		
¿Influye su nerviosismo para?	No.	No.		
¿Le molesta la falta de intimidad para?	Si.	Si.		
-¿Tiene alguna enfermedad como? <u>No ninguna.</u>				
Hemorroides.	Estreñimiento.	Cistocele.	Rectocele.	Infecciones.
Otros _____				
-¿Su transpiración es?	Abundante.	Escasa.	<u>Regular.</u>	
-¿Presenta secreciones vaginales? <u>En ocasiones.</u>				
¿Olor? <u>No tiene olor desagradable.</u>				
¿Color? <u>Ligeramente amarillas.</u>				
¿Presenta? Dolor.	Ardor.	Comezón.	Otras <u>No.</u>	

Observaciones de enfermería: La cliente, por lo que refiere, no tiene problemas de eliminación, pero por la secreciones vaginales que presenta, se le recomienda mejores hábitos higiénicos y la ingesta adecuada de líquidos.

5. MANTENIMIENTO DEL EQUILIBRIO ENTRE LA ACTIVIDAD Y EL REPOSO:

¿Tiene problemas para conciliar el sueño? <u>No.</u>				
¿Causa? <u>Ninguna, solo a veces.</u>				
Enfermedad.	Dolor.	Comezón.	Ardor.	<u>Ruido.</u> Problemas gástricos.
<u>Problemas Económicos.</u>	<u>Familiares.</u>	<u>Ansiedad.</u>	Otros _____	
¿Desde cuando presenta este problema? <u>Muy ocasionalmente.</u>				
¿Hace algo para mejorarlo? <u>Solo duermo durante el día.</u>				
¿Duerme durante el día.? <u>Sí.</u>				
¿Hace ejercicio durante el día? <u>No, solo camino un poco.</u>				
¿Tiene alguna limitación física? <u>No.</u>				
¿Usa algún instrumento para desplazarse? <u>No.</u>				
¿Ha sufrido alguna lesión que dificulte su movilidad.? <u>No.</u>				
¿Se traslada solo o con ayuda? <u>Sola.</u>				
¿Tiene algún miembro artificial? <u>No.</u>				
¿Trasporta cosas pesadas en su trabajo u hogar? <u>No.</u>				
¿Adopta posturas incómodas? <u>No.</u>				
¿Permanece mucho tiempo de pie? <u>Solo cuando quehaceres en el hogar.</u>				
¿Permanece mucho tiempo sentado? <u>No.</u>				

- ¿Tiene problemas para adoptar alguna postura? No.  
 ¿Puede hacer cambios de posición solo? Si.  
 ¿Cuántas almohadas utiliza para dormir? Una.  
 ¿Puede acostarse y levantarse solo de la cama? Si.  
 ¿En alguno de sus miembros experimenta?  
 Dolor. Temblor. Debilidad. Rigidez. Calambres. Entumecimientos.  
 Varices. Férulas. Otros Solo en la pierna izquierda, y a veces se encuentra más fría de lo normal.  
 ¿Sufre problemas cardiacos? No.  
 ¿El médico le ha indicado que disminuya su actividad.? Si, pero solo por el embarazo.

Observaciones de enfermería: La cliente refiere no tener alteraciones para dormir y no tener otros factores indirectos que le puedan producir dificultades para dormir, solo por la molestia de su pierna izquierda que en ocasiones siente, pero se le dan indicaciones para que disminuya ese dolor.

## 6. PREVENCIÓN DE PELIGROS PARA LA VIDA, FUNCIONAMIENTO Y EL BIENESTAR HUMANO:

- ¿Su vista es lo suficientemente buena como para permitirle evitar cualquier peligro.? Si.  
 ¿Su audición es adecuada para advertirle del peligro de su entorno.? Si.  
 ¿Se siente a veces mareado.? Solo en ocasiones.  
 ¿Se siente a veces desorientado? Nunca.  
 ¿Cuando viaja en coche se pone el cinturón de seguridad? No tengo automóvil.  
 ¿En su casa y trabajo esta atento a cualquier peligro que pueda sufrir? Si, siempre.  
 ¿Su trabajo supone un alto nivel de riesgo.? No.  
 ¿Existe ruido intenso en su trabajo? No.  
 ¿Utiliza medidas de protección como casco, gafas, guantes, o protección auditiva en su trabajo? No es necesario.  
 ¿Practica deporte con la protección necesaria.? No realizó ningún deporte.  
 ¿Es alérgico a sustancia o medicamentos.? No. ¿Cuáles?  
 ¿Consume? Café. Cigarros. Alcohol. Drogas. Narcóticos.  
 Observaciones de enfermería: De acuerdo al interrogatorio, ella no presenta ninguna alteración que pueda poner en riesgo su vida, ni la de sus hijos, por lo que se le orienta para mantener otras medidas de seguridad que le pueden ser útiles.

## 7. MANTENIMIENTO DEL EQUILIBRIO ENTRE LA SOLEDAD Y LA INTERACCIÓN SOCIAL:

- ¿Cuenta usted con compañía.?  
 Esposo. Hijos. Padres. Hermanos. Todos los anteriores.  
 ¿Su comunicación con su pareja es?  
Buena. Regular. Mala.  
 ¿Presenta algún límite social para comunicarse con los demás? No.  
 ¿Escucha bien? Si.  
 ¿Deficiencias visuales? No.  
 ¿Alteraciones en el habla? No.  
 ¿Idioma distinto? No.

¿Pertenece a algún grupo social? No.

Intelectual. Recreativo. De beneficencia. Religioso. Otro \_\_\_\_\_

¿Considera que es una persona?

Alegre. Sociable. Triste. Deprimida. Solitaria. Inquieta.

Enojona. Pesimista. Optimista.

¿Cómo es su relación con sus vecinos? Muy buena, incluso nos reunimos constantemente.

¿Tiene usted parientes, amigos o vecinos en los que pueda confiar y que estén dispuestos a ayudarlo si lo necesita? Sí, mis hermanos y mis padres que son los que me apoyan mucho y me dejan vivir en su casa con mi marido.

La sexualidad ¿es para usted un medio eficaz para expresarse y comunicarse con su pareja? Para comunicarme si, porque para mi esposo y para mi es muy importante las relaciones sexuales, son básicas para nuestro matrimonio.

¿Tiene algún problema o duda respecto a su sexualidad? No ninguna.

Observaciones de enfermería: Según el interrogatorio la cliente deja mostrar que espera mucho de las personas que tiene a su alrededor, ya que le gusta convivir tanto con su familia como con todas las demás personas que se encuentran a su alrededor, por lo que se le indica que eso le ayudará para sentirse mucho mejor.

#### 8. PROMOCIÓN DEL FUNCIONAMIENTO Y DESARROLLO HUMANO DENTRO DE LOS GRUPOS SOCIALES:

¿Cuáles son tus diversiones favoritas? Leer revistas.

¿Tienes preferencia en relación con ?

Los objetos Los animales. Las personas.

¿Tienes programas favoritos de televisión? Si las telenovelas.

¿Ha habido recientemente cambios importantes en su familia? Si, el nacimiento de mi hijo.

¿Tiene actualmente inquietudes o problemas que le abruman? Problemas económicos.

¿Cómo se siente con su familia desde que comenzó el padecimiento actual? Muy triste y con necesidad de que ellos me apoyen en este momento.

¿Convive usted con sus vecinos? Si, todos son muy amables conmigo.

¿Forma usted parte de asociaciones culturales, profesionales, deportivas? No a ninguna.

¿Cómo considera que es su relación afectiva con los demás? Muy buena porque mi carácter es muy accesible.

¿Su estado de salud le impide hacer lo que le gustaría? Si porque ahora no puedo caminar mucho.

¿Qué siente en relación con la forma de ocupar su tiempo? Trato de aprovecharlo al máxima, ya que con el nacimiento de mi hijo, tengo muchas ocupaciones.

En medio de todas sus actividades, ¿le queda a usted tiempo para pensar en sí mismo y en su evaluación personal? Realmente no, pero ahora pienso, dedicar aunque sea un día a la semana a mi persona.

## **EXPLORACIÓN FÍSICA.**

*CABEZA:* Consciente, orientada con regular estado de hidratación y coloración tegumentaria, ligera palidez, normocéfala con cabello bien implantado de acuerdo a sexo y edad, pupilas normorefléxicas isocóricas, con narinas permeables, oídos sin alteración, simétricos, boca mucosas hidratadas sin datos de compromiso ventilatorio.

*CUELLO:* Cuello cilíndrico largo, tráquea central desplazable sin dolor a la palpación y sin adenomegalias.

*TÓRAX:* Normolíneo, mamas simétricas, con areolas sensibles, ruidos cardíacos rítmicos de buen tono, frecuencia e intensidad, campos pulmonares bien ventilados

*EXTREMIDADES SUPERIORES:* Sin alteraciones aparentes, con pulso radial presente y de tono y ritmo adecuado.

*ABDOMEN:* Blando y depresible a la palpación, sin presencia de distensión, no se palpa fondo uterino, peristalsis presente.

*GENITALES EXTERNOS.* Sin alteración aparente.

*EXTREMIDADES INFERIORES.* A la exploración el miembro pélvico izquierdo se encuentra aumentado de diámetro con dolor a la manipulación, se encuentra frío, con predominio de 1/3 inferior con signo de Hommanns +. Un examen puede revelar un área de la pierna roja, inflamada y sensible. El signo de Homan es positivo: dolor agudo cuando el pie se flexiona hacia arriba (dorsiflexión)

Miembro pélvico derecho con presencia de aumento de diámetro y edema discreto, se encuentra sin dolor a la manipulación, con llenado capilar de 3" aparentemente, con color ligeramente azulado.



## INDICACIONES MÉDICAS.

Al ingresar.

- ♣ Dieta blanda con abundantes líquidos.
- ♣ Solución glucosa al 5% 100cc + 10, 000 UI. De Heparina, pasar 7 ml/hr, por bomba de Infusión.
- ♣ CGE y SV 2 por turno.
- ♣ Vendaje de miembros pélvicos hasta el muslo.
- ♣ Reposo absoluto.
- ♣ Elevar miembros pélvicos a 45° .
- ♣ Realizar Doppler.
- ♣ Recabar laboratorios.
- ♣ Rutina de sala.
- ♣ Ampicilina 1g, I.V. c/6 hrs.
- ♣ Metoclopramida 10 mg. I. V. c/8 hrs.
- ♣ Analgésico I. V. c/8 hrs. PRN.

Al egresar.

- ♣ Dieta blanda a complacencia.
- ♣ CGE y SVT.
- ♣ Ampicilina 1gr. V.O. c/6 hrs.
- ♣ Metoclopramida 10 mg V.O c/8 hrs.
- ♣ Ferranina fóllica 1 tableta c/24 hrs.
- ♣ Heparina 5000 UI. S.C. c/12 hrs.
- ♣ Vendaje de miembros pélvicos hasta muslo.
- ♣ Elevación de miembros pélvicos a 45°.
- ♣ Reposo relativo.
- ♣ Acudir a consulta en 15 días.

## PRUEBAS REALIZADAS.

### BIOMETRÍA HEMÁTICA.

Hemoglobina: 11.8 mg/dl.

Hematocrito: 38%.

Leucocitos: 11, 500 mm<sup>2</sup>.

Plaquetas: 110, 000 mm<sup>2</sup>.

### QUÍMICA SANGUÍNEA.

Glucosa: 73 mg/dl.

Urea: 4.2 mg/dl.

Creatinina: .6 mg/dl.

Ácido Úrico: 5.0 mg/dl.

Colesterol: 111 mg/dl.

Bilirrubina indirecta: .30 mg/dl.

Bilirrubina directa: .15 mg/dl.

Na: 137 mg/dl.

K: 4.1 mg/dl.

### EXAMEN GENERAL DE ORINA.

Densidad: 1010.

Ph: 6.

Leucocitos: incontables.

Células: Granulosos.

Cristales: Uratos amorfos.

Bacterias: 3 +.

DOPPLER MIEMBROS PÉLVICOS REALIZADO EL: 18 – 11 – 02.

En miembro pélvico izquierdo, se encuentra con flujos venosos disminuidos ausente en su compresión a las maniobras externas y flujo parcialmente ausente.

Al nivel de los trayectos safeno femoral los flujos son reducidos con disminución de su visualización, al Doppler color se encuentra la velocidad disminuida en el trayecto femoral profunda y superficial. Safena con flujos regresivos no espontáneos.

Continua la disminución hasta el trayecto de las venas popliteas y tibiales en el cual se presenta ausente.

DOPPLER MIEMBROS PÉLVICOS REALIZADO EL: 26 – 11 – 02.

Se realizó estudio de ultrasonografía Doppler en el cual observaron, el color de vasos venosos superficiales y profundos. Observando desde el trayecto de la vena femoral común aumento del diámetro de su pared, ecos internos y ausencia de flujo venoso en la bifurcación de los vasos superficiales y profundo solo se observa un flujo parcial.

A las maniobras de compresión y de valsalva identificaron a las venas safenas externa e interna con disminución de sus flujos, en el trayecto de la vena poplitea se ve mínimo flujo en su pared. La vena tibial con disminución de los flujos y ecos intraluminales. No se identifica flujo venoso periférico o colateral.

I D. Trombosis Venosa Superficial y Profunda de Miembro Pélvico Izquierdo.

# PLAN DE CUIDADOS.

## ANÁLISIS CLÍNICO ENFERMERO.

El siguiente análisis Enfermero contiene una valoración de todos los datos obtenidos por medio de los instrumentos de recolección de datos empleados para conocer a fondo el estado bio-psico-social-espiritual de la usuaria.

La usuaria de 19 años de edad, casada, ama de casa, habita en el Distrito Federal, a su ingreso al Hospital se encuentra con un peso de 57 kg y T/A 120/90 y Dx. de Ingreso Trombosis Venosa Profunda.

A su ingreso el principal problema que es identificado por el equipo multidisciplinario de salud y durante su estancia hospitalaria, a la exploración de los miembros pélvicos, es que se identificó que el Miembro Pélvico Izquierdo se encontraba aumentado en su diámetro con dolor a la manipulación, frío predominante en el 1/3 inferior con signo de Hommanns +, al mismo tiempo que el Miembro Pélvico Derecho se observaba también con diámetro aumentado y edema discreto, sin dolor a la manipulación, con llenado capilar 3", y color ligeramente azulado, por lo que por indicación médica se realizó USG Doppler y se obtuvo que los flujos venosos estaban disminuidos y ausentes a la manipulación externa, en el trayecto femoral, popíteas y tibiales. Posteriormente en otro USG , se observó además de lo ya mencionado ausencia de flujo venoso en la bifurcación de los vasos superficiales y profundo y a las maniobras de compresión se identificaron a las venas safenas externa e interna con disminución de flujos al igual que en la vena popítelea, por lo anterior la Impresión Diagnóstica fue de trombosis Venosa Superficial y Profunda de Miembro Pélvico Izquierdo. A partir de lo anterior se procede a, previa valoración médica, a administrar medicamentos anticoagulantes, Vendaje de Miembros Pélvicos y Administración de analgésicos.

Desafortunadamente esto fué muy difícil para la paciente ya que iba a permanecer en reposo y no iba a poder salir del hospital en varios días, por lo que nosotros como personal de Enfermería, una vez identificando todos las alteraciones que ella nos refería, y que se observaron, se procedió a realizar un Plan de Cuidados Enfermeros.

Al iniciar la valoración se vió muy afectado el equilibrio entre la actividad y reposo ya que durante toda la estancia se mantuvo en reposo absoluto y con la elevación de Miembros Pélvicos, y por el vendaje de los mismos, se alteró la movilidad física aunque favorecido el retorno venoso.

Siguiendo con la identificación de alteraciones, la cliente indicó que en su hogar su ingesta de líquidos no era adecuada, ya que no ingería la cantidad adecuada y tampoco los líquidos permitidos, pero durante su estancia hospitalaria con la dieta abundante en líquidos logró mantener una ingesta necesaria a sus requerimientos. También refirió que al igual que los líquidos su ingesta alimentaria era deficiente ya que sus ingresos económicos eran muy bajos, trataba de consumir lo que podía comprar aunque se inclinaba por los alimentos chatarra, refresco y carnes frías. El tiempo que permaneció en la Terapia Intermedia tuvo hiperemesis y eso ocasionó que disminuyera aún más su ingesta diaria, por lo que se acordó con la Nutrióloga que le diera la oportunidad de elegir su dieta diaria, siempre respetando lo permitido dentro de la dieta blanda que tenía indicada.

Por otro lado, la cliente manifestó que nunca tuvo ninguna enfermedad respiratoria durante su vida, solo ocasionalmente resfriados, y a la exploración física se encontraron los campos pulmonares bien ventilados. Dentro del Hospital el patrón respiratorio no se vió alterado, y se corroboró con las pruebas de laboratorio ya mencionadas.

También la eliminación urinaria se vió alterada por la disminución en la ingesta de líquidos y la inmovilidad ya que en el Examen General de Orina realizado se encontró aumento de Leucocitos y Bacterias por lo que se administraron medicamentos correspondientes durante su estancia en el servicio. En cuanto a evacuaciones solo hubo el riesgo de estreñimiento por la disminución de líquidos ingeridos.

En cuanto a la interacción con su familia, durante el interrogatorio manifestó lo importante que para ella es su familia, su hijo y su marido, aunque vive con sus padres siempre tratan de convivir muy bien, pero ahora manifiesta, por estar hospitalizada, se siente aislada, preocupada, lejos de su familia y principalmente de su hijo. Nosotros como personal de Enfermería, tratamos de integrarla con las demás pacientes que se encontraban en el servicio con ella, al mismo tiempo que procurábamos llevarla a que llamara por teléfono a su hijo para que se sintiera más tranquila y alegre.

Finalmente se encontró que la usuaria no tiene ninguna afección física, psicológica o de otro tipo que pueda impedir los quehaceres diarios y el autocuidado, que sería una de las principales alteraciones a identificar dentro del interrogatorio y de la observación de Enfermería.

En general la usuaria respondió adecuadamente al tratamiento farmacológico y psico-espiritual que Enfermería aplicó para disminuir o tratar de mejorar la salud de la cliente durante su estancia hospitalaria, y, además, contribuir a la prevención de posibles complicaciones a su egreso del Hospital.

## Rx Universal: Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo.

DIAGNOSTICO	OBJETIVO	INTERVENCIONES	FUNDAMENTACIÓN	EVALUACIÓN
Deterioro de la movilidad física, relacionado con prescripción de movimientos, manifestado por dificultad para girarse en la cama.*	Que la usuaria pueda mantener una movilidad física constante, mediante acciones de Enfermería específicas durante su estancia hospitalaria.	<ul style="list-style-type: none"> <li>☞ Mantener a la cliente en reposo absoluto.</li> <li>☞ Indicar a la cliente que mantenga los miembros pélvicos en posición Trendelenburg (45 ).</li> <li>☞ Indicar a la cliente que se realice masajes de lo distal a los proximal en miembros inferiores cuando se coloca crema.</li> <li>☞ Realizar cambios de posición constantemente o cada que la usuaria lo necesite.</li> <li>☞ Indicar a la usuaria la trascendencia que tiene ahora la limitación para movilizarse.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>☞ El reposo absoluto, disminuye las calorías destinadas al movimiento, y se emplean en su lugar, para recobrar la salud mas rápidamente.</li> <li>☞ La compresión de miembros pélvicos a través de un vendaje, al mismo tiempo que se mantiene en elevación, estimula a una mejor circulación y con ello favorece el retorno venoso.</li> <li>☞ La estimulación externa de miembros pélvicos, estimula al mejor retorno venoso.</li> <li>☞ Las personas deben ser cambiadas de posición teniendo siempre presente el objetivo de la deambulacion (flexión de piernas).</li> <li>☞ La educación para la salud, oportuna, disminuye las dudas, preocupaciones y mejora gradualmente la salud.</li> </ul>	La usuaria se mostró colaboradora en cuanto a la movilización, ya que se le dificultaba mucho el cambiarse o girarse en la cama, pero trató junto con el personal de Enfermería una mejor movilización.
*NANDA. 2001-2002, p. 146.				



### Rx Universal: Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo.

Problema Interdependiente.	OBJETIVO	INTERVENCIONES	FUNDAMENTACIÓN	EVALUACIÓN
Dolor secundario a trombosis venosa profunda.	Que la paciente favorezca, mediante acciones preventivas e interdependientes la circulación venosa en miembros pélvicos, durante su estancia hospitalaria.	<ul style="list-style-type: none"> <li>☒ Realizar vendaje compresivo en miembros pélvicos hasta 1/3 del muslo, y elevar miembros pélvicos a 45°, para disminuir el edema</li> <li>☒ Preparar y administrar solución Glucosada 5% 100 cc + 10,000 UI heparina, pasar 7 ml/hr por bomba de infusión.</li> <li>☒ Interrogar constantemente para corroborar si continua con dolor en miembro pélvico izquierdo, a la movilización.</li> <li>☒ Administrar Metamizol I. V. C/8 hrs, en caso que el dolor no ceda.</li> <li>☒ Verificar llenado capilar en miembros pélvicos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>☒ La compresión de miembros pélvicos a través de un vendaje, al mismo tiempo que se mantiene en elevación, estimula a una mejor circulación, favorece el retorno venoso y disminuye el edema.</li> <li>☒ La dextrosa es la fuente principal de energía en los organismos vivos.</li> <li>☒ La heparina actúa inactivando del factor Xa la inhibición de la conversión de protrombina a trombina, y por tanto la trombosis.</li> <li>☒ La trombosis es la formación de una masa sólida de los elementos constitutivos de la sangre que produce dolor intenso.</li> <li>☒ El Metamizol es un analgésico, antipirético, potencialmente tóxico.</li> <li>☒ El llenado capilar nos permite conocer el estado neuro-vascular distal de los usuarios.</li> </ul>	La cliente refiere una disminución gradual del dolor, así como del edema en miembros pélvicos, al mismo tiempo que indica que le proporciona una sensación de bienestar manteniendo elevadas las extremidades inferiores.

## Rx Universal: Provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación urinaria y los excrementos.

Problema Interdependiente.	OBJETIVO	INTERVENCIONES	FUNDAMENTACIÓN	EVALUACIÓN
<p>Infección de vías urinarias secundario a disminución en la ingesta de líquidos.</p>	<p>Que la usuaria conozca las alteraciones que ocasiona la disminución en la ingesta de líquidos en relación a las vías urinarias a través de acciones interdependientes.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>♫ Realizar recolección de orina de 24 horas por cómodo.</li> <li>♫ Indicar a la cliente la importancia de una ingesta abundante en líquidos, su repercusión en la eliminación urinaria y la infección de vías urinarias que presenta.</li> <li>♫ Administrar-Ampicilina 1 gr, I.V. c/6 hrs.</li> <li>♫ Verificar características de la orina.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>♫ Los riñones producen la orina y el resto del sistema urinario sirve como drenaje o almacenamiento hasta que la orina es excretada.</li> <li>♫ El estancamiento o remanso de orina y la disminución en la ingesta de líquidos contribuye al crecimiento bacteriano, de vía urinarias bajas.</li> <li>♫ La Ampicilina es un antibiótico de amplio espectro, particularmente eficaz contra microorganismos Gramm negativos y menos potente que la Penicilina.</li> <li>♫ Las características normales de la orina son: color ámbar, olor sui géneris y cantidad aproximadamente en cada micción de 250 a 400 ml dependiendo de la dieta.</li> </ul>	<p>La cliente comprendió de manera un poco renuente la importancia de ingerir líquidos y la relación que tiene con la cantidad de orina excretada, y sobre todo la importancia que hay a nivel renal, principalmente, cuando hay infecciones de vías urinarias, ya que en el EGO se encontraron los leucocitos y las bacterias aumentadas, por lo que se dio el tratamiento oportuno para que no avanzara.</p>

**Rx Universal: Provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación urinaria y los excrementos.**

DIAGNOSTICO	OBJETIVO	INTERVENCIONES	FUNDAMENTACIÓN	EVALUACIÓN
Déficit de Autocuidado: uso wc, relacionado con deterioro de la movilidad, manifestado por incapacidad para llegar hasta el wc.*	Que la usuaria obtenga comodidad y privacidad durante la eliminación, por medio de intervenciones de enfermería específicas.	<ul style="list-style-type: none"><li>• Colocar el cómodo cada vez que la cliente lo requiera.</li><li>• Mantener privacidad a la usuaria durante el momento de la micción o evacuación.</li><li>• Indicar a la usuaria que debe realizar sus necesidades fisiológicas en el cómodo por la importancia que tiene la enfermedad y que ella no se levante.</li><li>• Brindar confianza a la paciente para que no sea vergonzoso el uso del cómodo.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• El cómodo es un instrumento que se requiere en pacientes que están inmovilizados ya sea para evacuar o miccionar.</li><li>• La evacuación y micción se pueden retrasar mediante inhibición voluntaria de realizarlos, o por medio de factores externos que lo puedan alterar.</li><li>• La incomodidad psicológica, de adaptación y la desconfianza puede producir alteraciones en la eliminación tanto urinaria como en las evacuaciones.</li></ul>	La usuaria al inicio demostraba vergüenza para pedir el cómodo, pero con el paso de los días se logró que ella tuviera más confianza y pidiera de manera más abierta el cómodo, ya que hubo una muy buena interrelación con la paciente.

\*NANDA. 2001-2002, p. 41.

## Rx Universal: Prevención de peligros para la vida, funcionamiento y el bienestar humano.

DIAGNOSTICO	OBJETIVO	INTERVENCIONES	FUNDAMENTACIÓN	EVALUACIÓN
Déficit de Autocuidado: baño, relacionado con dolor, manifestado por incapacidad para obtener artículos de baño y secarse el cuerpo.*	Que la usuaria mantenga una higiene personal eficaz durante su estancia hospitalaria.	<ul style="list-style-type: none"> <li>☒ Realizar baño de esponja diariamente.</li> <li>☒ Proporcionar aislamiento durante el baño.</li> <li>☒ Mantener cerrado el cubículo durante el baño.</li> <li>☒ Permitirle que ella se bañe en la medida de lo posible.</li> <li>☒ Secarla y darle una bata limpia.</li> <li>☒ Cambiar la ropa de cama diariamente y mantener las sábanas bien estiradas.</li> <li>☒ Ayudar a secar el cabello y proporcionarle artículos para peinarse.</li> <li>☒ Indicar a la cliente que se realice masaje de lo distal a lo proximal en miembros inferiores cuando se coloca la crema después del baño.</li> <li>☒ Proporcionarle agua para el cepillado de dientes.</li> <li>☒ Proporcionar agua y jabón para lavarse las manos cuando lo requiera.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>☒ La limpieza es importante para la comodidad, para una estimación propia y más aún para la interacción social.</li> <li>☒ El aislamiento durante este procedimiento, producirá comodidad, y fomentará aún más las ganas de realizarse el baño de esponja.</li> <li>☒ La incapacidad a menudo produce negación, enojo, frustración. Estas son emociones válidas que deben reconocerse y dirigirse.</li> <li>☒ El cambio de ropa de la usuaria y de cama, proporciona una sensación de limpieza y bienestar.</li> <li>☒ La imagen corporal se ve afectada regularmente por la incapacidad para el autocuidado.</li> <li>☒ El arreglo y la higiene corporal disminuye el estrés emocional y al mismo tiempo contribuye en la disminución del riesgo de infecciones.</li> </ul>	La usuaria contribuyó muy bien en su higiene personal, porque manifestaba que siempre quería mantenerse limpia, ya que esto la hacía sentirse mucho mejor y verse bien.

\*NANDA. 2001-2002, p. 40.

**Rx. Universal: Mantenimiento de un aporte suficiente de alimentos.**

Problema Interdependiente.	OBJETIVO	INTERVENCIONES	FUNDAMENTACIÓN	EVALUACIÓN
Alteración nutricional secundario a embarazo.	Lograr un balance nutricional óptimo, de acuerdo al estado de gravidez de la cliente, durante su estancia hospitalaria.	<ul style="list-style-type: none"> <li>⊗ Administrar Ferranina Fólica, 1 tab, c/24 hrs.</li> <li>⊗ Mantener comunicación estrecha con la Nutrióloga para ver la posibilidad de que la cliente pueda elegir los alimentos que le agraden, para la hora de la comida, evitando así la hiperemesis.</li> <li>⊗ Administrar Metoclopramida 10 mg V.O. c/8 hrs.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>♫ La ferranina es una sustancia inorgánica y componente esencial del organismos, necesaria para la formación de hemoglobina y para la realización de procesos oxidativos en los tejidos.</li> <li>⊗ Los alimentos que son a complacencia reducen de manera indirecta la hiperemesis y con ello ayudan a mejorar la ingesta diaria de diversos grupos de alimentos.</li> <li>⊗ La metoclopramida es un procinético gastrointestinal que acelera el vaciado gástrico, el tránsito gastrointestinal y disminuye las náuseas y vómito.</li> </ul>	Durante toda la estancia de la cliente en la Terapia Intermedia, manifestó hiperemesis, por lo que la ingesta de su dieta disminuyó. Se logró hablar con la Nutrióloga para que pudiera traerle los alimentos que ella quisiera, y con ello la cliente logró comer más a gusto, incluso ingiriendo lo que a ella se le antojaba.

## Rx Universal: Promoción del funcionamiento y desarrollo humanos dentro de los grupos sociales.

DIAGNOSTICO	OBJETIVO	INTERVENCIONES	FUNDAMENTACIÓN	EVALUACIÓN
<p>Desesperanza, relacionada con prolongada restricción de la actividad que crea aislamiento, manifestado por claves verbales de desesperanza.*</p> <p>*NANDA. 2001-2002, p. 79.</p>	<p>Que la paciente disminuya su desesperanza mediante la interacción con el personal de Enfermería durante su estancia en la Terapia Intermedia.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>☞ Orientar a la cliente sobre su padecimiento para evitar situaciones de ansiedad.</li> <li>☞ Tomar y registrar frecuencia cardiaca y frecuencia respiratoria.</li> <li>☞ Platicar con la cliente sobre su embarazo, la relación que tiene con el reposo absoluto y los beneficios que con lleva a su enfermedad actual (trombosis venosa profunda), para disminuir gradualmente su temor.</li> <li>☞ Indicar que debe mantener una comunicación muy abierta con todo el equipo de salud y con toda su familia, para poder disminuir la desesperanza que tiene y poder relajarse poco a poco.</li> <li>☞ Promover la interacción con otras pacientes dentro del servicio.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>☞ La ansiedad es diferente al temor, en el que hay un estímulo identificado. La ansiedad es un sentimiento motivado por una amenaza vaga e inespecífica.</li> <li>☞ Los signos vitales dan indicio reales del estado de salud y funcionamiento orgánico de las personas.</li> <li>☞ El conocer más sobre el proceso de enfermedad, las acciones terapéuticas y las acciones a realizar durante el hogar disminuye el temor a la pérdida progresiva de la salud.</li> <li>☞ La comunicación y la confianza con las personas cercanas al individuo enfermo disminuyen los índices de estrés, ansiedad y desesperanza.</li> </ul>	<p>La cliente comprendió los aspectos importantes que requieren el reposo absoluto. Se le orientó sobre el padecimiento de trombosis venosa profunda y expuso sus dudas y preguntas sobre la posición que se le da a sus miembros pélvicos, y con un poco de dificultad, pero se logró disminuir su desesperanza, ante su restricción en las actividades, que de alguna manera la aislan.</p>

## Rx universal: Previsión de peligros para la vida, funcionamiento y el bienestar humano.

DIAGNOSTICO	OBJETIVO	INTERVENCIONES	FUNDAMENTACIÓN	EVALUACIÓN
Conocimientos higiénico - dietéticos deficientes, relacionado con limitación cognitiva, manifestado por verbalización del problema.*	Que la usuaria comprenda la importancia de mantener hábitos higiénico - dietéticos adecuados, durante su estancia hospitalaria y en el hogar.	<p>☞ Interrogar sobre las características del lugar en donde vive.</p> <p>☞ Cuestionar sobre el número de personas que habitan en su casa.</p> <p>☞ Preguntar a la cliente sobre el tipo de alimentos que prepara a su familia, y al mismo tiempo indicar que la diversidad alimentaria, proporciona una dieta balanceada, incluyendo principalmente frutas, verduras y carne de distintas aves.</p> <p>☞ Indicar la importancia de llevar hábitos higiénicos muy estrictos para mantener con salud óptima a ella y a toda su familia, haciendo hincapié en el lavado de manos y el baño diario.</p> <p>☞ Interrogar sobre la situación geográfica de su vivienda, ya que esto puede alterar de manera indirecta su estado de salud.</p>	<p>☞ El medio ambiente y las condiciones de saneamiento básico dentro del hogar, son determinantes en la salud de cada familia.</p> <p>☞ El hacinamiento es un factor que limita el mejor desarrollo, bienestar y mejor adaptación al ambiente familiar, con una mayor intimidad.</p> <p>☞ Los hábitos alimentarios se ven influidos por las preferencias personales, culturales y de religión, factores económicos, patrones familiares de alimentación y conocimientos sobre nutrición.</p> <p>☞ Los hábitos higiénicos determinan indudablemente la salud de cada familia.</p> <p>☞ La ubicación del lugar en donde se habita, se encuentra rodeado de peligros, o circunstancias que alteran, de alguna forma, el proceso salud - enfermedad.</p>	La cliente indicó vivir en el D. F. en casa de sus padres, que consta de 2 cuartos y es habitado por seis personas, por lo que le indicamos que aún cuando son muchas personas, mejore la limpieza y hábitos higiénico-dietéticos principalmente ya que esto repercute de manera directa en la salud de toda su familia, y afortunadamente ella comprendió mediante las Intervenciones ya descritas, como repercute en el bienestar de toda la familia.

\*NANDA. 2001-2002, p. 65.

## Rx Universal: Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo.

DIAGNOSTICO	OBJETIVO	INTERVENCIONES	FUNDAMENTACIÓN	EVALUACIÓN
Deterioro del patrón de sueño, relacionado con, aburrimiento, manifestado por quejas verbales de no sentirse bien descansado.*	Que la usuaria logre un mejor estado de bienestar entre el reposo y sueño durante su estancia en el servicio de Terapia Intermedia.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Indicar a la cliente la importancia del reposo absoluto durante su estancia hospitalaria.</li> <li>• Auxiliar a la cliente a cambiarse frecuentemente de posición.</li> <li>• Platicar con la cliente sobre algún tema que para ella sea importante como su religión, que la haga sentir más tranquila espiritualmente y con mayor confianza.</li> <li>• Indicar a la cliente la trascendencia que tiene su recuperación para poder tener un buen embarazo y regresar a casa para poder realizar sus labores de la vida diaria.</li> <li>• Invitar a la cliente a ver televisión durante el día, o realizar alguna manualidad que pueda distraerla.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El reposo absoluto disminuye el riesgo de un aborto en embarazos de alto riesgo y la mayor formación de trombos en la enfermedad de trombosis venosa profunda.</li> <li>• Las personas deben ser cambiadas de posición, teniendo siempre presente el objetivo de la deambulacion (rodillas ligeramente flexionadas).</li> <li>• El equilibrio psicológico de un individuo se ve influido por la función cognoscitiva, incluidas las percepciones, opiniones, actitudes y creencias.</li> <li>• El desconocimiento de alguna situación o enfermedad disminuye el grado de credibilidad y la falta de interés por el efecto que puede producir tanto en la persona enferma como en la familia.</li> <li>• La imagen corporal y el autoestima, principalmente, se ven afectadas durante el embarazo.</li> <li>• La capacidad para conceptuar algo, se desarrolla en forma lenta y requiere de distracciones, para despejar la mente y las actitudes.</li> </ul>	<p>La cliente manifiesta sus dudas sobre su padecimiento y se le orientó en cuanto a sus inquietudes.</p> <p>La cliente también indicó que le hizo sentirse mas tranquila al reflexionar sobre su religión ya que dijo la hizo sentirse mas segura de salir adelante.</p> <p>También se trata de mantenerla lo más cómoda posible, ya que ella indica aburrirse y cansarse de estar todo el día en su cama, pero los cambios de posición, son de gran ayuda y contribuyen a que pueda dormir y descansar mejor por la noche.</p>
*NANDA 2001-2002, p. 186.				



### Rx Universal: Mantenimiento de un aporte suficiente de agua.

DIAGNOSTICO	OBJETIVO	INTERVENCIONES	FUNDAMENTACIÓN	EVALUACIÓN
Riesgo de déficit de volumen de líquidos relacionado con déficit de conocimientos respecto al volumen de líquidos.*	Que la usuaria aumente su ingesta de líquidos, mediante la orientación oportuna, durante su estancia hospitalaria.	<p>Υ Insistir en que ingiera dieta con abundante líquidos, posteriormente cambiar a dieta normal, según indicación médica.</p> <p>Υ Realizar toma y registro de signos vitales F.C., F.R., T/A y temperatura 2 veces por turno.</p> <p>Υ Indicar a la cliente la necesidad de ingerir líquidos en una cantidad adecuada, ya que es primordial para su funcionamiento metabólico.</p> <p>Υ Indicar que cuando tenga sed no suprima la ingesta de estos, por que debe de tomar los líquidos que su cuerpo necesita.</p>	<p>Υ La ingesta de líquidos se regula principalmente mediante la sensación de sed, aunque es necesaria su ingesta cuando está indicada y en las cantidades indicadas.</p> <p>Υ Los signos vitales son indicadores del estado orgánico-funcional de cada una de las personas.</p> <p>Υ La ingesta de líquidos varía según el estado de salud, el clima, las costumbres, la edad y las necesidades metabólicas de cada persona.</p>	<p>La cliente ingiere la cantidad necesaria de líquidos, aunque no le apetecen mucho.</p> <p>Sus signos vitales fueron en promedio: T/A: 100/60. F. C: 82 x. F. R: 20 x. T: 36.<sup>5</sup>.</p>
*NANDA. 2001-2002, p. 213.				

**Rx Universal: Provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación urinaria y los excrementos.**

DIAGNOSTICO	OBJETIVO	INTERVENCIONES	FUNDAMENTACIÓN	EVALUACIÓN
Riesgo de estreñimiento relacionado con actividad física insuficiente y aporte insuficiente de líquidos.*	Que la cliente ingiera abundantes líquidos para evitar estreñimiento por la inmovilidad durante su estancia hospitalaria.	<ul style="list-style-type: none"> <li>♫ Orientar a la cliente sobre la ingesta de líquidos que repercute de manera directa en las evacuaciones, haciendo énfasis también en la falta de movilidad y la relación con el estreñimiento.</li> <li>♫ Colocar el cómodo cuando lo requiera.</li> <li>♫ Proporcionar privacidad a la usuaria durante las evacuaciones.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>♫ Se necesita una ingesta suficiente de líquidos, para mantener los patrones de actividad intestinal y promover una consistencia adecuada de las deposiciones.</li> <li>♫ La normalidad del patrón de actividad intestinal debe ser determinada por el individuo y por la privacidad que el personal de enfermería le proporcione, cuando así lo requiera.</li> </ul>	La usuaria comprendió la importancia de la ingesta de líquidos relacionada con el estreñimiento, ya que no lo presentaba como tal, pero existían ya los factores que podían desencadenarlo.

\*NANDA. 2001-2002, p. 93.

**Rx Universal: Mantenimiento de un aporte suficiente de alimentos.**

DIAGNOSTICO	OBJETIVO	INTERVENCIONES	FUNDAMENTACIÓN	EVALUACIÓN
<p>Riesgo de desequilibrio nutricional por defecto, relacionado con alteración de factores biológicos. *</p>	<p>Que la usuaria conozca la importancia de consumir una dieta equilibrada durante su embarazo.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✂ Insistir en que ingiera su dieta normal a complacencia.</li> <li>✂ Orientar a la cliente sobre la importancia de su alimentación completa y diversa durante el embarazo.</li> <li>✂ Insistir en que ingiera todo lo que le llevan en su charola de comida para contribuir a su pronta recuperación, sin olvidar que debe ser a la hora en que estipula el hospital, para ir inculcando un mejor hábito alimenticio.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✂ Las necesidades metabólicas aumentan en presencia de traumatismos, sepsis, infección, etc.</li> <li>✂ El cuerpo necesita un nivel mínimo de nutrientes, el cual varía según las etapas de la vida y del estado de salud - enfermedad.</li> <li>✂ La dieta balanceada y completa proporciona los nutrientes necesarios para las diversas funciones de la vida diaria.</li> </ul>	<p>La usuaria por medio de la orientación que se le proporcionó, reflexionó sobre la importancia de consumir alimentos de todos los grupos de alimentos, aunque al inicio no lo consideraba importante para su salud, pero poco a poco lo adoptó como una nueva forma de alimentación.</p>

\*NANDA. 2001-2002, p. 153.

## Rx Universal: Mantenimiento del equilibrio entre la soledad e interacción social.

DIAGNOSTICO	OBJETIVO	INTERVENCIONES	FUNDAMENTACIÓN	EVALUACIÓN
Riesgo de aislamiento social, relacionado con alteración del bienestar.*	Que la paciente sea orientada y se colabore con ella a la superación de sus sentimientos de aislamiento, durante su estancia hospitalaria.	<ul style="list-style-type: none"> <li>☞ Indicar a la cliente la necesidad de recuperar pronto su salud, para regresar de forma inmediata con su familia.</li> <li>☞ Acompañar a la cliente a realizar llamadas telefónicas a sus familiares, de forma esporádica.</li> <li>☞ Interactuar diariamente con la cliente, sobre algún tema de interés para ella, organizando una charla con otras clientes.</li> <li>☞ Proporcionar folletos o trípticos a la cliente para distraerla y a la vez brindar educación para la salud.</li> <li>☞ Colaborar con la cliente a su arreglo físico, para que a la hora de la visita se vea bien y ello estimule a una mejor autoestima y mejor comunicación.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>☞ La enfermedad de un miembro de la familia puede causar grandes cambios, provocando en ésta alto riesgo de inadaptación, por lo que hay que orientar a toda la familia.</li> <li>☞ La compañía de una persona cercana, a otra persona enferma ayuda a una mejor comunicación y una excelente relación enfermera – cliente.</li> <li>☞ Las relaciones interpersonales, son la expresión máxima del hombre para expresar sus necesidades, deseos y sentimientos. Una comunicación deficiente, puede causar sentimientos de frustración, depresión, temor y aislamiento.</li> <li>☞ La información de manera preventiva y educativa además de contribuir a una mejor salud, ayuda a cambiar la actitud de las personas con respecto a la salud.</li> <li>☞ El arreglo personal ayuda a elevar el autoestima y con ello mejorar las relaciones sociales, evitando con ello el aislamiento.</li> </ul>	La cliente ocasionalmente se sentía muy sola y aburrida, quería aislarse de todos incluso de las demás clientes, pero se logró prevenir un cuadro mayor de aislamiento. Lo que contribuyó más a su mejoría fue el interactuar, a través de sus experiencias, con las otras clientes y el haber realizado llamadas telefónicas a sus familiares y escuchar la voz de su hijo.

\*NANDA. 2001-2002, p. 28.

**Falta página**

**N° 90**

## PLAN DE ALTA.

Antes de egresar a la usuaria se le proporcionó la siguiente información para promover su mejora y una recuperación de la salud progresiva.

- Realizar esfuerzo mínimo: Esto es muy importante, ya que su embarazo es considerado de alto riesgo, hacer énfasis en que no levante objetos pesados.
- Realizar elevación de miembros pélvicos a 45°: Explicar que esto favorecerá el retorno venoso de sus piernas, con ello la circulación y disminuirá el dolor del miembro pélvico izquierdo y el edema.
- Alimentación equilibrada: La alimentación equilibrada no solo le ayudará al estado nutricional de su embarazo, sino que beneficiará a su recuperación progresiva.
- Baño diario: Esto además de ser una medida higiénica, la ayudará a relajarse y a sentirse bien con ella misma, indicar que debe bañarse con ayuda de algún familiar.
- Lavado de manos antes y después de ir al baño: Es una medida higiénica que debe realizar ella y educar al mismo tiempo a toda su familia.
- Preparar la comida lo más higiénicamente posible: Esto favorecerá a la disminución de infecciones tanto a ella como a su familia.
- Pedir a su familia que le proporcione ayuda para realizar el aseo de su vivienda: Cuando la paciente llegue a su casa va a permanecer en reposo relativo, por lo que no va a poder realizar todas las labores del hogar.
- Hacer hincapié a la paciente sobre el masaje que debe proporcionarse en los miembros pélvicos de lo distal a lo proximal, cuando se coloca crema: Esto ayudará a mejorar su circulación mientras descansa.
- Mantener vendados sus piernas hasta 1/3 del muslo: Esto también mejorará su estado de salud y con ello su circulación.
- Hablar con su familia: Especialmente con su marido para que le manifieste todo su apoyo a su esposa durante su recuperación y durante su embarazo, ya que esto va a hacer que ella se sienta más segura y protegida.

- Indicarle que no debe utilizar zapatos con tacones altos: Esto es para que no tenga ningún accidente, que le pueda causar una caída, un golpe mayor y ponga en riesgo su vida y la de su hijo.
- Entretenimiento: Indicar a su marido que debe mantener entretenida con algún pasatiempo, algo que a ella le guste y a la vez la haga sentir mejor, ya que esto va a contribuir a que mejore su estado de ánimo y su autoestima, porque se sentirá útil realizando alguna actividad que le agrade, que sirva para su hogar o su familia.
- Indicar a la usuaria que debe regresar a consulta en la fecha indicada: Hacer énfasis en que esto es importante para darle un seguimiento a las posibles alteraciones que pueda presentar por su embarazo o por la trombosis venos.
- Indicar que debe tomar todos los medicamentos que se le indicaron en su receta: Esto es muy importante para que ella se recupere, es una de las partes fundamentales para que recupere su salud, en el caso de la heparina como la paciente rehusó a aprender a administrársela, se le indica que debe ir al centro de salud más cercano a su hogar, para que no deje el esquema de la heparina.

## EVALUACIÓN.

Sin duda una de las alteraciones más significativas que la usuaria refería era el dolor en miembros pélvicos, principalmente el izquierdo y logró disminuirlo poco a poco mediante la posición de Trendelenburg, aunque en ocasiones, si hubo la necesidad de administrar el analgésico para que pudiera descansar.

Debido al reposo en cama y aunado al dolor, se observó que la usuaria interactuaba de manera cordial con las demás clientes, ya que ellas también se mostraron muy accesibles y trataban de comprenderla más y no mantenerla tan aburrida debido a su reposo absoluto y ella afortunadamente lo aceptó muy bien.

En cuanto al bienestar psico-espiritual, ella manifestó estar muy afectada por la ausencia de su hijo, ya que lo extrañaba mucho, y ante esto, nosotros como una de las acciones de Enfermería, la trasladábamos en silla de ruedas para que hablara por teléfono con su hijo, pues refería que al escuchar su voz se tranquilizaba. También es importante mencionar que para ella el hablar y reflexionar sobre el significado que ahora, ante la presencia de ésta patología, representaban sus creencias, sirvió como un refugio en el momento en los que ella mas sola se sentía, por lo que se sintió aliviada espiritualmente.

En general la elaboración del Plan de Cuidados me sirvió para conocer y efectuar acciones de Enfermería específicas a clientes con este tipo de patología y, además, todas las acciones de Enfermería resultaron benéficas para su recuperación.

Actualmente la cliente refirió que el tratamiento de Heparina con el que la habían egresado del Hospital, le fue suspendido en el mes de Febrero y en el Ultrasonido Doppler se muestra la desintegración de los trombos en miembro pélvico izquierdo y derecho, por lo que actualmente solo acude a consultas esporádicas a Cardiología y aproximadamente en el mes de Junio nacerá su hijo.



## VI. CONCLUSIONES.

La realización de éste Proceso de Atención de Enfermería, enfocado usuarias con Trombosis Venosa Profunda, me permitió conocer más aspectos teórico – clínicos y reforzar mas los conocimientos adquiridos durante la carrera, por lo que esto me ayudará a brindar cuidados específicos y eficientes a futuros usuarios que presenten ésta patología.

Este caso es de gran satisfacción para mi como pasante, ya que por medio de las intervenciones de Enfermería se puede contribuir a la mejoría de las clientes en este servicio de Terapia Intermedia, pues no solo nos limitamos a realizar acciones de Enfermería técnicas, sino que enfocamos más nuestras intervenciones al lado humano de nuestras clientes. En mi caso la cliente desde su ingreso al servicio tuvo la confianza de preguntarme y conocerme un poco más , por lo que la relación Enfermera-Cliente se dio en óptimas condiciones, y esto ayudó a mejorar en todo momento y en la manera de lo posible a su recuperación.

Por medio de la elaboración del Proceso de Atención de Enfermería y específicamente de la elaboración de los Diagnósticos de Enfermería correspondientes, se logró de una manera directa a contribuir a la mejora de salud de la usuaria, por lo que pude corroborar posterior al caso que la cliente aparentemente se mantiene asintomática lo que me dio mucho gusto y a la vez me siento comprometida a tener un mayor sentido de responsabilidad al realizar mi función como Enfermera profesional, tratando siempre de brindar cuidados Enfermeros con mejor calidad.

## VII. GLOSARIO DE TÉRMINOS.

*ANTICOAGULANTE:* Que previene o se opone a la coagulación; sustancia que posee esta acción.

*DOPPLER:* (Ecografía) Es aquel que permite determinar la dirección y velocidad del flujo sanguíneo en el diagnóstico de las enfermedades cardiovasculares. Fenómeno que consiste en la variación de la frecuencia de las ondas que aumenta al acercarse el foco emisor y que disminuye al alejarse de éste.

*ECOGRAFÍA:* Obtención de imágenes diagnósticas en dos dimensiones por recepción de ecos rebotados de ondas ultrasónicas.

*EMBOLIA:* Obstrucción brusca de un vaso, especialmente una arteria, por un cuerpo arrastrado por la corriente sanguínea.

*ENDOTELIO:* Membrana delgada compuesta de un solo estrato de células planas, poligonales, que constituyen la superficie libre de las membranas serosas y sinoviales y la túnica interna de los vasos sanguíneos, linfáticos y del corazón.

*FIBRINA:* Proteína de la sangre y líquidos serosos del cuerpo. La fibrina no existe en la sangre circulante, sino que se forma del fibrinógeno por la acción de la trombina.

*FLEBITIS:* Inflamación de una vena.

*LINFANGITIS:* Inflamación de uno o varios vasos linfáticos.

*NEOPLASIA:* Neoplasma. Neofórmación de tejido, en el que la multiplicación celular no está totalmente controlada por los sistemas reguladores del organismo y que a veces tiene un carácter progresivo. Tumor.

*PLEXOS:* Red o entrecruzamiento intrincados, especialmente de venas o nervios.

*SEMIOLOGÍA:* Sintomatología.

*TEORÍA:* Conjunto de principios o parte especulativa de una ciencia.

*TROMBO:* Coágulo sanguíneo en el interior de un vaso que permanece en el punto de su formación.

*TROMBOPLÁSTICO:* Que provoca o acelera la formación de coágulos en la sangre.

## VIII. BIBLIOGRAFÍA.

- \* ALFARO ROSALINDA. “Aplicación del Proceso de Enfermería. Guía Práctica”. Ediciones Doyma. 1988.
- \* ATKINSON LESLIE D. ELLEN MURRIA MARY. “Proceso de Atención de Enfermería” 5ª edición. Mc Graw Hill Interamericana. 1996.
- \* BAENA DIAZ GUILLERMINA. “Instrumentos de Investigación, Tesis profesionales y Trabajos Académicos”. 13ª edición. Editores Mexicanos Unidos. 1988.
- \* BALSEIRO ALMARIO LASTY. “Investigación en Enfermería. Guía de elaboración de tesis, Proceso de Atención de Enfermería y trabajos académicos para titulación”. Librería Acuario. 1991.
- \* BENITEZ MARÍN LUCINA. “P.A.E. Colecistitis Crónica Litiásica” ENEO. UNAM México D. F. Junio 2001.
- \* CABRERO GARCÍA JULIO. RICHART MARTÍNEZ MIGUEL. “Investigar en Enfermería. Concepto y estado actual de la Investigación en Enfermería”. Publicaciones, Universidad de Alicante. 2001.
- \* CARLSON H. JUDITH. CRAFT CAROL A. McGUIRE ANNE D. “Diagnóstico de Enfermería”. Ediciones: Pirámide S. A. Madrid. 1982.
- \* CAVANAGH STEPHEN J. “Modelo de Orem, Aplicación y Practica”, Ediciones Científicas y Técnicas Masson Salvat, 1993.
- \* Diccionario Médico. Editorial: Masson. 1999.
- \* Enciclopedia Microsoft Encarta 2001. Program Manager One Microsoft Way. CD.
- \* FARRERAS ROZMAN. “Tratado de Medicina Interna.” 14 Edición. Ediciones: Harcourt S. A. 2002.
- \* GARZA MERCADO ARIO. “Manual de técnicas de Investigación para estudiantes de Ciencias Sociales”. 4ª edición. El Colegio de México Harla. 1988.
- \* GORDON MARJORY. “Diagnóstico Enfermero. Proceso y Aplicación.” 3ª edición. Ediciones Mosby Doyma. 1996.
- \* HARRISON'S “Principios de Medicina Interna” 14<sup>th</sup> edición.
- \* HERNÁNDEZ CONESA J. ESTEBAN ALBERT M. “Fundamentos de la Enfermería: Teoría y Método”. Mc Graw Hill Interamericana. 1999.

- \* HOLLOWAY NANCY M. "Planes de cuidado en Enfermería Médico Quirúrgica". Ediciones Doyma. 1990..
- \* JUAL CARPENITO LYNDA. "Diagnóstico de Enfermería, aplicación a la Práctica Clínica." Editorial: Interamericana Mc Graw – Hill 2000.
- \* KÉROVAC SUZANNE. PEPIN JACINTHE. DUCHAME FRANCINE. "El Pensamiento Enfermero". Editorial Masson. 1996.
- \* KOZIER BÁRBARA. ERB GLENORA. "Enfermería Fundamental. Conceptos, procesos y práctica". 2ª edición. Interamericana Mc Graw Hill. Tomo II. 1982.
- \* LÓPEZ BARRIENTES MARTÍN. "P. A. E. Aplicado a un Paciente de sexo Femenino con cuatro semanas de Gestación que presenta Sangrado Transvaginal". ENEO. UNAM. México D. F. 2001.
- \* LUIS RODRIGO MARÍA TERESA. "Diagnósticos Enfermeros. Un instrumento para la práctica asistencial". 3ª edición. Editorial: Harcourt Brace 1998.
- \* MARRINER TOMEY ANN. RAILE ALLIGOOD MARTHA. "Modelos y teorías en Enfermería". 4ª edición. Editorial: Harcourt. 1999.
- \* MARTÍN ZURRO A. CANO PEREZ J. F. "Atención Primaria. Conceptos, organización y práctica clínica". 4ª edición. Editorial: Harcourt. 1999.
- \* MÉNDEZ RAMÍREZ IGNACIO. "El Protocolo de Investigación. Lineamientos para su elaboración y análisis." 2ª edición. Editorial: Trillas. 1991.
- \* MONTES DE OCA CUENCA FELISA. "P. A. E. Dolor Relacionado con los Efectos de la Cirugía Apendicectomía, manifestado por inquietud, irritabilidad y llanto". ENEO. UNAM. México. D. F. Noviembre de 2000.
- \* MORÁN AGUILAR VICTORIA. MENDOZA ROBLES ALBA LILY. "Modelos de Enfermería". 1ª edición. Editorial Trillas. 1993.
- \* NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION. "Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificación 2001 – 2002." Editorial: Harcourt. 2002
- \* NOTTER LUCILLE E.. ROSE HOTT JACQUELINE. "Principios de la Investigación en Enfermería". 4ª edición. Ediciones Doyma. 1992.
- \* OREM DOROTHEA ELIZABETH. "Modelo de Orem. Conceptos de Enfermería en la Práctica". Ediciones Científicas y Técnicas. 1993.

- \* OSTIGUÍN MELÉNDEZ ROSA MARÍA. VELÁSQUEZ HERNÁNDEZ SILVIA. “Teoría general del déficit de autocuidado. Guía básica ilustrada.” Editorial: Manual Moderno. 2001.
- \* PÉREZ CLAUDIO NORMA. “P. A. E. Aplicado a un paciente con Demencia tipo Alzheimer”. ENEO. UNAM México, D. F. 2002.
- \* PHANEUF MARGOT. “La Planificación de los Cuidados Enfermeros”. Mc Graw Hill Interamericana. 1999.
- \* POLIT DENISE F. HUNGLER BERNADETTE P. “Investigación científica en Ciencias de la Salud”. 6ª Edición. Mc Graw Hill Interamericana. 2000.
- \* POTTER PATRICIA A. “Valoración Física”. Interamericana Mc Graw Hill. 1992. p. 15.
- \* RIVERA VÁZQUEZ MARÍA DE LOURDES. “Paquete Didáctico de Curso de Introducción al Servicio Social.” Secretaria de Salud. Hospital de la Mujer. Coordinación de Enseñanza y Educación Continua en Enfermería. Agosto de 2002.
- \* SALAZAR HERNÁNDEZ JUANA. SOBERANES SÁNCHEZ MA. DEL PILAR. VELASCO NOLASCO BEATRIZ. “Lineamientos para la Titulación en la Licenciatura en Enfermería”. FES ZARAGOZA. UNAM. 2002.
- \* [www.facmed.unam.mx/deptos/familiar/atfm85/insuficiencia-venosa.html](http://www.facmed.unam.mx/deptos/familiar/atfm85/insuficiencia-venosa.html).
- \* [www.diariomedico.com/cardio/n290698.html](http://www.diariomedico.com/cardio/n290698.html).