

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO**  
**ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA**

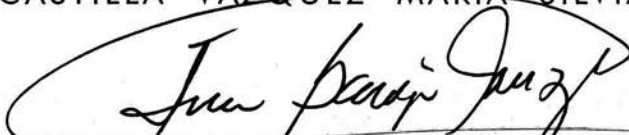


**PROCESO**

**"APLICACION DEL PROCESO DE ATENCION DE  
ENFERMERIA EN UN PACIENTE CON ALTERACION  
EN LA NECESIDAD DE ELIMINACION"**

**T E S I S**

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:  
**LICENCIADA EN ENFERMERIA**  
P R E S E N T A :  
CASTILLA VAZQUEZ MARIA SILVIA

  
DIRECTOR DE TESIS: MAESTRA JUANA BARÓN CRUZ

ESCUELA NACIONAL DE  
ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

MEXICO, D.F.

2004



SECRETARIA DE ASUNTOS ESCOLARES

**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.

ESTA TESIS NO SALE  
DE LA BIBLIOTECA

AGRADECIMIENTOS:

A MI FAMILIA.

Por el apoyo recibido

A MIS PROFESORES.

Por su enseñanza

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el contenido de mi trabajo recepcional.

NOMBRE: Castilla Vazquez María  
Silvia

FECHA: 8- Junio - 2004

FIRMA: Castilla Vazquez María

# INDICE

## Introducción

## Objetivos

### CAPITULO I

#### CONCEPTOS TEÓRICOS SOBRE EL ORIGEN DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA.

1.1.	Somera reseña sobre el origen de los cuidados de Enfermería.....	1
1.1.1.	Algunos aspectos históricos del cuidado en Egipto, Grecia y Roma.....	3
1.1.2.	Algunos aspectos que influyeron en la institucionalización de los cuidados.....	4
1.2.	De la práctica de los cuidados a los cuidados de Enfermería por Marie Francoise Colliere.....	5
1.3.	Filosofía del cuidado.....	8
1.4.	La enfermera en la actualidad.....	10
1.4.1.	Somera reseña de lo que ha sido la Salud, Educación y Enfermería.....	10

### CAPITULO II

#### CONCEPTOS TEÓRICOS DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.

2.1.	Algunos antecedentes históricos del Proceso de Atención de Enfermería.....	14
2.2.	Concepto y etapas del Proceso de Atención de Enfermería.....	16
2.2.1	Primera Etapa. <b>VALORACIÓN</b> .....	17
2.2.1.1	Recopilación de datos.	
2.2.1.2	Validación de datos.	
2.2.1.3	Organización de los datos.	
2.2.1.4	Comunicación y anotación de los datos.	
2.2.2.	Segunda Etapa. <b>DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA</b> .....	21
2.2.2.1.	Definiciones de:	
2.2.2.1.1.	Gordon	
2.2.2.1.2.	Moritz	
2.2.2.1.3.	Carpenito	
2.2.2.2.	Principios Fundamentales del Razonamiento Diagnóstico.	
2.2.2.3.	Formato PES.	
2.2.2.4.	Recomendaciones para aprender a identificar Diagnósticos de Enfermería según la NANDA.	

2.2.3. Tercera Etapa. <b>PLANIFICACIÓN</b> .....	23
2.2.3.1. Fijación de la prioridades.	
2.2.3.2. Establecimiento de objetivos del paciente/ resultados.	
2.2.3.3. Determinación de actividades de enfermería.	
2.2.3.4. Anotación del plan de cuidados.	
2.2.4. Cuarta Etapa. <b>EJECUCIÓN</b> .....	26
2.2.4.1. Recogida de datos.	
2.2.4.2. Fijación de prioridades.	
2.2.4.3. Realización de actividades de enfermería.	
2.2.4.4. Documentación de los cuidados de enfermería.	
2.2.4.5. Comunicación verbal de los informes de enfermería.	
2.2.4.6. Evaluación continuada.	
2.2.4.7. Mantenimiento de un plan de cuidados actualizado.	
2.2.5. Quinta Etapa. <b>EVALUACION</b> .....	28
2.2.5.1. Establecimiento de criterios para la evaluación de los objetivos del paciente.	
2.2.5.2. Evaluación del logro de los objetivos del paciente.	
2.2.5.3. Identificación de las variables que afectan el logro de los objetivos.	
2.2.5.4. Modificación del plan de cuidados.	
2.2.5.5. Fijación de los cuidados de enfermería.	
2.2.5.6. Control de calidad.	

### **CAPITULO III**

#### **MODELO CONCEPTUAL DE VIRGINIA HENDERSON.**

3.1. Somera reseña sobre la biografía de Virginia Henderson.....	31
3.2. Fuentes teóricas sobre el desarrollo de su teoría.....	32
3.3. Postulados y valores.....	32
3.4. Elementos fundamentales.....	33
3.5. Relación entre el modelo de Virginia Henderson y las etapas del proceso enfermero.....	36

### **CAPITULO IV**

#### **CASO CLINICO.**

4.1. Contexto de la persona valorada.....	40
4.1.1. Somera reseña sobre los antecedentes históricos del Instituto Mexicano del Seguro Social.....	40
4.1.2. Aplicación del Proceso de Atención de Enfermería.....	42

Conclusiones.....	65
Anexo No. 1.....	66
Anexo No. 2.....	68
Sugerencias.....	75
Bibliografía.....	76

# INTRODUCCIÓN

El cuidado a la persona es complejo, requiere de la intervención de personal profesional que trabaje en equipo interdisciplinario. Sin embargo, no importa si el trabajo se realiza en equipo o en forma individual, la eficacia del resultado de las intervenciones responde a la capacidad de identificar los problemas, emitir un juicio sobre ellos, y a la posibilidad de prescribir y ejecutar las actividades adecuadas.

El proceso de atención de enfermería se centra precisamente en la identificación y tratamiento de las respuestas humanas de los individuos o grupos a las alteraciones de salud reales o potenciales y sistematiza los cuidados de promoción, mantenimiento, recuperación o ayuda.

Desafortunadamente la aplicación del proceso de enfermería no siempre es la forma de trabajar de los profesionales de la salud y algunos no se han dado cuenta de su utilidad. Es por ello que se hace necesario hacer una pequeña reflexión acerca de determinados hechos históricos, el progreso y los avances que revisten un indudable interés al considerar el proceso de atención de enfermería como la base misma de la profesión.

En este trabajo se retomarán aspectos como son: los orígenes de los cuidados de enfermería que nos permiten introducirnos a la historia y conocer el significado del concepto de ayuda en las sociedades primitivas, los cuidados de supervivencia, las prácticas de las mujeres cuidadoras, los cuidados domésticos e institucionales en las primeras civilizaciones que han sido uno de los sustentos de la práctica de los cuidados de enfermería, por lo que esto quedara contemplado en el capítulo I.

En el capítulo II Marie Françoise Colliere nos habla del origen de las prácticas de cuidados, de cómo éstas, han influenciado en forma importante las prácticas de enfermería hasta nuestros tiempos, ya que se basan en una primera orientación que se inscribe en la historia de la humanidad "Asegurar la continuidad de la vida, del grupo y de la especie". Podemos darnos cuenta que la enfermería está anclada en la historia, una historia que ha moldeado su evolución según sus acontecimientos, esto nos ha llevado a preguntarnos qué es la Práctica de Enfermería; es por ello que desde hace muchos años, las enfermeras han intentado precisar su campo de aplicación enfermera, ellas son llamadas Teorizadoras o Metateóricas y es precisamente gracias a la manera particular con la que abordan la relación entre el cuidado, la persona, la salud y el entorno, clarificando así el campo de la disciplina enfermera, podríamos decir que es "El sustento filosófico del cuidado enfermero".

Existen un gran grupo de Teorizadoras de Enfermería, sin embargo hablaremos más específicamente en el capítulo III de Virginia Henderson, la cual reconoce varias influencias en su modelo, presenta una lista de 14 necesidades fundamentales de la persona que comprenden los componentes de los cuidados de enfermería, y se retoma su modelo para la aplicación de un Proceso de Atención de Enfermería en una Paciente Adulta con Alteración en la Necesidad de Eliminación, esperando sea de utilidad, para mejorar la práctica de enfermería, recordemos que la fuerza de las enfermeras aumenta gracias al conocimiento teórico, por que los métodos desarrollados sistemáticamente tienen más probabilidades de ofrecer buenos resultados.

Y por último en el apartado de conclusiones se realiza una pequeña síntesis de la respuesta o evaluación tanto del proceso, como de la respuesta del paciente al cuidado de enfermería terminando con algunas sugerencias que nos permitan promover la implementación y utilización correcta del proceso de atención de enfermería en nuestro quehacer diario.



## **OBJETIVO**

Proporcionar cuidados de enfermería en forma integral, gracias al empleo de un proceso de atención de enfermería en un paciente adulto con alteración en la necesidad de eliminación, con la finalidad de buscar formas de mejorar la satisfacción de la persona, y a la vez, permitirle manejar sus propios cuidados de salud.

# **CAPÍTULO I.**

## **CONCEPTOS TEÓRICOS SOBRE EL ORIGEN DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA.**

### **1.1. SOMERA RESEÑA SOBRE EL ORIGEN DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA.**

La idea de aplicar un punto de vista histórico a los orígenes de "La Actividad de Cuidar" supone, la necesaria elaboración de un "Esquema de Secuencias", que hunde sus raíces en un pasado, y cuya existencia puede demostrarse analizando las relaciones del hombre con su medio para intentar cubrir sus necesidades básicas y perpetuar la especie. Las fuentes para argumentar estas hipótesis son los objetos exhumados de los yacimientos prehistóricos, refiriéndose a dos tipos de civilizaciones: La del Paleolítico y el Neolítico.<sup>1</sup>

El Paleolítico, esencialmente, fue una época de cazadores que habitaban al aire libre, consiguen el dominio del fuego y configuran una organización social con ideas mágico religiosas, prácticas alimentarias y conservación de la especie; mientras que los hombres del Neolítico conocen la agricultura, la cerámica, y viven sedentariamente. Esta "Revolución Neolítica", caracterizada por el paso de la economía depredadora a la productora, nos describe el contexto prehistórico en que se inscriben las coordenadas que configuran el origen de las "Prácticas de los Cuidados", o de la "Actividad de Cuidar"<sup>2</sup>

*Los etnólogos coinciden en representar al hombre primitivo, como un ser social y no individualizado. Es por ello que las "Prácticas de Cuidados" se configuran bajo el "Concepto de Ayuda"*

Otro dato importante de mencionar es el surgimiento de especies capaces de ejercer mayor control del medio ambiente debido a su cerebración creciente, sin olvidar por supuesto el más importante descubrimiento "EL FUEGO", dada la gran influencia que éste ejerció sobre los elementos básicos que constituyen "La Práctica de los Cuidados"; ya que transformaron las Organizaciones Sociales y Mágico – Religiosas, y su uso modificó materias y alimentos, lo cual junto al calor y la luz, contribuyó inexorablemente, a la conservación del grupo y de la especie, objeto también de "Las Actividades Cuidadoras".<sup>3</sup> Pero más tarde a estas prácticas se incorporan elementos psicológicos y culturales, lo que supone, un aumento en la capacidad de aprendizaje y un mayor grado de variabilidad de comportamientos de la especie.

*Se podría afirmar, que en este periodo, los Cuidados comienzan a ejercerse bajo un plan, en el que queda incluida cierta individualización y previsión del futuro.*

Si la Practica de los Cuidados, es analizada desde el aspecto de supervivencia en la que se desarrollaban los primeros hombres. "En este sentido, se señala que las diferencias y peculiaridades biológicas determinaban la participación y el reparto de actividades, esto nos indica que la actividad de cuidar estaba ligada, en un principio, a las "peculiaridades biológicas femeninas" relacionadas con la fecundidad, hasta concretarse en tareas asignadas por la comunidad. Así las principales responsabilidades femeninas eran:

- ❖ El mantenimiento del fuego y sus secretos en la preparación de alimentos, calor y prácticas para procurar bienestar y alivio.
- ❖ El cuidado de las gestantes, de los partos y de la prole a través de la observación y el aprendizaje de comportamientos que garantizaban la continuidad de la especie y de la vida.
- ❖ La recolección de vegetales, que implicaba la selección de alimentos y la obtención de conocimientos relacionados con sus propiedades, así como su repercusión en las prácticas de cuidados".

*De este modo, el saber empírico se va configurando mediante la praxis de las "Tareas Asignadas", establece el "Valor Social" de los Cuidados de supervivencia.<sup>4</sup>*

*Si nos ponemos a reflexionar sobre este aspecto no estamos nada distante de lo que ahora realiza la mujer en la comunidad.*

---

<sup>1</sup> Hernández Conesa. Historia de Enfermería. Editorial Interamericana. Mc. Graw Hill. 1995 p. 53

<sup>2</sup> Ibid. p. 54.

<sup>3, 4.</sup> Ibid. P. 58.

### 1.1.1. ALGUNOS ASPECTOS HISTORICOS DEL CUIDADO EN EGIPTO, GRECIA Y ROMA.

En Egipto existía una cultura del cuidado que consistía en una extrema amabilidad para con el ciego, el manco, el cojo, el loco, nunca se considero al enfermo como impuro o intocable, nunca se podía dejar a los pacientes sin ayuda, se reglaba la actitud hacia los niños, así como los cuidados relacionados con la gestación, el parto y la crianza. <sup>5</sup>Sin embargo se menciona que no se garantizo un pleno desarrollo racional y un valor social.

Se posee referencia en papiros de cuidados domésticos sobre: administración de drogas, aplicación de ungüentos y goma, así como la hora de administración, temperatura y duración de ciertos remedios.<sup>6</sup> Todas estas actividades eran efectuadas por sirvientes y esclavos organizados por el ama de casa.

En cuanto a los "Cuidados Institucionales", se desconoce bastante, solo se sabe que se otorgaban permisos laborales para atender a los parientes enfermos.<sup>7</sup> Existía un sacerdote embalsamador que dominaba la técnica de vendaje; otros sacerdotes practicaban la circuncisión. "Según Colliere, los cuidados egipcios provienen del descubrimiento del cuerpo herido entre los cazadores de la prehistoria y de sus prácticas de cuidados."<sup>8</sup>

En la Grecia Antigua: Es importante recordar el paso del pensamiento mítico al pensamiento racional, o sea del *mytos* al *logos*: Un conocimiento de la *physis* de las cosas, que deja de ser mítico para desarrollarse conforme a la naturaleza y a la razón de las cosas.<sup>9</sup> Sin embargo esto no sucedió con los cuidados practicados en la Grecia Clásica, ya que estos siguieron instalados en el mundo instintivo y mágico-religioso, relegados al ámbito doméstico.<sup>10</sup> Se menciona en los escritos hipocráticos, el asistente o servidor figura históricamente institucionalizada que realiza "prácticas enfermeras", actuando dentro de una doble filiación: mágico-racional, pero el papel de la mujer continuaba siendo de tipo doméstico, por lo que en el terreno de los Cuidados, aparecen como amas de cría y parteras empíricas.

*La concepción que tenían los Griegos por el trabajo manual explica la escasa importancia social que, para el Mundo Clásico, tuvieron los Cuidados de Enfermería. Esta situación socio-cultural, obstaculizo el estudio de los cuidados de enfermería aprendidos y desarrollados por mujeres y esclavos, en un mundo que los excluía.*

---

<sup>5</sup> Hernández Conesa. Historia de Enfermería. Editorial Interamericana Mc Graw-Hill. 1995 p.65

<sup>6</sup> Ibid., p.65

<sup>7</sup> Ibid. P. 65

<sup>8</sup> Ibid. P. 66

<sup>9</sup> Ibid. P. 67

<sup>10</sup> Ibid. P. 67.

En la Roma pagana los "nosocomi" o subalternos actuaban como enfermeros en los hospitales situados en los campos de batalla, actividades muy diferentes a las que realiza una mujer, ya que los cuidados que proporcionaban estaban relacionados con la fuerza física y con las situaciones de enfrentamiento bélico.<sup>11</sup> Mientras que para Quintiliano, la enfermera es la primera persona que escucha a los niños y atempera sus manifestaciones y necesidades, compartiendo su actividad, en el ámbito doméstico romano, con la del educador.<sup>12</sup>

La mujer en cambio, que podía poseer un gran patrimonio, también tenía acceso a una función que le permitiese conocer los preliminares de todas las ciencias.<sup>13</sup>

### 1.1.2. ALGUNOS ASPECTOS QUE INFLUYERON EN LA INSTITUCIONALIZACIÓN DE LOS CUIDADOS

Durante el transcurso de la historia, siempre se le ha dado más valor a otras actividades relacionadas con la salud, que a la actividad que miles de enfermeras realizan a diario "El cuidado a las personas" y todo parece girar, alrededor de que nada está escrito; ya se hablaba de esto, desde la Baja Edad Media, se dudaba de la profesionalidad o del carácter de oficio de la Enfermería, lo que hizo imposible incluir los Cuidados dentro del contexto gremial de esa época, se pensaba que el juicio, el valor social e institucional que otorga el cristianismo a las labores del cuidado, no posee objetivos que giren en torno a la constitución de un saber, sino exclusivamente alrededor de objetivos espirituales, por lo que fue considerado como el instrumento de salvación para la vida eterna. De esta manera, aparece en el Cristianismo incipiente una "Justificación Divina" de la riqueza, mientras que la pobreza debe ser aceptada socialmente.<sup>14</sup> Esta idea lleva a muchos cristianos a dedicar su vida al Cuidado de los pobres y enfermos. Así "Los Cuidados de Enfermería" se institucionalizan basándose en un concepto de ayuda que podríamos denominar "Vocacional-Cristiano- Caritativo",<sup>15</sup> se institucionalizan para la salvación de almas, más no se toma en cuenta los objetivos propios de una profesión incipiente.

Se habla también de otra forma de Institucionalización de los cuidados en las leproserías, hospederías y hospitales, en donde se resalta el amor al prójimo, sin temor al contagio. Así queda reflejada la cristalización del concepto cristiano de ayuda.

---

<sup>11</sup> Ibid. P.71

<sup>12</sup> Ibid. P. 73

<sup>13</sup> Ibid. P. 72

<sup>14</sup> Ibid. P. 78

<sup>15</sup> Ibid. P. 78

La Institucionalización de "Los Cuidados de Enfermería" en la Zona Occidental Europea, se refugio en los monasterios rurales, casas de caridad y pequeñas hospederías. Posteriormente se construyeron hospitales, edificios destinados para epilépticos, ancianos y peregrinos, sujeta a la tradición filosófica y cultural del Imperio. La labor del Cuidado a los enfermos se vio recompensada económicamente, los cuidados que se proporcionaban consistían en alimentar a los enfermos y mantenerlos limpios, mientras que los cuidados terapéuticos de acuerdo a conocimientos científicos de la época, consistían en baños y sangrias.

Durante la época de las cruzadas se dividieron en: Caballeros, Sacerdotes y Hermanos Sirvientes, que eran quienes atendían y cuidaban, tanto a los peregrinos que viajaban a los Santos Lugares, como a los caballeros heridos durante el combate.<sup>16</sup> Más tarde, el orden de los Teutónicos que además de los tres votos religiosos a los que se les obligaba, se obligo a un cuarto voto más, que consistía en el Cuidado a los enfermos.<sup>17</sup>

## 1.2. DE LA PRÁCTICA DE LOS CUIDADOS, A LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA POR MARIE FRANCOISE COLLIERE.

Para Marie Françoise Colliere la historia de los cuidados se perfila alrededor de dos orientaciones, ejes o pensamientos dialécticos llamados el Bien y el Mal. Entendiendo por el bien *Asegurar la continuidad de la vida, del grupo, de la especie, teniendo en cuenta todo lo que es indispensable para asumir las funciones vitales.*<sup>18</sup>

Esta necesidad de asegurar el mantenimiento de las funciones vitales dio lugar a un conjunto de actividades indispensables de las que se hicieron cargo hombres y mujeres que según sus recursos se esforzaron por atenderlas; estas se organizaban de acuerdo a una serie de necesidades tales como: la protección del grupo, protegerse de la intemperie, de salvaguardar su territorio y recursos; lo que más tarde dio origen a la división sexual del trabajo "el lugar del hombre y la mujer en la vida social y económica".<sup>19</sup>

"Asegurar la supervivencia era y seguirá siendo un hecho cotidiano, de ahí una de las más antiguas expresiones de la historia del mundo "Cuidar de" cuidar de las mujeres de parto, cuidar de los niños, pero también de los muertos". Actualmente

---

<sup>16</sup> Ibid. P. 95

<sup>17</sup> Ibid. P. 96

<sup>18</sup> Françoise Colliere Marie. Promover la vida. Editorial Interamericana Mc. Graw-Hill. 1997. p.6

<sup>19</sup> Ibid. P.6.

esta expresión “Cuidar de”, “Ocuparse de”, transmite el sentido inicial y original de la palabra “Cuidado” Cuidar es por tanto : *mantener la vida asegurando la satisfacción de un conjunto de necesidades indispensables para la vida, pero que son diversas en su manifestación.* Cuidar y vigilar representan un conjunto de actos de vida que tiene por finalidad y por función mantener la vida de los seres vivos, para permitirles reproducirse y perpetuar la vida de grupo. Esto ha sido y seguirá siendo el fundamento de todos los cuidados”.<sup>20</sup>

“Los cuidados que siguen la primera línea se construyen esencialmente alrededor de todo aquello que da vida, que es fecundable y que da luz”.<sup>21</sup> “La base del conjunto de cuidados desarrollados por las mujeres a lo largo de la evolución de la historia de la humanidad han sido los cuidados corporales y la experiencia con frecuencia secular de las prácticas alimentarias, desde el origen del descubrimiento de las propiedades de las plantas, siendo así hasta nuestros días”.<sup>22</sup>

A medida que los grupos fueron ratificando sus practicas de cuidados habituales en cosas permitidas y prohibidas, las erigieron en ritos y encargaron “primero al chamán y luego al sacerdote, el cual se encargaba de garantizar una mediación entre las fuerzas benéficas y maléficas”,<sup>23</sup> o sea que interpretaba lo que era bueno y lo que era malo, en cierta manera adquiere poco a poco el derecho de designar y eliminar del grupo a todo sospechoso de ser portador del mal ejemplo de ello: eran los leprosos, los gitanos, herejes, etc. Esto se ha transformado con el pasar del tiempo, pero se dice que en la actualidad los descriptores del mal son los médicos. Estos vieron crecer desmesuradamente su papel de mediadores, que lleva consigo el nacimiento de la clínica, convirtiendo cada vez más en campo de especialistas. Desafortunadamente para enfermería todo estaba estático.

Mas tarde para Enfermería, el intentar aprehender la práctica de los cuidados exigía volverlos a centrar respecto a su principal finalidad: **Permitir que la vida continúe y se reproduzca.** Las dos orientaciones anteriores de las que nos habla Marie Françoise Colliere al inicio del texto, han influido durante el pasar del tiempo en enfermería, pero también han dificultado la identificación de los cuidados. “Los cuidados que seguían la primera línea se construyeron alrededor de todo aquello que da vida, que es fecundable y que da luz”.<sup>24</sup> Sin embargo ella nos menciona ¿Acaso dándoles la vida, no les comunican la muerte?<sup>25</sup>

*“Los cuidados que se tejen alrededor de todo aquello que crece y se desarrolla revierten en las mujeres y lo hacen hasta la muerte”*

---

<sup>20</sup> Ibid. P. 7

<sup>21</sup> Ibid. P. 11

<sup>22</sup> Ibid. P. 14

<sup>23</sup> Ibid. P. 10

<sup>24</sup> Ibid. P. 11

<sup>25</sup> Ibid. P. 14

Algunos cuidados solo fueron competencia de hombres, que exigían fuerza física. Así, se constituyeron cuerpos de enfermeros vinculados al ejército, y más tarde en el seno de Ordenes Guerreras Hospitalarias. Más tarde surgen otros grupos que se encargaban de apartar de la colectividad a los portadores de males o a los sospechosos. A mediados del siglo XIX, reciben ayuda en sus tareas y son desplazados por enfermeros laicos y se convertirán en enfermeros psiquiátricos.

Posterior a la aparición de la quimioterapia para neutralizar la fuerza de los alienados, se cuenta con mujeres dentro del personal de enfermería.<sup>26</sup>

"Es importante recordar que los cuidados no han sido solo competencia de la actividad de los hombres o de mujeres comunes, parece importante tener en cuenta el papel predominante de los Padres de Iglesia que ponen las bases de la Doctrina Cristiana y orientan la vida monástica".<sup>27</sup>

Se dice que hasta ahora no ha habido gran inquietud como para comprender el origen y la evolución de estas prácticas, así como sus influencias recíprocas y su red de interacciones, siendo siempre prioritario de uno u otro sexo, o cuál es su concepto del mundo, del universo, de la vida o de la muerte, qué los mueve, qué creencias o qué ritos, por qué surgen otros en ciertas épocas de la historia, etc.<sup>28</sup> *Lo que sí sabemos es que existe gente que se interesa por conocer y entender la finalidad de los cuidados que ofrece la enfermera.*

"Para comprender la historia de la práctica de la enfermería, parece indispensable estudiarla y analizarla relacionándola con la historia de la mujer sanadora y de su evolución".<sup>29</sup> La historia de las prácticas de cuidados vividas y transmitidas por mujeres, más tarde condenadas y desaprobadas por la iglesia, explican desde su origen hasta nuestros días el proceso de identificación de la práctica curativa ejercida por mujeres en el sentido hospitalario no psiquiátrico y en los dispensarios de pueblos y barrios, pasando hoy a denominarse cuidados de enfermería.

"Las etapas de estas distintas formas de identificación de las prácticas de cuidados aparecen del siguiente modo:

- ❖ Identificación de los cuidados de la mujer, desde los tiempos más remotos de la historia de la humanidad, hasta el fin de la Edad Media, en la sociedad Occidental.
- ❖ Identificación de los cuidados de la mujer-consagrada, desde la Edad Media hasta finales del siglo XIX en Francia.

---

<sup>26</sup> Ibid. P. 15

<sup>27</sup> Ibid. P. 15

<sup>28</sup> Ibid.p. 15

<sup>29</sup> Ibid. P. 16



- ❖ Identificación de los cuidados de la mujer-enfermera auxiliar médico, desde el principio del siglo XX hasta finales de los años sesenta”.<sup>30</sup>

### 1.3. FILOSOFÍA DEL CUIDADO.

Para poder hablar de filosofía en enfermería será necesario empezar por conceptualarla. La filosofía más que el amor a la sabiduría, “es una actividad reflexiva destinada a dilucidar el sentido o sin sentido de ciertas proposiciones o una actividad reflexiva en la vida humana; también la filosofía aparece como un modo de ser de la existencia humana”.<sup>31</sup>

En un sentido estricto la filosofía constituye una ciencia en si misma, una ciencia de los seres en relación a sus causas últimas. El valor de la ciencia de filosofía radica en auxiliar al individuo a ordenar sus actividades de acuerdo con el conocimiento de la esencia, de su identidad y naturaleza. En este sentido, las enfermeras utilizan una base filosófica como orientación acerca del ser humano y del universo en el que algunas personas, los pacientes, pueden requerir la asistencia de otras, que pueden ser enfermeras.

“Algunos filósofos como Dickoff y James, comentan que lo que las enfermeras tienden a denominar filosofía del cuidado, ellos la consideran como una religión de la asistencia, cada enfermera posee una serie de valores propios referidos a sus creencias acerca del hombre, de sus objetivos de la vida, y de su destino”.<sup>32</sup>

Estas creencias orientan la manera en que las personas se relacionan entre sí, trabajan en equipo y prestan sus cuidados a aquellos que lo necesitan para beneficiarse. La concienciación, comprensión de la filosofía, valores de uno mismo y la expresión deliberada de las propias creencias acerca del hombre permitirá una práctica más eficaz. Es por ello que se hace necesario la revisión de algunas reflexiones o filosofías del cuidado.

La primera autora es Florence Nightingale, su énfasis reflejaba la preocupación predominante de finales del siglo XIX, cuando el saneamiento era el principal problema de salud.

Según Nightingale:

Los **cuidados enfermeros** “están basados no solamente en la *compasión*, sino también en la observación y la experiencia que consiste en poner a la persona enferma o sana en las mejores condiciones posibles a fin de que la naturaleza pueda restablecerle o preservarle su salud”.<sup>33</sup> La preocupación de la enfermera

<sup>30</sup> Ibid.p. 16-17

<sup>31</sup> Ferrater Mora José. El hombre en la encrucijada. Editorial Sudamericana. Buenos Aires. 1995. S. A.

<sup>32</sup> H. Yura. M. B. Walsh El proceso de enfermería. Editorial Alambra. 1982. p. 15

<sup>33</sup> Suzanne Kérouac, M. N. El pensamiento enfermero. Editorial Masón, S. A. P. 48.

que se encuentra al lado de la persona enferma o sana consiste en proporcionar el mejor **entorno** posible para que las fuerzas de la naturaleza permitan la curación o el mantenimiento de la salud. Nightingale considera a la **persona** según sus componentes: físico, intelectual, emocional, espiritual; así como su capacidad y responsabilidad para cambiar la situación existente, ya que la **salud** no solo es lo opuesto a la enfermedad, este concepto significa igualmente " la voluntad de utilizar bien cada capacidad que tenemos".<sup>34</sup>

Mientras que para Virginia Henderson, el **cuidado** "Es la asistencia a la persona enferma o sana en las actividades que no puede hacer por sí misma por *falta de fuerza, de voluntad o de conocimientos*, con el fin de conservar o de restablecer su independencia en la satisfacción de sus necesidades fundamentales" (**salud**). Es por ello que la función específica de la enfermera consiste en suplir, en la persona, lo que le falta para ser completa, entera o independiente, los modos de intervención serán: reemplazar, completar, sustituir, añadir, reforzar, aumentar la fuerza, la voluntad o los conocimientos de la persona.<sup>35</sup> Ya que para ella la **persona** es un todo complejo presentando 14 necesidades fundamentales con dimensiones de orden biofisiológico, psicosociocultural. No define salud y entorno. Sin embargo se ha podido deducir que, el **entorno** es la naturaleza o el medio que actúa de manera positiva o negativa sobre la persona y así su **salud** es la capacidad que posee una persona de satisfacer sus catorce necesidades fundamentales.<sup>36</sup>

Los escritos de Orem son otra filosofía más de ver el cuidado. Menciona que el acto del **cuidado**, "representa un servicio especializado que se distingue de los otros servicios de salud ofrecidos, porque está centrado sobre las personas que tiene incapacidades para ejercer su autocuidado."<sup>37</sup> Para Orem la **persona** es un todo integral que funciona biológica, simbólica y socialmente, por lo que al referirse a la salud y al entorno, ella comenta que la **salud** es un estado de integridad de los componentes del sistema biológico y de los modos de funcionamiento biológico, simbólico y social del ser humano, lo que permitirá que el **entorno** o sea el conjunto de los factores externos influyan sobre la decisión de la persona para emprender los autocuidados o sobre su capacidad de ejercerlos, pasa a ser una parte integrante de la persona.<sup>38</sup>

*Estos son algunos escritos que han llevado a plantear "Teorías y Modelos de Enfermería" por que tratan de concebir la Disciplina de Enfermería como ciencia con sustentos filosóficos, donde se concibe al cuidado como una acción humanística y no mecánica, ya que "el acto del cuidado une el qué del cuidado y el cómo de la interacción persona-enfermera; el designar como se va a proporcionar el cuidado permite crear un cuidado con diversos procesos, tales como: la*

---

<sup>34</sup> Ibid. P. 4-5.

<sup>35</sup> Ibid. P. 28

<sup>36</sup> Ibid. P. 29

<sup>37</sup> Ibid. P. 30

<sup>38</sup> Ibid. P. 31

reflexión, la integración de creencias y valores, el análisis crítico, la aplicación de conocimientos, el juicio clínico y la intuición. Se trata de un cuidado innovador que reúne la ciencia y el arte de enfermería que se centra en la persona humana, la cual en continua interacción con su entorno, vive experiencias de salud".<sup>39</sup> Esta es la aplicación de una filosofía en el cuidado de enfermería.

Por lo tanto el atender el cuerpo, mente, espíritu y entorno de una persona, es más que brindar cuidados. Esto conlleva a que "la práctica de enfermería sea más que el cumplimiento de múltiples tareas, requiere de una agudeza intelectual considerable que, vista desde el exterior, parece indicar "intuición", ya que se trata de "acertar" a escoger una acción pensada y reflexionada, que responda a las necesidades de la persona humana"<sup>40</sup>

"Pero para cuidar, es decir, para conocer más a la persona, y su entorno, necesitamos tiempo ( Masón 1985), un tiempo demasiado corto, significa un cuidado de enfermería incompleto, se cumplirán tareas rutinarias, pero se sacrifica una parte importante del cuidado, el que exige reflexión, el que apoya y refuerza"<sup>41</sup> nuestra filosofía.

## **1.4. LA ENFERMERÍA EN LA ACTUALIDAD.**

Es importante hacer una somera revisión de lo que hasta ahora, ha sido *la Salud, la Educación y la Enfermería*; la problemática a la que se ha enfrentado durante muchos años y lo que se espera que se haga, para lograr realmente un reconocimiento como profesional de la salud.

### **1.4.1 SOMERA RESEÑA DE LO QUE HA SIDO LA SALUD, EDUCACIÓN Y ENFERMERÍA.**

"En sus lúcidas reflexiones sobre la Educación, Kant constata el hecho de que la educación nos viene siempre de otros seres humanos (" Hay que hacer notar que el hombre sólo es educado por hombres y por hombres que a su vez fueron educados") y señala las limitaciones que derivan de tal magisterio: las carencias de los que instruyen reducen las posibilidades de perfectibilidad por vía educativa de sus alumnos. (Si por una vez un ser de naturaleza superior se encargase de nuestra educación- suspira Kant- se vería por fin lo que se puede hacer del hombre)."<sup>42</sup>

---

<sup>39</sup> Ibid. P. 77

<sup>40</sup> Ibid. P. 76

<sup>41</sup> Ibid. P. 77

<sup>42</sup> Savater. El aprendizaje humano en el valor de educar . México IEESA, CEA SNTE. Colección Diez para los maestros 1987. p.38.

Hasta finales del siglo XIX la enfermería evolucionó a partir de antecedentes religiosos, militares y sociales. Pero desde principios del siglo, quien más influyó en la formación de las enfermeras fue Florence Nightingale pensó que debían crearse escuelas para formar enfermeras dotándolas de experiencia práctica y de un gran acervo de conocimientos, debían estar cerca de hospitales que pudieran servir de talleres o lugares de formación; por lo que la formación de enfermeras se desarrolló en numerosos países en el contexto hospitalario, considerando a la escuela como Institución Independiente, con financiamiento y órganos rectores propios.<sup>42</sup> Sin embargo, por disposiciones financieras inadecuadas esto no fue posible. Hoy en día se tiene presente este principio.

"En 1978 la iniciativa de la OMS "Salud para Todos", insiste en la necesidad de que las enfermeras trabajen fuera de los contextos hospitalarios tradicionales y, como señaló: Se necesitan enfermeras capaces de diagnosticar los problemas de salud de la comunidad y de aplicar medidas de prevención, fomento y vigilancia de la salud del conjunto de las poblaciones, enfermeras capaces de cuidar a los enfermos o discapacitados, enfermeras capaces de enseñar a las personas a cuidarse a sí mismas"<sup>43</sup> En respuesta a esto, las enfermeras formadoras de recursos debían reorientar planes de estudio para incluir conceptos de Atención Primaria. Sin embargo hasta este momento no se ha logrado nada, ya que se sigue preparando dentro del ámbito de lo curativo.

En 1985 se volvió a realizar un nuevo llamado, por la OMS. Así el CIE sugirió que los planes de estudio se preparasen no solo para satisfacer las demandas de las competencias requeridas sino también para formar actitudes de Conciencia Social.<sup>44</sup>

Desde 1974 un comité de expertos de la OMS propuso cambios en la práctica de enfermería, y por supuesto una formación que reconociera lo siguiente:

- ❖ Un sistema de salud para la totalidad de la población y no centrado en grupos limitados.
- ❖ A la comunidad como principal determinante de la atención de la salud.
- ❖ La posibilidad de tratar la salud de la comunidad de otro modo.
- ❖ El desarrollo de la enfermería como sistema de cuidados, con interacción y colaboración constante.
- ❖ Un modo de pensar según el modo de pensar de la comunidad.
- ❖ Que los programas de formación de enfermería han de abarcar todos los aspectos de la vida humana y estar estrechamente relacionados con las necesidades de la comunidad y la práctica de la atención de salud.

---

<sup>42</sup> Ibid. p. 8

<sup>43</sup> Ibid. P. 9

<sup>44</sup> Ibid. p. 9

La Declaración de Alma Ata reforzó estas propuestas y animó a la enfermería a pasar a la práctica en comunidad, interesarse por el medio ambiente, la equidad y el cambio de las necesidades de salud.<sup>45</sup>

El movimiento de salud para todos tuvo dos grandes consecuencias:

1. Dio una nueva importancia a la enfermera comunitaria.
2. La necesidad de mejorar la calidad de los cuidados.

El desarrollo de sistemas de cuidados de salud basados en la atención primaria de salud exigía que el centro de interés pasase de lo métodos curativos a los preventivos, lamentablemente en un informe de la OMS, el 80 % del personal de salud esta dedicado a dispensar servicios curativos, limitando así su participación en los trabajos preventivos, de promoción y protección de la salud. "Dicho de otro modo la enfermería estaba respondiendo a un tecnología médica compleja, pero no hacia avanzar su función en la atención primaria de salud aumentando sus conocimientos y capacidades de prevención de la enfermedad y promoción de la salud".<sup>46</sup>

Lamentablemente el personal de enfermería siempre ha sido preparado en hospitales, orientados al tratamiento, para desempeñar funciones clínicas especializadas, sus experiencias de aprendizaje son propias de un hospital, así adquieren su experiencia práctica, son supervisados por los mismos profesionales de la salud, aunado a esto muchos profesores de enfermería carecen de calificación docente, sus principales métodos didácticos son la clase teórica, bancaria con lecciones aprendidas de memoria, bajos recursos financieros y el controversial asunto de la profesionalización, pero a la vez la continua formación de personal técnico.<sup>47</sup>

Como bien sabemos, "otros cambios que ejercen presión sobre los sistemas frágiles de cuidados de la salud son la evolución demográfica, las pautas cambiantes de las enfermedades y afecciones, las enfermedades nuevas, el rápido crecimiento tecnológico, y el aumento de las demandas de los consumidores. Los roles de la enfermería están pasando a ser los de capacitador, facilitador y gestor de los cuidados. Sin embargo, al mismo tiempo la tecnología médica compleja pide más especialización de las enfermeras".<sup>48</sup>

Una de las estrategias que se deberá seguir para lograr avances en el plano teórico consistirá en "reorientar considerablemente los programas de enseñanza de enfermería", ya que no han sido acordes con las necesidades de salud de la

---

<sup>45</sup> Ibid. p. 9

<sup>46</sup> Ibid. P. 10

<sup>47</sup> Ibid. P. 11

<sup>48</sup> Ibid. P. 12

población a la que se atiende; esto nos lleva a reflexionar sobre si es una de las razones por las cuales enfermería no ha encontrado respuesta a su quehacer profesional, a lograr su autonomía, capacidad crítica, trabajo en equipo, etc.

## **CAPITULO II**

### **CONCEPTOS TEÓRICOS DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA**

#### **2.1 ALGUNOS ANTECEDENTES HISTÓRICOS DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.**

A partir de la década de los 50, el proceso de la asistencia sanitaria ha llegado a convertirse en una actividad reconocida y organizada.

En 1955, Lidia Holl pronunció una conferencia en Nueva Jersey acerca de la calidad de la asistencia sanitaria. Empezó desarrollando sus ideas acerca de la asistencia para llegar a la afirmación básica de su conferencia. "La Asistencia Sanitaria es un Proceso".<sup>49</sup>

En la década de los 60 Orlando, fue una de las primeras autoras que utiliza el termino de Proceso de la Asistencia Sanitaria, especificando que el componente central es la relación dinámica enfermera-paciente, lo que atrajo de inmediato la atención de las enfermeras. A pesar de este esfuerzo innovador el termino no se adopto inmediatamente. Según Orlando este proceso puede componerse de tres elementos:

- a) Comportamiento del paciente.
- b) Reacción de la enfermera.
- c) Actuación sanitaria orientada hacia el beneficio del paciente.<sup>50</sup>

En 1966, Lois Knowles presento un modelo de las actividades que constituyen el cometido de las enfermeras como son: Descubrir, Investigar, Decidir, Actuar y Discriminar. Estas cinco fases sugieren otra forma de abordar la asistencia del paciente.<sup>51</sup>

En 1967 definió el proceso de asistencia como la relación que se establece entre un paciente y una enfermera en un determinado medio ambiente, incluyendo esquemas de comportamiento y acción de ambos. Las fases del proceso son: Percepción, Comunicación, Interpretación, Intervención y Evaluación.<sup>52</sup>

<sup>49</sup> H. Yura, M. B. Walsh El proceso de Enfermería. Editorial Alambra. 1982. p. 22

<sup>50</sup> Ibid. P. 22

<sup>51</sup> Ibid. p. 23

<sup>52</sup> Ibid. P. 23

En el mismo año profesores de la Universidad Católica de Norteamérica identificaron las fases del proceso como: Valoración, Planificación, Ejecución y Evaluación.<sup>53</sup>

Un proyecto de investigación desarrollado por un grupo interdisciplinario en la Universidad de Colorado, consistía en investigar el proceso clínico de deducción de las necesidades del paciente mediante una emisión de juicios basados en datos disponibles. Esto se interpreto como la emisión de diagnósticos de los problemas del paciente. Cuando el paciente tiene determinados problemas, manifestara ciertos síntomas, y la enfermera es responsable de captarlos y decidir a continuación cual es el mejor camino a seguir en beneficio del paciente. Estos autores sugieren que aunque la enfermera ha estado comprometida en este proceso deductivo desde los comienzos de la práctica, no ha existido, hasta hace poco un análisis crítico, deliberado y sistemático del proceso. Las fases más significativas del modelo que propusieron fueron: Identificación del estado del paciente a partir de la interpretación de los síntomas, establecimiento de deducciones y ejecución de acciones dirigidas al logro de los objetivos definidos.<sup>54</sup>

King define la asistencia sanitaria como un proceso de acción, reacción, interacción y ejecución, mediante el cual las enfermeras ayudan a los individuos de cualquier edad a satisfacer sus necesidades humanas básicas mediante la atención que prestan al estado de su salud en alguna fase particular de su ciclo vital. Sugiere cinco conceptos: Percepción, Comunicación, Relaciones Interpersonales, Salud e Instituciones Sociales.<sup>55</sup>

Durante las dos últimas décadas, la enfermería ha experimentado un giro de 180 grados, tanto en sus responsabilidades como en su centro de atención. Antes de los 70 las enfermeras eran responsables de valorar a los pacientes, pero no se les permitía emitir juicios. No obstante, el papel de las enfermeras ha empezado a desarrollarse, y la American Nurses Association reconoció la necesidad de publicar nuevos estándares para la práctica de la enfermería, que establece que la enfermería "Es el diagnóstico y tratamiento de las respuestas humanas a problemas de salud reales y potenciales y su centro de atención se traspasó al tratamiento de la persona en su totalidad no solo la enfermedad".<sup>56</sup>

En 1973 un grupo formado por Teóricas, Docentes, Gestoras y Asistentes se reúnen para formar la National Conference Group for the Classification of Nursing Diagnoses, como resultado de su trabajo, se desarrollo una lista de diagnósticos que fueron aceptados para su estudio y validación clínica. Este grupo se ha convertido en la North American Nursing Diagnosis Association NANDA, que hasta el momento mantiene sus reuniones cada dos años.<sup>57</sup>

---

<sup>53</sup> Ibid. P. 23

<sup>54</sup> Ibid. P. 23

<sup>55</sup> Ibid. P. 24

<sup>56</sup> Alfaro Rosalinda. Aplicación del proceso de enfermería. Guía practica. Editorial Doyma. 2ª. Edición. P. 59

<sup>57</sup> Ibid. P. 60



*En los últimos 10 años, el proceso de atención de enfermería ha sido considerado como una herramienta puente entre la práctica y la teoría.*

## **2.2. CONCEPTO Y ETAPAS DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.**

Básicamente el Proceso de Enfermería es un método sistemático y organizado de administrar cuidados de enfermería individualizados que se centra en la identificación y tratamiento de las respuestas únicas de la persona o grupos, y a las alteraciones reales o potenciales.<sup>58</sup>

La división del proceso en fases constituye una separación artificial de acciones que en la práctica real no tiene solución de continuidad. Sin embargo, con el fin de realizar un análisis deliberado y reflexivo del proceso es preciso distinguir las distintas fases y sugerir que la enfermera se esfuerce en definir cada acción en términos de la fase que este realizando.<sup>59</sup>

La iniciación del proceso requiere considerar tanto la situación de la enfermera como la del paciente; por ejemplo, la enfermera puede formularse preguntas tales como:

- ¿Cuál será la mejor forma de abordar el caso de esta persona?
- ¿Cuál será la forma más eficaz y efectiva de establecer el marco para proporcionar el cuidado?
- ¿Qué tipo de ayuda precisaré, y de quién, para mejor atender al paciente?

De esta manera la enfermera se anticipa a la iniciación del proceso y se prepara para un encuentro positivo con el paciente, esto le permitirá lograr los siguientes objetivos:

1. Establecer una atmósfera de confianza entre el paciente y la enfermera.
2. Definir el papel que la enfermera jugará en el proceso.
3. Brindar al paciente la oportunidad de expresar sus temores inmediatos, formular cuestiones que le preocupan y de empezar a sentir un cierto grado de bienestar en su papel de paciente.
4. Crear un medio ambiente positivo que pueda permitir el desarrollo eficaz del proceso.<sup>60</sup>

Consta de cinco etapas: Valoración, Diagnóstico, Planificación, Ejecución y Evaluación, durante las cuales la enfermera realiza acciones deliberadas para lograr los objetivos últimos de enfermería que son:

- ❖ Promover, mantener o recuperar la salud o ayudar a los pacientes a lograr una muerte pacífica, cuando su estado es terminal.

---

<sup>58</sup> Ibid. P. 6

<sup>59</sup> H. Yura. M. B. Walsh, op cit. p. 24

<sup>60</sup> Ibid. P. 25

- ❖ Permitir a los individuos o grupos dirigir sus propios cuidados de salud hasta el máximo de sus capacidades.
- ❖ Proporcionar cuidados de enfermería de la mejor calidad y eficiencia posibles.<sup>61</sup>

## 2.2.1. PRIMERA ETAPA: VALORACIÓN

La valoración puede definirse como el acto de revisar una situación con el propósito de emitir un diagnóstico acerca de los problemas del paciente, esta formada por una serie de actos sistemáticos, organizados y deliberados.<sup>62</sup>

La Valoración es la primera etapa del proceso de enfermería, y el primer paso consiste en la recopilación de datos, en la que se reúnen todas las piezas del rompecabezas, para obtener una imagen clara del estado de salud del paciente y su segunda gran etapa es la elaboración de los diagnósticos de enfermería. Sin embargo para su mejor estudio se verán por separado.<sup>62</sup>

Las etapas de la valoración son:

- A) Recopilación de datos.
- B) Validación de los datos.
- C) Organización de los datos.
- D) Comunicación y anotación de los datos.

**2.2.1.1. Recopilación de datos:** Inicia con el primer contacto del paciente, desde su ingreso y se continua durante toda su estancia hospitalaria, a medida que se producen cambios o aparece nueva información.<sup>63</sup> Las fuentes principales para la obtención de los datos son:

- ❖ El paciente, familia u otras personas significativas.
- ❖ Registros de enfermería.
- ❖ Expediente clínico (registros médicos).
- ❖ Consultas verbales o escritas con otros profesionales del cuidado de la salud.
- ❖ La entrevista.
- ❖ Exploración física del paciente.
- ❖ Registros de los estudios diagnósticos ( laboratorio y gabinete).
- ❖ Bibliografía relevante.
- ❖ Observación directa.

<sup>61</sup> Alfaro Rosalinda. Aplicación del proceso de enfermería. Guía practica. Editorial Doyma. P. 7

<sup>62</sup> H. Yura. M. B. Walsh. Op cit. p. 25

<sup>62</sup> Alfaro Rosalinda. Op cit. P. 18

<sup>61</sup> Ibid. P.19

Existen diversos tipos de valoraciones de enfermería:

**a) Valoración de los datos básicos:** Se conoce también como base de datos de referencia: Nos dice como esta el paciente hoy, y antes de iniciar la intervención, nos proporcionan datos de cuáles serán las bases para la identificación de las capacidades y problemas. Puede emplearse un formato impreso para el registro, de acuerdo a un modelo de enfermería, o desde un punto de vista holístico, para evitar omitir datos, ya que pueden ser cruciales a considerar más tarde, cuando se identifiquen los diagnósticos de enfermería.<sup>64</sup>

**b) Valoración focalizada:** Se usa para reunir información específica a fin de determinar el estado de un problema real o potencial. Esta valoración centra su atención en los problemas reales o potenciales, es el principal método de valoración continuada.<sup>65</sup> Para su realización se recomienda hacerse las siguientes preguntas:

- ¿Hay signos y síntomas observables?
- ¿Hay factores contribuyentes?
- ¿Qué siente la persona sobre el manejo y prevención?
- ¿Hay signos y síntomas observables?
- ¿Hay factores contribuyentes a los problemas que pueden reducirse, controlarlos o eliminarlos?

**c) Entrevista:** Se dice que tanto la entrevista como el examen físico van de la mano, ya que cada una complementa y clarifica a la otra.<sup>66</sup> Para favorecer ese encuentro enfermera-paciente, pueden seguirse ciertas guías:

***Establecer una relación de confianza:***

- Asegure la intimidad.
- Use su nombre propio.
- Explíquese el propósito.
- Mantenga un buen contacto ocular.
- No tenga prisa.

***Como observar:***

- Emplee sus sentidos.
- Fijese en el aspecto general.
- Preste atención al lenguaje corporal.
- Fijese en los patrones de interacción.

***Cómo formular preguntas:***

- Cuál es el principal problema de la persona.
- Use términos que la persona comprenda.

---

<sup>64</sup> Ibid. P. 32

<sup>65</sup> Ibid. P. 33

<sup>66</sup> Ibid. P. 34

- Use preguntas abiertas.
- Emplee la reflexión.
- No empiece con preguntas delicadas o personales
- Aplazase las preguntas que no son pertinentes.
- Emplee un formulario organizado, para evitar omisiones.

**Cómo escuchar:**

- Sea un oyente activo.
- Permita al paciente acabar las frases.
- Tenga paciencia.
- Préstese toda su atención.
- Con propósitos de clarificación, resuma y reformule lo que se ha dicho.

**d) La valoración física de enfermería:** Esta se consigue mediante un examen completo y sistemático del paciente. Incluye las siguientes actividades:

- Inspección. ( observación cuidadosa y crítica).
- Auscultación (examen mediante la escucha).
- Palpación ( tacto y sensación).
- Percusión ( examen mediante tacto, golpeteo suave y escucha).

Al realizar la valoración física se requiere de que se favorezca siempre la comunicación, no fiarse de la memoria y elegir un método para organizar la valoración.<sup>67</sup>

**e) Identificación de los datos objetivos y subjetivos:** Los datos objetivos son: información concreta y observable, como los signos vitales, los estudios de laboratorio, y los cambios en el aspecto físico o comportamiento.

Los datos subjetivos: son los que el paciente expresa, son sentimientos y percepciones.

Los datos subjetivos y objetivos que usted identifica actúan como claves. Las claves son indicaciones o recordatorios que le impulsan a emitir un juicio o inferencia.<sup>68</sup>

**2.2.1.2 Validación de los Datos:** Se centra en asegurarse de que los datos que posee son reales. Esto significa que debe asegurarse de que las claves son correctas así como sus inferencias e interpretaciones.<sup>69</sup> La validación de los datos ayuda a evitar omisiones de información pertinente, malas interpretaciones de situaciones y precipitarse en conclusiones o centrar la atención de una manera equivocada.

---

<sup>67</sup> Ibid. p. 38

<sup>68</sup> Ibid. P. 40

<sup>69</sup> Ibid. P. 43

Guías para la validación de datos.

- Existen escalas exactas de medición.
- Comprobar sus propios datos.
- Buscar factores temporales que puedan alterar la exactitud de los datos.
- Pedir a otra persona ayuda.
- Comprobar por partida doble los datos que son extremadamente anormales.
- Comprobar datos objetivos y subjetivos.
- Clarificar las afirmaciones del paciente, familia y verificar sus inferencias.<sup>70</sup>

**2.2.1.3. Organización de los Datos:** Tras haber reunido y validado los datos del paciente, la forma en que organice los datos dependerá de sus conocimientos, habilidades y preferencias.<sup>71</sup> Existen diversos tipos de organización, hay quien lo agrupa de acuerdo a las necesidades humanas de Maslow, otros de acuerdo a patrones funcionales de salud (Gordon), y sistemas funcionales, o en relación a los nueve patrones de respuesta humana de la persona individualizada.

**2.2.1.4. Comunicación y Anotación de los Datos:** Casi todos los centros de cuidados cuentan con formularios para la anotación de los datos.<sup>72</sup>

Puede usar ciertas guías como son:

- Use tinta y escriba con letra legible y clara.
- Siga estrictamente políticas y procedimientos del hospital o siga el método organizado para la anotación de los datos.
- Sea clara cuando anote lo que observa.
- Escriba las afirmaciones del paciente, usando sus propias palabras.
- Anote a quien notifico los datos, si es aplicable.
- Anote primero los datos más críticos.

---

<sup>70</sup> Ibid. P. 44-45

<sup>71</sup> Ibid. P. 46

<sup>72</sup> Ibid. P. 53

## 2.2.2. SEGUNDA ETAPA: DIAGNOSTICOS DE ENFERMERÍA

### 2.2.2.1. DEFINICIONES:

**2.2.2.1.1 Gordón:** Describe que un diagnóstico de enfermería es un problema de salud real o potencial que las enfermeras en virtud de su educación y experiencia son capaces y están autorizadas para tratar.

**2.2.2.1.2 Moritz:** Los diagnósticos de enfermería son respuestas a problemas de salud reales o potenciales que las enfermeras en virtud de su educación y experiencia son capaces de tratar y están autorizadas y son legalmente responsables de hacerlo.

**2.2.2.1.3. Carpenito:** El diagnóstico de enfermería es una formulación que describe la respuesta humana de un individuo o grupo, que la enfermera puede legalmente identificar y para el cual puede ordenar intervenciones definitivas para mantener el estado de salud, o reducir, eliminar o prevenir alteraciones.<sup>73</sup>

Durante la valoración, se reúnen y examinan los datos, se empieza a detectar patrones de salud y enfermedad. Ahora durante esta etapa de diagnóstico, se acabara de ordenar todo, para identificar los problemas ( que serán la base del plan de cuidados) y capacidades ( que serán usadas y reforzadas para desarrollar un plan de cuidados eficaz y eficiente).<sup>74</sup>

La enfermera será capaz de realizar diagnósticos y tratamiento de las respuestas humanas a problemas reales y potenciales. Esto ha permitido a la enfermera centrar su cuidado de la persona en su totalidad y no sólo de la enfermedad.

#### 2.2.2.2. Razonamiento Diagnóstico:

El proceso de analizar los datos y reunirlos para formular un diagnóstico, o el método de pensamiento que hace uso de la lógica para llegar a conclusiones sobre el estado de salud del individuo, se denomina Razonamiento Diagnóstico.<sup>75</sup>

**Los principios fundamentales del Razonamiento Diagnóstico son:**

- Identificación de problemas, se inicia pidiendo al paciente que describa cualquier cosa que pueda causarle problemas.
- Habilidad y competencia para diagnosticar problemas de salud.
- Ser conscientes de cualidades y limitaciones, por lo que puede consultar un recurso apropiado.

---

<sup>73</sup> Ibid. P. 71

<sup>74</sup> Ibid. P. 59

<sup>75</sup> Ibid. P. 61

- Identificar datos normales y anormales.
- Comprender los términos: signo, síntoma, características definitorias y claves.
- Llevar consigo una relación o relaciones que puedan proporcionarle esta información.
- Identificar correctamente los diagnósticos.
- Puede usarse la intuición para acelerar la identificación de los problemas.

Ha sido extremadamente útil la lista de diagnósticos aceptados y publicados por la NANDA, la cual publica cada dos años etiquetas diagnósticas, que han sido aceptadas para su comprobación clínica. "Cada una de las etiquetas de las categorías diagnósticas consta de tres componentes:

- **Título o etiqueta.** Ofrece una descripción concisa del problema de salud.
- **Características definitorias.** Grupo de signos y síntomas que con frecuencia se ven en ese diagnóstico en particular.
- **Factores etiológicos o contribuyentes.** Identificar aquellos factores situacionales, patológicos y de maduración que pueden causar o contribuir al problema".<sup>76</sup>

### 2.2.2.3. FORMATO PES

*También existe el formato PES para validar diagnósticos de enfermería. En el que cada una de las letras tiene un significado:*

- P: Problema.
- E: Etiología o factores relacionados.
- S: Signos y síntomas.<sup>77</sup>

### 2.2.2.4. Recomendaciones para aprender a identificar diagnósticos de enfermería de la lista de la NANDA:

1. Trate de familiarizarse con la lista de diagnósticos.
2. No crea que debe utilizar todos los diagnósticos de la lista.
3. Organice la lista.
4. Practique el uso de instrumentos de valoración focalizada.
5. Reúna e interprete, y agrupe los signos y síntomas.
6. Tenga en cuenta diagnósticos médicos.
7. Estudie los signos y síntomas que ha agrupado y elija la etiqueta diagnóstica.
8. Use adjetivos calificativos o cuantitativos.
9. Especifique el área en que se produce el problema.<sup>78</sup>

<sup>76</sup> Ibid. P.76

<sup>77</sup> Ibid. p. 77

<sup>78</sup> Ibid. P.78

### 2.2.3. TERCERA ETAPA: PLANIFICACIÓN

Una vez identificados los diagnósticos de enfermería se está preparado para iniciar el tercer paso del proceso de enfermería: **la planificación**. Es el momento en que se determinará cómo brindar los cuidados de enfermería de forma organizada, individualizada y orientada a los objetivos. "La planificación implicará lo siguiente:

- Fijación de prioridades.
- Establecimiento de objetivos del paciente/ resultados esperados.
- Determinación de las acciones/ actividades de enfermería.
- Documentación del plan de cuidados de enfermería".<sup>79</sup>

**2.2.3.1. FIJACIÓN DE PRIORIDADES:** Se deberán fijar prioridades para establecer un buen plan de cuidados, dado que las enfermeras actualmente cuidan a un mayor número de pacientes, y cada vez más graves, esto les ha permitido adquirir habilidad para ver más allá de los problemas individuales inmediatos.<sup>80</sup> Debe adquirir la capacidad de valorar el conjunto de todos los problemas que se le plantean, y cómo éstos afectan a los individuos implicados. Para una mejor priorización se requiere:

- Determinar los problemas que requieren atención inmediata, es decir, problemas amenazadores para la vida, y emprender de inmediato las acciones indicadas.
- Determinar los diagnósticos de enfermería que se abordarán en el plan de cuidados de enfermería.
- Determinar los problemas interdependientes que requieren de ordenes médicas para la solución del problema.

#### ***Principios básicos para la fijación de prioridades:***

- La asignación de prioridades estará influida por: la percepción de prioridades del propio cliente, por el estado general del cliente, por el plan general de tratamiento y por la presencia de problemas potenciales.
- Las enfermeras deberán elegir un método para asignar las prioridades. Algunas enfermeras emplean la jerarquización de necesidades de Maslow y otras de acuerdo al problema que requiera atención inmediata.

---

<sup>79</sup> Ibid. P. 101

<sup>80</sup> Ibid. P. 101



- Los problemas que son factores contribuyentes de otros problemas deberán resolverse antes.<sup>81</sup>

### 2.2.3.2. ESTABLECIMIENTO DE OBJETIVOS Y RESULTADOS ESPERADOS:

De acuerdo a las siguientes razones:

- Los objetivos son los pilares del plan de cuidados
- Los objetivos dirigen las actuaciones
- Los objetivos son los factores de motivación.

La administración de cuidados de acuerdo a los objetivos incluye el establecimiento de objetivos a corto y largo plazo. Los objetivos a corto plazo son los que se deben conseguir de forma relativamente rápida, con frecuencia en menos de una semana, mientras que los de largo plazo van de semanas a meses.<sup>82</sup>

Cuando se establecen objetivos es necesario aplicar estándares aceptados para los cuidados de enfermería.<sup>83</sup> Estos estarán determinados por lo siguiente:

- La ley.
- La American Nurses Association (ANA).
- La Institución. ( que revelan los valores y creencias del sistema).

Siempre para cada diagnóstico que identifique en el plan de cuidados, debe identificar un objetivo centrado en el paciente que demuestre una mejora o resolución del diagnóstico de enfermería. Es importante que por lo menos uno de los objetivos demuestre la resolución directa o la mejora del diagnóstico de enfermería.<sup>84</sup>

#### **Componentes de los objetivos:**

- **Sujeto:** ¿Quién es la persona que se espera que logre el objetivo?
- **Verbo:** ¿Qué acciones debe hacer la persona para demostrar que ha logrado el objetivo?
- **Condición:** ¿Bajo que circunstancias tiene que realizar la persona, las acciones?
- **Momentos específicos:** ¿Cuándo se espera que la persona realice la acción?<sup>85</sup>

---

<sup>81</sup> Ibid. P. 101

<sup>82</sup> Ibid. P. 105

<sup>83</sup> Ibid. P. 106-107

<sup>84</sup> Ibid. P. 109

<sup>85</sup> Ibid. P. 112

**2.2.3.2. DETERMINACIÓN DE LAS ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA:** Las actividades de enfermería son actividades o acciones específicas de enfermería que la enfermera debe realizar para prevenir complicaciones, proporcionar bienestar físico, psicológico y espiritual; promover, mantener y restaurar la salud.

**Es importante que la enfermera tenga en mente lo siguiente:**

- Realizar valoraciones de enfermería para identificar nuevos problemas y determinar el estado de los ya existentes.
- Realizar la educación sanitaria del paciente para ayudar a los pacientes a adquirir nuevos conocimientos respecto al cuidado de su propia salud.
- Asesorar a los pacientes en la toma de decisiones respecto al cuidado de su propia salud.
- Consultar con otros profesionales del cuidado de la salud y derivar a los clientes a ellos para que obtengan las directrices adecuadas.
- Realizar acciones específicas de tratamiento para eliminar, reducir o resolver los problemas de salud.
- Asistir a los clientes a realizar actividades por sí mismos.
- Consideremos el rol de la enfermera de valorar, enseñar, aconsejar y asesorar cuando proporciona cuidados al paciente.<sup>86</sup>

**2.2.3.3. ANOTACIÓN DEL PLAN DE CUIDADOS:** Recordar que el producto final (el plan de cuidados) servirá a tres propósitos:

1. Dirigirá los cuidados de enfermería.
2. Dirigirá las anotaciones.
3. Servirá como único registro que pruebe que se ha confeccionado un plan de cuidados minucioso e individualizado.

***Para cumplir estos propósitos el plan de cuidados debe incluir lo siguiente:***

1. Un breve perfil del cliente.
2. Objetivo a largo plazo para el alta.
3. Diagnósticos de enfermería y sus correspondientes resultados esperados.
4. Órdenes específicas de enfermería.
5. Un espacio para comentarios de evaluación.

Los impresos y métodos de anotación de los planes de cuidados varían de una institución a otra ya que deben adaptarse para cubrir las necesidades específicas de las enfermeras y de los pacientes de cada centro de cuidados.<sup>87</sup>

---

<sup>86</sup> Ibid. P. 118

<sup>87</sup> Ibid. P. 133

## 2.2.4. CUARTA ETAPA: EJECUCIÓN.

La ejecución es la iniciación y conclusión de las acciones necesarias para alcanzar objetivos definidos. Es la etapa donde la enfermera asume la responsabilidad de la asistencia directa al paciente y de la coordinación de los esfuerzos y actividades del personal sanitario.<sup>88</sup>

La ejecución es una fase del proceso de la asistencia sanitaria orientada hacia la acción directa, en la cual la enfermera es responsable de la puesta en práctica del plan de cuidados que se elaboró previamente. Durante esta fase la enfermera debe ser capaz de coordinar eficazmente las actividades de los diferentes miembros del equipo, prestar cuidados directos al paciente, delegar responsabilidades de acuerdo con la preparación y posibilidades de cada miembro.<sup>89</sup>

La planificación y la ejecución están estrechamente relacionadas ya que durante la planificación usted determina las órdenes de enfermería para dirigir las actuaciones y durante la ejecución lleva a cabo dichas órdenes.<sup>90</sup>

Una vez identificado los problemas y las capacidades se determina el plan de acción individualizado y orientado al logro de los objetivos. Ahora está apunto para la ejecución. Por lo que debe de tomar en cuenta los siguientes puntos:

**2.2.4.1. RECOLECCION CONTINUA DE DATOS :** "Proporciona la información necesaria para tomar decisiones sobre si el plan prescrito es o no apropiado", también puede proporcionar información clave sobre la adecuación de los diagnósticos de enfermería del paciente.<sup>91</sup>

**2.2.4.2. FIJACIÓN DE PRIORIDADES DIARIAS:** Es la clave para la ejecución del plan de cuidados. Se tendrá que aprender a valorar las situaciones día a día y ser flexible. La habilidad para fijar prioridades dependerá de sus conocimientos y experiencia.<sup>92</sup>

**2.2.4.3. REALIZACIÓN DE ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA:** "La ejecución de estas incluye lo siguiente:

- ❖ Realizar directamente una actividad para el paciente.
- ❖ Ayudar al paciente a realizar una actividad por sí mismo.

<sup>88</sup> H. Yura, M. B. Walsh. El proceso de enfermería. Editorial Alambra. 1982. p. 29

<sup>89</sup> Ibid. P. 30

<sup>90</sup> Alfaro Rosalinda Op. Cit p.150

<sup>91</sup> Ibid. P. 151

<sup>92</sup> Ibid. P. 152

- ❖ Supervisar al paciente o familia mientras realiza una actividad por sí mismo.
- ❖ Enseñar al paciente y familia sobre cuidados de salud.
- ❖ Asesorar al paciente en las elecciones que debe hacer en la búsqueda y utilización de los recursos de salud adecuados.
- ❖ Valorar al paciente para detectar complicaciones o nuevos problemas".<sup>93</sup>

La puesta en práctica de las intervenciones de enfermería pueden variar de simples a complejas. Existen algunas actividades que son comunes en todas las intervenciones y para ello se hecha mano del siguiente acrónimo CLIPVE, para ayudar a recordar; y quiere decir:

- C. Controlar las órdenes y el equipo.
- L. Lavarse las manos.
- I. Identificar al paciente.
- P. Proporcionar seguridad e intimidad.
- V. Valorar el problema.
- E. Explicar o enseñar a la persona lo que le va a hacer.<sup>94</sup>

#### Recomendaciones:

- ❖ No realice nunca una intervención, si no conoce la razón, el efecto esperado de la misma, efectos secundarios o posibles efectos adversos.
- ❖ Se deberá volver a valorar al paciente para determinar el estado del problema.
- ❖ Las actividades no deben ser repetitivas o mecánicas.
- ❖ Incluir en las actividades al paciente y familia.
- ❖ Contar con un entorno seguro y terapéutico.
- ❖ Conocer protocolos y procedimientos de la Institución.

**2.2.4.4. DOCUMENTACIÓN DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA:** El registro o anotación de los cuidados de enfermería es un requerimiento legal de todos los sistemas de cuidados de salud, debe aprender a hacer anotaciones, y hacerlas bien. Recuerde que estas anotaciones serán la comunicación escrita más actual de lo que le ha sucedido al paciente durante el curso del día.<sup>95</sup>

**2.2.4.5. COMUNICACIÓN VERBAL DE LOS INFORMES DE ENFERMERÍA.** "Los informes de enfermería verbales que dé sobre su paciente pueden tener una gran influencia sobre los cuidados generales de salud que el paciente recibe".<sup>96</sup>

---

<sup>93</sup> Ibid. P. 154

<sup>94</sup> Ibd. P. 154

<sup>95</sup> Ibid. P. 155

<sup>96</sup> Ibid. P. 162

Siga las recomendaciones siguientes:

- ❖ Dé información básica del paciente.
- ❖ Informe general de lo ocurrido en el día.
- ❖ No sea vaga en la información.
- ❖ Use el proceso y describa cada etapa.
- ❖ Si hace inferencias, identifíquelas como tal.
- ❖ Describa la presencia de todos los tratamientos.
- ❖ Acentúe los hallazgos anormales.
- ❖ Remarque las variaciones de la rutina.
- ❖ Describa las acciones de enfermería independientes e interdependientes.

**2.2.4.6. EVALUACIÓN CONTINUADA, MANTENIMIENTO DE UN PLAN DE CUIDADOS ACTUALIZADOS:** Incluso antes de llegar a la etapa de evaluación, se deben realizar evaluaciones periódicas de las actividades de enfermería, se deben evaluar los progresos diarios de cada paciente, ya que si no progresa, deberá examinar los factores que lo impiden, incluso puede darse cuenta, si algún problema que había detectado ha desaparecido o cambiado. La revisión del plan de cuidados deberá incluir el registro, para comprobar la actualización de diagnósticos de enfermería, intervenciones de enfermería, objetivos, etc.<sup>97</sup>

## 2.2.5. QUINTA ETAPA: EVALUACIÓN

La evaluación es la apreciación de los cambios experimentados por el paciente como resultado de la actuación de la enfermera. Una vez que se han determinado los logros conseguidos al término del plan, la enfermera y el paciente podrán determinar en qué medida se han alcanzado los objetivos propuestos inicialmente.<sup>98</sup>

La evaluación se requiere para hacer cambios o finalizar la actuación, se puede decir que se inicia desde la planificación misma. Sin embargo es durante esta etapa cuando se debe completar una evaluación detallada de todo el plan de cuidados, por lo que se requiere de las siguientes actividades:

- ❖ Establecimiento de criterios para la evaluación.
- ❖ Evaluación del logro de objetivos.
- ❖ Valoración de las variables que afectan el logro de los objetivos.
- ❖ Modificación del plan de cuidados y finalización.<sup>99</sup>

---

<sup>97</sup> Ibid. P. 155-156

<sup>98</sup> H. Yura. M. B. Walsh Op. cit. p. 30

<sup>99</sup> Alfaro Rosalinda. Op. Cit. P. 170

**2.2.5.1. ESTABLECIMIENTO DE CRITERIOS PARA LA EVALUACIÓN DE LOS OBJETIVOS DEL PACIENTE:** Estos deben ser los mismos que los objetivos o criterios de resultados que ha identificado en el plan de cuidados.<sup>100</sup>

**2.2.5.2. EVALUACIÓN DEL LOGRO DE OBJETIVOS DEL PACIENTE:** Esto significa que tendrá que examinar, entrevistar al paciente y reunir datos para determinar su estado actual de salud.<sup>101</sup>

**2.2.5.3. IDENTIFICACIÓN DE LAS VARIABLES QUE AFECTAN EL LOGRO DE LOS OBJETIVOS:** Se tendrá que examinar lo que sucedió durante la etapa de planificación y ejecución y responder a las siguientes preguntas:

- ❖ ¿ Los objetivos e intervenciones fueron realistas para el paciente?.
- ❖ ¿ Se realizaron las intervenciones coherentemente, tal como se prescribieron?.
- ❖ ¿ Los nuevos problemas, se detectaron a tiempo para ser corregidos?

Si el paciente es inasequible o no puede comunicarse, sólo los registros clínicos de enfermería, serán el método para determinar lo que sucedió día a día.

Otras personas claves para valorar el cumplimiento de objetivos son la familia o allegados. Usted tendrá que aplicar sus conocimientos teóricos o prácticos para identificar los factores que han dificultado el cumplimiento de objetivos.<sup>102</sup>

**2.2.5.4. MODIFICACIÓN DEL PLAN DE CUIDADOS:** Una vez que se determina qué afecto el logro de los objetivos, se esta a punto de modificar el plan de cuidados, se puede establecer nuevos objetivos, identificar nuevas intervenciones, o cambiar el entorno o momento de éstas. Su habilidad para hacer los cambios pertinentes, será la clave para lograr un plan de cuidados eficaz, eficiente, e individualizado.<sup>103</sup>

**2.2.5.5. FIJACIÓN DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA:** Si se han logrado todos los objetivos establecidos, y no se ha identificado nuevos problemas, es que se ha logrado el propósito final del plan de cuidados. Durante todo el proceso debe estar informando tanto al paciente, como a la familia, los cuidados que se estarán proporcionando aún estando dado de alta. La terminación de los cuidados implica valorar planes dirigidos a su propia salud., darle instrucciones verbales y escritas de tratamientos, medicamentos, actividades que debe realizar en su domicilio, identificación de signos y síntomas de alarma, y adonde puede acudir. También debe discutirse sobre números de teléfono y servicios importantes de los que puede disponer.<sup>104</sup>

---

<sup>100</sup> Ibid. P. 170

<sup>101</sup> Ibid. P. 171

<sup>102</sup> Ibid. P. 173

<sup>103</sup> Ibid. P. 174

<sup>104</sup> Ibid. P. 174

**2.2.5.6. CONTROL DE CALIDAD:** La evaluación es el factor clave para determinar estándares, protocolos, normas y procedimientos que ayudarán a las enfermeras a proporcionar cuidados de enfermería de calidad.<sup>105</sup>

---

<sup>105</sup> Ibid. P. 178

## **CAPITULO III**

### **MODELO CONCEPTUAL DE VIRGINIA HENDERSON.**

Como sabemos, la Enfermería se redefine continuamente, adaptándose y respondiendo a las exigencias de nuestro mundo cambiante. Constatar que existe un área distintiva de enfermería en los cuidados de la salud, implica por otro lado, un alto grado de complejidad y especialización que exige, más que nunca, comprender e identificar los elementos de Enfermería, los sustentos de la misma, como son las Teorías y Modelos. Estas son muchas, pero hablaremos solo por el momento de un modelo, el modelo de Virginia Henderson:

#### **3.1. SOMERA RESEÑA SOBRE LA BIOGRAFÍA DE VIRGINIA HENDERSON**

“Virginia Henderson. Nació en 1897 en Kansas City Missouri; la quinta de 8 hermanos, vivió su infancia en Virginia. Durante la primera guerra mundial desarrolló su interés por la Enfermería. En 1918 ingresó en la Army School of Nursing de Washington D. C., graduándose en 1921 aceptando un puesto de plantilla en Henry Street Visiting Nurse Service de Nueva York.

Ya para 1922 enseñaba enfermería en el Norfolk Protestant Hospital de Virginia. Cinco años más tarde entro en el Teacher’s College de la Universidad de Columbia, donde consecutivamente obtuvo los títulos de Bachelor of Science y Master of Arts, con especialización en Docencia en Enfermería.

En 1929 Henderson trabajo como supervisora docente en las clínicas del Strong Memorial Hospital de Rochester. Nueva York. Posteriormente regreso al Teacher’s College como miembro del profesorado hasta 1948.

Henderson ha disfrutado de una larga carrera como autora e investigadora, por lo que ha hecho mucho para promover la investigación en Enfermería a través de esta Asociación.

Ha sido la autora y coautora de otros trabajos importantes su folleto Basic Principles of Nursing Care fue publicado por el Consejo Internacional de Enfermeras en 1960 traducido a más de veinte idiomas. En uno de sus libros que publicó en 1966 describe su concepto original y primordial de la Enfermería”.<sup>106</sup>

En la década de los 80 Henderson permanece activa como Emérita Asociada de Investigación en Yale.

---

<sup>106</sup> Marriner Ann. Modelos y Teorías de Enfermería. Ediciones Rol. S. A. 1989. p . 68



### 3.2. FUENTES TEORICAS SOBRE EL DESARROLLO DE SU TEORIA.

Tres hechos principales influyeron en la decisión de Henderson de sintetizar su propia definición de Enfermería. El primero fue la revisión del Textbook of Principles and Practice of Nursing en 1939, en donde identifica su trabajo lo que le permite darse cuenta de "la necesidad de claridad sobre la función de las enfermeras". Un segundo hecho fue la participación en una conferencia regional del Consejo Nacional de Enfermería en 1946, lo que le permitió la inclusión de su trabajo en el Nursing for the future; y por último, la investigación de la American Nurses' Association (ANA), acerca de la función de la enfermera.

Henderson califica su trabajo como de definición, más que de teoría, porque ésta no estaba en boga en aquel periodo. Describe su interpretación como la "síntesis de muchas influencias, algunas positivas y otras negativas", entre las que se mencionan: Annie W Goodrich, Caroline Stackpole, Jean Broadhurst, Dr. Edward Thorndike, D. George Deaver, Berta Harmer y por último Ida Orlando.<sup>107</sup>

El modelo de Virginia Henderson, está influenciado por la corriente de pensamiento de la integración y ha sido incluido dentro de la Escuela de las Necesidades, por lo que comparte las siguientes características:

Su primera característica es que esta basada en la teoría de las necesidades según Maslow y del desarrollo humano según Erikson, J. Piaget., lo que le permite conceptualizar, a la persona, y su segunda característica es la de clarificar la función propia de las enfermeras. Éstas "Con su trabajo intentaron responder a la pregunta ¿qué hacen las enfermeras? y mostrar en que se diferencia su aportación de los otros profesionales de la salud, diseñar un currículo académico que les permitiera responder a esas expectativas".<sup>108</sup>

### 3.3. POSTULADOS Y VALORES:

Sus postulados son básicamente tres y se refieren únicamente al concepto de persona:

1. La persona es un todo complejo con 14 necesidades básicas. Quiere decir que el individuo y sus catorce necesidades forman un todo.
2. La persona quiere la independencia y se esfuerza por lograrla. Lo que significa, que el individuo tiende hacia la independencia.
3. Cuando una necesidad no está satisfecha la persona no es un todo. El ser humano es completo, entero o independiente si hay satisfacción en sus necesidades.

---

<sup>107</sup> Ibid. P. 68

<sup>108</sup> Luis R. Ma. Teresa. De la Teoría a la Práctica. El pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI. Editorial Masson. 2000. p. 35

**Los valores son tres y se refieren principalmente al rol profesional de la enfermera, y estos son:**

1. La enfermera tiene una función propia, aunque comparta actividades con otros profesionales.
2. Cuando la enfermera asume el papel del médico, abandona su función propia.
3. La sociedad espera un servicio de la enfermera, que ningún otro profesional puede darle. "Su función es propia de la enfermera"<sup>109</sup>

### **3.4. ELEMENTOS FUNDAMENTALES:**

Los elementos fundamentales representan el ¿Qué? del modelo, por lo que la autora conceptualiza lo siguiente:

**A) Objetivo de los cuidados:** consiste en ayudar a la persona a satisfacer sus necesidades.

**B) Usuario del servicio:** Es la persona que presenta el déficit, real o potencial, en la satisfacción de sus necesidades.

**C) Rol profesional:** Consiste en suplir la autonomía o ayudar a lograr la independencia, desarrollando su fuerza, voluntad o conocimientos para que utilice en forma óptima sus recursos internos y externos.

**D) Fuente de dificultad (área de dependencia):** Alude a la falta de conocimientos, de fuerza o de voluntad de la persona para satisfacer sus necesidades.<sup>110</sup>

1. *De Conocimientos:* Saber que acciones son las indicadas para manejar una situación de salud y cómo llevarlas a la práctica, es decir, saber "qué" hacer y "cómo" hacerlo.
2. *La Fuerza:* Esta puede ser física o psíquica, se refiere a los aspectos relacionados con el "poder hacer" capacidad psicomotriz; y la fuerza psíquica alude al cambio de valores y actitudes, esto es a saber "porqué" y "para qué" actuar.
3. *La voluntad:* Implica comprometerse a hacer las acciones adecuadas para satisfacer las necesidades básicas, durante el tiempo, frecuencia e intensidad necesarias o sea "querer hacer".<sup>111</sup>

*Esto es importante que lo tome en cuenta la enfermera, ya que le permitirá identificar claramente el área o áreas dependencia, y así poder dirigir un plan de cuidados acorde a cada individuo y a cada necesidad.*

---

<sup>109</sup> Ibid. P. 36

<sup>110</sup> Ibid. P. 36

<sup>111</sup> Ibid. p. 37

**La intervención de enfermería incluye dos elementos:**

1. Centro de la intervención: Son áreas de dependencia de la persona, es decir, la falta de conocimientos (saber qué hacer y cómo hacerlo), de fuerza (por qué y para qué hacerlo, poder hacerlo) o de voluntad (querer hacerlos). Incluye las tres fuentes de dificultad.
2. Modos de la intervención: Estas se dirigen a aumentar, completar, reforzar, o sustituir la fuerza, el conocimiento o la voluntad, teniendo en cuenta que no todos esos modos son aplicables a todas las áreas de dependencia.<sup>112</sup>

Por tal motivo *las consecuencias de la intervención* será: la satisfacción de las 14 necesidades básicas.

Virginia Henderson define la **Enfermería** en términos funcionales: La función propia de la enfermería es asistir al individuo sano o enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyen a la salud o a su recuperación (o a la muerte pacífica), que éste realizaría sin ayuda si tuviera la fuerza, la voluntad o el conocimiento necesarios.

**Salud.** Henderson considera la salud en términos de habilidad del paciente para realizar sin ayuda los 14 componentes de los cuidados de enfermería.

**Entorno.** Una vez más Henderson no da su propia definición. Hace uso del Webster's New Collegiate Dictionary en donde se define como el conjunto de todas las condiciones externas y las influencias que afectan la vida y el desarrollo de un organismo.

**Persona.** Considera al paciente como un individuo que requiere asistencia para alcanzar la salud y la independencia, o la muerte pacífica.

**Necesidad:** Para Virginia Henderson, *necesidad* no tiene significado de carencia o problema, ella lo considera como *requisito*.<sup>113</sup> Requisito fundamental e indispensable para mantener la integridad o armonía de todos los aspectos del ser humano. Al verla como requisito y elemento integrador, las clasifica como Universales y Específicas.

Universales: en tanto que son comunes y esenciales para todos los seres humanos.

Específicas: porque se manifiestan y se satisfacen de manera distinta en cada persona.

---

<sup>112</sup> Ibid. p. 38

<sup>113</sup> Marriner Ann. Op. cit p. 69

La satisfacción de cada una de las necesidades esta condicionada por aspectos biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales.

Las necesidades básicas según el Modelo de V. Henderson:

1. Respirar normalmente.
2. Comer y beber adecuadamente.
3. Eliminar por todas las vías corporales.
4. Moverse y mantener posturas adecuadas.
5. Dormir y descansar.
6. Escoger ropa adecuada: vestirse y desvestirse.
7. Mantener la temperatura corporal dentro de límites normales, adecuando la ropa y modificando el ambiente.
8. Mantener la higiene corporal y la integridad de la piel.
9. Evitar los peligros ambientales y evitar lesionar a otras personas.
10. Comunicarse con los demás expresando emociones, necesidades, temores u opiniones.
11. Vivir de acuerdo con sus propios valores y creencias.
12. Ocuparse en algo de tal forma que su labor tenga un sentido de realización personal.
13. Participar en actividades recreativas.
14. Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo normal y a usar los recursos disponibles.<sup>114</sup>

**Cuidados Básicos:** Son el conjunto de intervenciones terapéuticas, reflexionadas y deliberadas, basadas en un juicio profesional razonado y dirigidas a satisfacer las necesidades básicas de la persona, ya sea supliendo su autonomía y ayudándola a desarrollar su fuerza, conocimientos o voluntad.

**Independencia:** Se define como el nivel óptimo de desarrollo del potencial de la persona para satisfacer las necesidades básicas de acuerdo con su situación de vida que se refiere al "aquí y ahora".

**Dependencia:** Se trata del desarrollo insuficiente del potencial de la persona para satisfacer las necesidades básicas, en el presente y en el futuro, de acuerdo con su situación de vida, a causa de una falta de fuerza, conocimientos o voluntad.<sup>115</sup>

**Autonomía:** Se trata de la capacidad física y psíquica de la persona que le permite satisfacer las necesidades básicas mediante acciones realizadas por ella misma.

---

<sup>114</sup> Luis R. Ma. Teresa. Op. Cit. P. 38

<sup>115</sup> Ibid. P. 39

**Agente de autonomía asistida:** Se designa así al familiar o persona allegada que, cuando el usuario carece de autonomía, hace por él ciertas acciones encaminadas a satisfacer aquellas necesidades de cierto grado de suplencia.<sup>116</sup>

**Manifestaciones de independencia:** Conductas o indicadores de la persona para satisfacer las necesidades básicas, de acuerdo con su situación de vida.

**Manifestaciones de dependencia:** Conductas o indicadores de la persona que resultan incorrectas, inadecuadas o insuficientes para satisfacer necesidades básicas ahora o en el futuro, de acuerdo a su situación de vida. Entendiéndose como conducta incorrecta: si resulta perjudicial para la salud, y conducta inadecuada: aquella que es perjudicial o contraproducente, pero que puede no serlo para otros. Finalmente una conducta insuficiente es la que, siendo adecuada, no alcanza el grado deseado.

**Datos que deben considerarse:** Son relevantes y necesarios para planificar los cuidados, porque pueden incidir en la satisfacción de las necesidades, incluyendo gustos y preferencias, recursos personales, familiares o comunitarios, pero también limitaciones o características personales.<sup>117</sup>

### 3.5. RELACIÓN ENTRE EL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON Y LAS ETAPAS DEL PROCESO ENFERMERO.

Toda adopción de cualquier modelo, en este caso el Modelo de Virginia Henderson, influirá en forma importante en cada etapa del mismo, por lo que haremos la siguiente revisión:

**VALORACIÓN.** Normalmente en esta etapa se comprende los siguientes pasos como son:

**A) Recopilación de datos:** Se realiza la valoración de las 14 necesidades básicas, para determinar si los comportamientos anteriores o actuales de la persona con objeto de satisfacer las necesidades son adecuados y suficientes de acuerdo a su situación de vida.<sup>118</sup>

**B) Validación, organización y registro de datos:** Una vez asegurada su validez, suficiencia y exactitud, se clasifican en apartados de acuerdo a manifestaciones de independencia, manifestaciones de dependencia o datos que se han de considerar.<sup>119</sup>

---

<sup>116</sup> Ibid. p. 40

<sup>117</sup> Ibid. p. 40

<sup>118</sup> Ibid. p. 44

<sup>119</sup> Ibid. p. 45

### Recomendaciones:

1. Preguntarse si el dato de que se trata, es una conducta o un indicador de una conducta.
2. Determinar si la conducta es apropiada, esto es, si promueve y mantiene la integridad o totalidad de la persona, de acuerdo con su situación de vida.
3. Considerar si la conducta inapropiada se debe total o parcialmente a una falta de fuerza, de conocimiento o de voluntad.<sup>120</sup>

**DIAGNÓSTICO.** Para Virginia Henderson, En esta etapa se "incluyen los pasos de análisis de los datos, elaboración de inferencias e hipótesis y la formulación de problemas detectados. La enfermera ayuda a la persona a identificar el problema que tiene, no decide que ése es el problema".<sup>121</sup>

Éste no es un proceso sencillo y, para llevarlo a cabo con éxito se requiere:

1. Tener conocimientos tanto de enfermería, como de otras disciplinas relacionadas.
2. Desarrollar las habilidades intelectuales que favorecen el pensamiento analítico.
3. Mantener en todo momento una actitud crítica ante uno mismo que permita percibir los errores y omisiones cometidos, aceptarlos y aprender de ellos.<sup>122</sup>

También se recomienda que para llevar a cabo un proceder de forma ordenada y metódica en el análisis de los datos y favorecer la obtención de conclusiones correctas. Se sugiere:

1. Agrupar los datos biológicos del usuario, incluyendo la situación de salud desde la perspectiva médica.
2. Agrupar los indicadores de no haber logrado la satisfacción de una o más necesidades y que apuntan a la presencia de problemas de autonomía.
3. Agrupar el resto de las claves de que disponemos, establecer conexiones lógicas, extraer conclusiones e identificar los problemas de independencia.
4. Una vez perfilada la respuesta de la persona en relación con la satisfacción de las necesidades, se identificaran manifestaciones de independencia y los datos a considerar como: recursos para resolver, controlar o reducir el problema.<sup>123</sup>

**Formulación de problemas.** Viendo a la enfermería desde el punto de vista de que su papel es suplementario- complementario, los problemas son de dos tipos: problemas de autonomía y los problemas de independencia.

---

<sup>120</sup> Ibid. p. 46

<sup>121</sup> Ibid. p. 46

<sup>122</sup> Ibid. p. 47

<sup>123</sup> Ibid. p. 47

**A) Problemas de autonomía:** "Estos reflejan una falta total o parcial, temporal o permanente, de capacidad física o psíquica del usuario para hacer por sí mismo las acciones apropiadas con objeto de satisfacer las necesidades básicas, y la carencia de un agente de autonomía asistida capacitado". La enfermera debe tener en mente que la falta de autonomía no quiere decir falta de independencia, es por ello que su función será suplir o capacitar al paciente para satisfacer algunas necesidades básicas.<sup>124</sup>

Fernández Ferrín y colaboradores, sugieren, en estos casos, no emplear los diagnósticos de la NANDA; por lo que proponen la siguiente nomenclatura:

1. Alimentación (suplencia total o parcial).
2. Eliminación fecal-urinaria (suplencia parcial o total).
3. Movilización y mantenimiento de una buena postura (suplencia parcial o total).
4. Vestido y arreglo personal (suplencia parcial o total).
5. Mantenimiento de la temperatura corporal (suplencia parcial o total).
6. Higiene o cuidado de la piel, mucosas y faneras (suplencia parcial o total).
7. Mantenimiento de la seguridad del entorno (suplencia parcial o total).<sup>125</sup>

**B) Problemas de independencia.** Se entienden como: "Una respuesta real o potencial de la persona ante una situación de vida resulta apropiada pero mejorable, apropiada ahora pero no en el futuro, o inapropiada en este momento". Aquí si se tendrán que utilizar la taxonomía de la NANDA para formularlos, sin olvidar, que una vez que se adopta el modelo de Virginia Henderson, a la causa o causas identificadas, debe sumarse el área de dependencia que las genera, esto es, la falta de fuerza física o psíquica, de conocimientos, o de voluntad.<sup>126</sup>

**PLANIFICACIÓN.** Los pasos que se siguen en la planificación son los mismos como: fijación de prioridades, formulación de objetivos, determinación de intervenciones y actividades, y registro del plan.<sup>127</sup>

**A) Fijación de prioridades:** En cuanto a esto, el modelo de Virginia Henderson no proporciona criterios específicos, aunque estén enumeradas las necesidades, no quiere decir con ello que una sea más importante que otra, ya que todas son igualmente esenciales para mantener la integridad. "Se recomienda seguir los siguientes criterios:

1. Problemas que amenacen la vida de la persona.
2. Problemas que para el personal o familiares son prioritarios.
3. Problemas que contribuyen a la aparición o permanencia de otros.
4. Problemas que, por tener la misma causa, puedan abordarse conjuntamente.
5. Problemas que tengan una solución sencilla."<sup>128</sup>

---

<sup>124</sup> Ibid. p. 48

<sup>125</sup> Ibid. p. 49

<sup>126</sup> Ibid. p. 49

<sup>127</sup> Ibid. p. 40

**B) Formulación de objetivos y determinación de actividades o intervenciones:** Variaran de acuerdo al tipo de problema, ya sea de autonomía o de independencia del que se trate, al igual que, la determinación de intervenciones o actividades, ya que estarán en función del tipo de problema, no debemos perder de vista, que el primer paso consistirá en cerciorarse de la capacidad física e intelectual del paciente a fin de participar en sus propios cuidados, así como de las actividades planificadas mantengan la autonomía o independencia, se determinará quien llevará a cabo la suplencia (total o parcial), acordar el mejor momento, determinar conjuntamente los recursos y efectuar un seguimiento.<sup>129</sup>

**C) Registro del plan:** No existe ninguna modificación en el registro del plan de cuidados, se podrá emplear algún formato ya establecido o de acuerdo a normas indicadas.

**EJECUCIÓN.** Se pondrán en práctica las intervenciones planificadas, para lograr los resultados propuestos.<sup>130</sup>

## **EVALUACIÓN**

La evaluación formal consta de tres pasos:

- a) Valoración de la situación actual del usuario.
- b) Comparación con los objetivos marcados y emisión de un juicio.
- c) Mantenimiento, modificación o finalización del plan de cuidados.<sup>131</sup>

*Recordar que la evaluación estará implícita en cada una de las etapas.*

---

<sup>128</sup> Ibid. P. 12

<sup>129</sup> Ibid. P. 53

<sup>130</sup> Ibid. p. 53

<sup>131</sup> Ibid. p. 53



## **CAPITULO IV. CASO CLINICO**

### **4.1. CONTEXTO DE LA PERSONA VALORADA.**

Una vez revisado lo anterior, daremos inicio al caso clínico, por lo que contextualizaremos el entorno de la paciente atendida.

#### **4.1.1. SOMERA RESEÑA SOBRE LOS ANTECEDENTES HISTÓRICOS DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**

El origen de la seguridad social puede situarse a principios del siglo 19, ya que es entonces cuando la industrialización comenzó a dar sus primeros pasos. En América Latina, la seguridad social fija sus inicios hacia 1935 en México, por lo que surge el Instituto Mexicano del Seguro Social, que busca los procedimientos más idóneos y los servicios adecuados para brindar más y mejores beneficios a la clase trabajadora.<sup>132</sup>

"Dentro del Instituto Mexicano del Seguro Social, existen tanto Unidades de primero, segundo y tercer nivel, como de alta especialidad, dentro de los cuales, se encuentra el Hospital de Oncología de Centro Médico Siglo XXI.

Se pueden identificar dos fuentes de origen histórico del Hospital de Oncología que datan del año 1956, la primera fue el Sanatorio Número 2 del Instituto Mexicano del Seguro Social que empezó a dar atención a enfermos con cáncer en 14 camas dentro del Hospital de Cirugía, solo dos años más tarde se había transformado en un Hospital adaptado para el tratamiento de cáncer, contando con 103 camas, servicios de Cirugía y Radioterapia, así como auxiliares de diagnóstico.

La segunda fuente, fue la construcción del Centro Médico Nacional por la Secretaría de Salubridad y Asistencia, incluyendo en este proyecto un Hospital diseñado ex profeso para la atención de enfermos con neoplasias malignas.

Ambas fuentes tuvieron una convergencia en el año 1960 cuando el Instituto Mexicano del Seguro Social adquirió el Centro Médico Nacional, el cual termina el equipamiento del Hospital de Oncología como Unidad de Concentración Especializada en el Diagnóstico y Tratamiento de Padecimientos Neoplásicos. Por lo que se inaugura con toda solemnidad el 11 de mayo de 1961".<sup>133</sup>

---

<sup>132</sup> IMSS. Subdirección General Administrativa. Jefatura de los Servicios de Desarrollo de Recursos Humanos. Trayectoria Histórica del IMSS. P. 7

<sup>133</sup> IMSS. Jefatura de Enseñanza. Antecedentes Históricos del Hospital de Oncología CMSXXI. P. 2 40

Los primeros cinco años de labores fueron de crecimiento rápido tanto en capacidad instalada y personal, como en el número de atenciones otorgadas a los derechohabientes. En esta etapa el Hospital de Oncología era el Centro de Campaña de Diagnóstico Oportuno de Cáncer Cérvico-Uterino.<sup>134</sup>

Para 1966 había saturado sus instalaciones por lo que en el periodo entre 1967 y 1978 se emprendieron obras mayores de remodelación y crecimiento; así como de sustitución y renovación de equipo.<sup>135</sup>

Hasta 1985 el Hospital de Oncología mantuvo un paso firme en sus labores Asistenciales, de Enseñanza e Investigación. El 19 de septiembre el gran sismo que asoló a la Ciudad de México causó la destrucción casi completa del Hospital; por lo que se dispersaron algunos servicios en Hospitales Generales de Zona y en el Hospital Anexo C. M. N. Aún cuando a los pocos días del sismo se iniciaron trabajos de reconstrucción y rehabilitación en los edificios todavía en pie, fue hasta 1992 cuando fue entregado y puesto en funcionamiento.

El Hospital de Oncología es único en su género dentro del Instituto Mexicano del Seguro Social y está dedicado exclusivamente para la atención de pacientes portadores de enfermedades neoplásicas, que en la actualidad se reconocen en el ámbito Nacional e Internacional como un gran problema de salud pública, debido a que ocupan los primeros lugares de mortalidad y morbilidad.<sup>136</sup>

Dentro de los servicios de hospitalización del Hospital de Oncología, se encuentra el Servicio de Urología y Sarcomas ubicado en el tercer piso, en el cual se proporciona atención a pacientes con afecciones neoplásicas tanto del tracto genitourinario, como a nivel de tejidos blandos y hueso, cuenta con equipo y personal profesional y no profesional altamente capacitado y comprometido. Y aunque no está reconocida en el Instituto la Especialidad de Enfermería en Oncología, dos de las compañeras del servicio tienen la especialidad en esta área, además contamos con una compañera con el curso de Tanatología.

Dentro del servicio se realizan cursos de capacitación continua en los que participan como exponentes de los temas, el personal del servicio; lo que permite la actualización permanente del mismo.

De acuerdo a la distribución física del servicio, éste cuenta con 28 camas: 14 para mujeres y 14 para hombres; distribuidos en 10 cubículos dobles y 8 individuales lo que permite implementar medidas de aislamiento inverso o protector según requiera el caso, los cuales se encuentran dotados de mobiliario y equipo indispensable para la atención óptima del paciente. Además cuenta con sala de espera para familiares, sala de entrega de guardia, dos oficinas de jefes de servicio, una oficina llamada cendis para la jefe de piso y para la guarda de

---

<sup>134</sup> Ibid. P. 3

<sup>135</sup> Ibid. P. 4

<sup>136</sup> Ibid. p. 6

medicamentos y soluciones. Es un servicio que tiene un índice de ocupación de hasta el 90 %, y los principales padecimientos que allí se atienden son: el cáncer de testículo, cáncer de próstata, cáncer de vejiga cáncer renal y por último cáncer de pene.

Se proporcionan cuidados pre y post-operatorios al paciente, ya que la mayoría de los pacientes requieren de tratamiento quirúrgico, aunque también pueden ser candidatos a tratamiento con quimioterapia y/ o radioterapia, de acuerdo al estadio de su enfermedad. El índice enfermera- paciente es de 9:1 aunque puede variar de acuerdo al índice de ocupación y al número de personas asignadas al servicio.<sup>137</sup>

#### 4.1.2. APLICACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

### VALORACIÓN:

#### FICHA DE IDENTIFICACIÓN:

**NOMBRE:** O. VDA. R. CARMEN. **EDAD:** 62 AÑOS. **PESO:** 52 Kg. **TALLA:** 1.55 M.  
**FECHA DE NACIMIENTO:** 2-02-1941. **SEXO:** FEMENINA. **OCUPACIÓN:** HOGAR  
**ESCOLARIDAD:** 2º. PRIMARIA. **FECHA DE ADMISIÓN:** 29-10-2003. **HORA:** 17 HS  
**PROCEDENCIA:** ORIGINARIA Y RESIDENTE DEL DISTRITO FEDERAL.  
**FUENTE DE INFORMACIÓN:** PACIENTE Y FAMILIAR.  
**DIAGNÓSTICO MÉDICO:** SE DESCRIBE EN EL ANEXO NO. 1

**1.- Oxigenación.** No existen problemas.

**2.- Nutrición e Hidratación:** Ha presentado náusea y vómito en domicilio, lo que le ha impedido comer adecuadamente. Carece de algunas piezas dentarias, sus mucosas orales y conjuntivales se encuentran secas. Su piel se encuentra seca, y existe edema importante en abdomen y zonas de declive.

**3.- Eliminación:** Refiere haber presentado la presencia de sangre en orina. Por el momento tiene un catéter de pielostomía en región lumbar izquierda que aparentemente a funcionado bien. Se observan las características de la orina y esta se encuentra turbia y con sedimentos en el fondo de la bolsa de cistoflo, Abdomen globoso a expensas de retención urinaria, no se palpa globo vesical.

<sup>137</sup> Manual de Organización del Servicio de Urología y Sarcomas del Hospital de Oncología CMSXXI.2003.  
p. 7-8

Existen datos característicos de retención urinaria franca como es la presencia de oliguria, edema importante en abdomen y zonas de declive, adinamia, astenia, hipertensión arterial, 140/90 llegando a reportar cifras hasta de 180/120, palidez de tegumentos, aliento urémico y por laboratorio: elevación de azoados.

**4.- Moverse y mantener una buena postura:** Existe imposibilidad para la movilización, principalmente por la presencia de dolor, por lo que permanece la mayor parte del tiempo en decúbito lateral derecho, requiere de la ayuda para la movilización, su capacidad muscular se encuentra disminuida, refiere fatiga al menor esfuerzo, se puede observar la presencia de temblores finos en manos, además de la presencia de edema.

**5.- Descanso y sueño:** Tiene insomnio, no descansa, ya que la mayor parte del tiempo tiene dolor. Se encuentra angustiada por la presencia de la hipertensión arterial, refiere no querer dormir por miedo a que sufra una embolia.

**6.- Usar prendas de vestir adecuadas:** Se encuentra sin problema.

**7.- Termorregulación:** Se encontraba al principio sin problemas, aunque ella refiere que en domicilio ha tenido hipertermia sin llegarse a cuantificar. La paciente presentó hipertermia al tercer día de estancia hospitalaria secundaria a la colocación de catéter de pielostomía de lado derecho, que se llegó a cuantificar de hasta 38.5 grados.

**8.- Higiene y protección de la piel:** Existe pérdida de continuidad a nivel de región lumbar para colocación de catéteres de pielostomía, por el momento sin datos de infección.

**9.- Evitar peligros:** No tiene problemas aparentemente.

**10.- Comunicarse:** Sin problemas.

**11.- Vivir según sus creencias y valores:** Sin problemas.

**12.- Trabajar y realizarse;** Sin problema.

**13.- Jugar, participar en actividades recreativas:** Refiere no participar desde hace muchos años en ese tipo de actividades y mucho menos pasear o divertirse fuera de casa. Le preocupa su imagen corporal.

**14.- Aprendizaje:** Sin problema. Participa mucho en las orientaciones para continuar con su terapéutica.

## DIAGNOSTICOS DE ENFERMERÍA, PLANEACIÓN, EJECUCIÓN Y EVALUACIÓN

**NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN.** (Falta de fuerza) Diagnóstico de Enfermería: Alteración de la nutrición por debajo de las necesidades del organismo relacionada por la incapacidad de ingerir alimentos debido a factores biológicos, manifestada por náusea y vómito.

**FUNDAMENTACIÓN:** Todas las células del organismo necesitan una cantidad suficiente de nutrientes esenciales para vivir y funcionar adecuadamente.<sup>138</sup>

**OBJETIVO:** Mejorar el patrón de nutrición.

Intervenciones Independientes	Intervenciones Interdependientes	Fundamentación
Medición y valoración de peso y talla Toma de signos vitales Control semanal de peso, en la misma báscula y en las mismas condiciones	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Signos vitales por turno</li> <li>❖ Cuidados generales de enfermería</li> <li>❖ Peso y talla diario, en ayunas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Uno de los primeros datos que se deben de reunir durante la valoración son los signos vitales, peso y la talla, ya que si bien sabemos, éstos nos revelan el estado de salud o alguna alteración en el organismo</li> </ul>
Vigilar su ingesta diaria Valorar sus preferencias alimentarias, de acuerdo a la cultura de la paciente Estar pendiente de que su dieta sea la indicada, con poco aporte de sodio Cuantificación de ingresos y egresos Identificar los factores causantes de la náusea o vomito En ocasiones se recomendó la ingesta de alimentos en poca cantidad y en forma periódica de acuerdo a tolerancia Vigilar la presencia de vomito o náusea, características y cantidad.	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Dieta hipo sódica de 1800calorías, rica en proteínas de alto valor biológico, fija en 1500ml. de líquidos en 24 horas</li> <li>❖ Control estricto de líquidos</li> <li>❖ Metoclopramida 10 mg. IV. pre-pandrial</li> <li>❖ Furosemide 20 mg. IV. cada 8 horas</li> <li>❖ Solución Glucosada al 5% 500 ml. para 24 horas</li> <li>❖ Laboratorio de rutina ( biometría, química sanguínea y E. G. O. )</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ El estado nutricional de una persona se determina según lo adecuado que sean para sus necesidades los nutrientes que ingiere, absorbe y utiliza</li> <li>❖ En la dieta se requiere suficientes cantidades de carbohidratos, proteínas, vitaminas y minerales que provean o necesario, ya que las deficiencias de los mismos es causa frecuente de enfermedades graves<sup>139</sup></li> </ul>

<sup>138</sup> Nordmark, Rohweder. Bases científicas de la enfermería. Editorial. Manual Moderno. p. 128.

<sup>139</sup> Ibid. Op. Cit. P. 146.

Intervenciones Independientes	Intervenciones Interdependientes	Fundamentación
<p>Estimular a la paciente a que mastique lentamente, para conseguir una digestión óptima</p> <p>Valorar cavidad oral</p> <p>Ayudar a la paciente a adoptar una posición óptima y cómoda durante la ingesta de alimentos</p> <p>Mantener un entorno limpio</p> <p>Administración de medicamentos</p> <p>Monitorizar y registrar la eficacia y tolerancia del antiemético prescrito</p> <p>Orientación al paciente y familiares sobre la alimentación que llevara acabo en casa</p> <p>Se participa en la orientación junto con la nutricionista</p> <p>Apoyo emocional</p> <p>Vigilar datos de retención de líquidos</p> <p>Participación con el personal médico y de laboratorio</p> <p>Toma y recolección de muestras para laboratorio</p>		<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ La masticación permite la fragmentación de alimentos sobre los que pueden actuar con mayor facilidad las enzimas</li> <li>❖ Las glándulas salivales se pueden estimular para que produzcan saliva, tanto por la presencia de alimentos en la boca, como por ver u oler<sup>140</sup></li> <li>❖ El mantener un entorno adecuado para el paciente facilita la alimentación</li> <li>❖ Es importante una continua monitorización de eficacia y tolerancia de medicamentos</li> <li>❖ La participación del paciente y familiares lleva al éxito en su cuidado</li> <li>❖ La vigilancia constante permitirá llevar acabo medidas en forma oportuna</li> </ul>

<sup>140</sup> Ibid. Op. cit p. 147.

## EVALUACIÓN

Al ingreso la paciente peso 52 kilogramos, un peso adecuado para su talla, sin embargo la paciente se encontraba con edema importante en abdomen y zonas de declive, por mala distribución de líquidos, lo cual se corrigió con el transcurso de los días, llegando a pesar a su egreso 48 kilogramos.

Al principio presentaba náusea y vómito en forma frecuente y en pequeñas cantidades de contenido gástrico, por lo que rehusaba la ingesta de alimentos. Una vez realizada la Pielostomía, mejoró su eliminación tanto de líquidos como de azúcares y por ende su estado en general.

Al tercer día la paciente toma alimentos, y va aumentando su ingesta progresivamente. Sin embargo se continuó administrando su antiemético con horario.

Tanto la paciente como familiares mostraron interés en cuanto a los alimentos permitidos, su preparación y cantidades de los mismos y la importancia que esto conlleva.

El plan de atención funciona adecuadamente, le permite a uno estar más cerca del paciente, se logra la participación del mismo y de sus familiares en su autocuidado.

Tanto familiares como paciente agradecieron las atenciones para con ellos.

**TERMORREGULACIÓN.** (Falta de conocimiento) Diagnóstico de enfermería: Alto riesgo de hipertermia relacionado con traumatismo y exposición de ambientes fríos y calientes manifestada por escalofrío y picos febriles.

**FUNDAMENTACIÓN:** La respuesta fisiológica normal al calor o frío aplicado externamente depende de la percepción sensorial y de la actividad vasomotora.<sup>141</sup>

**OBJETIVO:** Minimizar la alteración de el patrón de termorregulación lo más pronto posible.

Intervenciones Independientes	Intervenciones Interdependientes	Fundamentación
<p>Valorar los factores causales Toma de signos vitales en forma frecuente en busca de taquicardia y taquipnea Vigilar estado de conciencia Control de curva térmica Proporcionar un ambiente cómodo y cálido Control térmico por medios físicos y químicos Vigilar permeabilidad de catéter venoso para corregir deshidratación. Reducir actividad Vigilar ingesta de líquidos de acuerdo a indicaciones Apoyo emocional al paciente y familiar Se trata de explicar las causas de la fiebre</p>	<p>❖ Control térmico por medios físicos Administración de antipiréticos como son: ❖ Paracetamol 1g. vía oral. Dosis única ❖ Metamizol 1g. IV. Dosis única</p> <p>Administración de antibióticos: ❖ Ciprofloxacina 400mg. IV. Cada 12 horas esquema de 10 días</p>	<p>❖ La vigilancia continua de las constantes vitales nos revela datos muy objetivos del estado de salud de una persona ❖ Los signos y síntomas sistémicos de la respuesta inflamatoria son la fiebre y signos y síntomas asociados ❖ La respuesta fisiológica normal al calor o frío aplicado externamente, depende de la percepción sensorial y de la actividad vasomotora ❖ La temperatura de la piel depende en gran parte del flujo sanguíneo a través de los vasos ❖ La piel sana e intacta desempeña un papel de suma importancia en la regulación de la temperatura ❖ Toda situación desconocida causa temor<sup>142</sup></p>

<sup>141</sup> Nordmark. Rohweder. Bases Científicas de la Enfermería. Editorial Manual Moderno. P. 367.

<sup>142</sup> Ibid. Op. Cit. P.396, 397, 404, 408.



## EVALUACIÓN

La paciente cursa con fiebre las tres primeras horas después de la colocación de catéter percutáneo a pelvícula renal izquierda, la cual cede posterior a la administración de antipiréticos, ya que por medios físicos no cedía.

Se le menciona a la paciente que la fiebre pudo haber sido ocasionada por un proceso llamado Respuesta Inflamatoria Aguda, secundaria al procedimiento de Pielostomía, lo que le tranquilizó un poco, el resto de los días de hospitalización se mantuvo con temperaturas normales entre 36.5 a 36.8 grados centígrados. Se completó su esquema de antibióticos por diez días.

**HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL.** ( Falta de conocimiento). Diagnóstico de Enfermería: Alto riesgo de infección en relación a procedimientos invasivos.

**FUNDAMENTACIÓN:** La piel y las mucosas sanas e integra son las primeras líneas de defensa contra agentes nocivos.<sup>143</sup>

**OBJETIVO:** Minimizar al máximo el riesgo de infección durante y después de su estancia hospitalaria.

Intervenciones Independientes	Intervenciones Interdependientes	Fundamentación
<p>Lavado de manos antes y después de la realización de cualquier procedimiento con la paciente                      Baño diario de regadera                      Curación diaria del sitio de inserción de catéteres de pielostomía                      Vigilar cualquier dato de infección local, principalmente en sitios de punción                      Control de curva térmica                      Evitar cualquier tipo de tensión alrededor de la herida                      Toma de muestras para examen general de orina y urocultivo                      Mantener un sistema de drenaje cerrado y a gravedad para los catéteres de pielostomía                      Vigilancia continua de niveles urinarios                      Reportar cualquier anomalía al médico                      Favorecer una nutrición adecuada                      Estimular la ingesta de líquidos                      Apoyo emocional en forma continua                      Se orienta al paciente y familiar sobre el cuidado de sus drenes</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Toma de muestra para examen general de orina y urocultivo</li> <li>❖ Control estricto de líquidos</li> </ul> <p>Administración de antibióticos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Ciprofloxacina 400mg. IV. Cada 12 horas esquema de 10 días</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ El lavado de manos es la base en la prevención de infecciones cruzadas</li> <li>❖ Las lesiones tisulares que despiertan una respuesta inflamatoria pueden ser producidas por mecanismos físicos como cuerpos extraños</li> <li>❖ Cualquier dato que sea de particular interés para el personal médico y de enfermería es una forma de tomar precauciones específicas para la prevención de infecciones</li> <li>❖ Toda deficiencia proteica en el paciente conlleva a riesgos de infección<sup>144</sup></li> <li>❖ Toda situación desconocida causa temor en la persona</li> </ul>

<sup>143</sup> Nordmark. Rohweder. Bases Científicas de la Enfermería. Editorial Manual Moderno. P. 128.

<sup>144</sup> Ibid. Op. cit. p. 146, 147.

## EVALUACIÓN

Los sitios de inserción de los catéteres a pelvículas renales se mantienen limpios y sin datos de infección local. Se realiza curación diariamente y se mantiene con apósitos secos y estériles.

No existen datos de infección en sitios de punción de venoclisis.

No ha presentado ninguna reacción o dato de intolerancia a antibióticos administrados.

La paciente presenta deficiencias proteicas ya que su alimentación ha sido inadecuada desde hace mucho tiempo. Sin embargo la paciente comenta que ya sabe como y que comer.

Se recibe retroalimentación sobre el cuidado de los drenes por parte del familiar y la paciente se encuentra más tranquila para irse a domicilio.

Agradece constantemente las enseñanzas y atenciones recibidas.

Se le comento de los grupos de apoyo del Hospital para manejo de drenes.

**DESCANSO Y SUEÑO** (falta de fuerza) Diagnóstico de Enfermería: Alteración de el patrón del sueño relacionado a estrés psicológico y enfermedad manifestado por grandes periodos de vigilia.

**FUNDAMENTACIÓN:** Los seres humanos necesitan cierta cantidad de sueño durante un periodo prolongado para mantener el funcionamiento óptimo del organismo tanto físico como mental.<sup>145</sup>

**OBJETIVO:** Mejorar el patrón de el sueño lo más pronto posible.

Intervenciones Independientes	Intervenciones Interdependientes	Fundamentación
<p>Valorar el patrón de sueño y de descanso de la paciente.                      Valorar e identificar los factores causales.                      Se trato de controlar al máximo las alteraciones ambientales, ruidos e iluminación propias del hospital.                      Evitar el ruido al acercarse al cubículo para permitir la existencia de periodos de sueño y descanso.                      Se orienta sobre la necesidad de mantener cierto equilibrio de la actividad en el día ( terapia recreativa), y así limitar el sueño; y para mejorar por las noches.                      Proporcionar medidas de confort.                      Mantener su cama limpia y seca.                      Control del dolor.                      Apoyo emocional</p>	<p>Administración de ansiolíticos y sedantes suaves:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Clonazepan 5 gotas via oral por las noches.</li> </ul> <p>Administración de analgésicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Metamizol 1g. IV. Cada 8 horas.</li> <li>❖ Bupremorfina ½ amp. SC. Por razón necesaria y previa valoración médica.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Las horas que se necesitan de sueño varían con cada individuo de acuerdo a su edad, características fisiológicas y estado de salud.</li> <li>❖ Cuando se reducen los estímulos que vienen de la corteza cerebral y de la periferia hasta el sistema activador reticular y lo deprimen lo suficiente, aparece el sueño.</li> <li>❖ El sueño restablece el equilibrio normal entre las distintas partes del sistema nervioso.</li> <li>❖ La actividad física que se efectúa durante las horas de vigilia tiende a favorecer un periodo de sueño adecuado.</li> <li>❖ Las células necesitan periodos de disminución de la actividad durante las cuales puedan restablecerse</li> <li>❖ La presencia de dolor dificulta el descanso y sueño, por lo que debe evitarse<sup>146</sup></li> </ul>

<sup>145</sup> Nordmark. Rohweder. Bases Científicas de la Enfermería. Editorial Manual Moderno. P.303.

<sup>146</sup> Ibid. Op. Cit. P. 304, 306, 308.

Intervenciones Independientes	Intervenciones Interdependientes	Fundamentación
<p>Vigilar tensión arterial cada 15 minutos  Monitorización electrocardiográfica  Apoyo emocional</p>	<p>Administración de antihipertensivos y diuréticos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Captopril 25mg. Vía oral. Cada 8 horas.</li> <li>❖ Furosemide 20 mg. Previa valoración médica.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ La medición constante de los signos vitales nos permiten conocer el estado de salud o alguna alteración del organismo</li> <li>❖ El volumen del líquido extracelular influye sobre la tensión arterial, la cual es controlada, en parte, por los riñones<sup>147</sup></li> <li>❖ Cualquier situación desconocida provoca temor y angustia</li> </ul>

<sup>147</sup> Ibid. Op. Cit p. 35.

## EVALUACIÓN

El primer factor que le impedía el sueño es que en su cuarto día de estancia hospitalaria la paciente cursa con tensiones arteriales de hasta 190/110 a pesar de la administración de antihipertensivos y diuréticos, por lo que se tenía que monitorizar en forma frecuente tanto la tensión arterial, como administrar antihipertensivos en forma frecuente, logrando solo disminuir la tensión diastólica a 100 mmHg durante las tres primeras horas.

Se logro controlar la tensión arterial hasta el segundo día, logrando cifras tensionales de 120/80.

El mismo día y en posteriores la paciente expreso los miedos que le impedían o le impiden el sueño, comenta tener miedo de que le dé una embolia. Agradeció que se explicaran las causas de una embolia y que no se le dejo sola durante el tiempo que estuvo tan enferma.

Con el transcurso de los días ha mejorado su patrón de sueño, ya realiza manualidades durante el día y expresa que su descanso y sueño es más favorable durante la noche.

La paciente ha respondido paulatinamente al tratamiento y cuidados implementados, ya que su alteración de eliminación es muy delicada.

## ELIMINACIÓN (falta de fuerza)

Diagnóstico de Enfermería: Alteración del patrón de eliminación urinaria relacionada con la presencia de un tumor en la vejiga manifestada por oliguria, hematuria y edema importante en zonas de declive.

Diagnóstico de Enfermería: Alteración de la perfusión tisular renal en relación con la lesión inmunológica del riñón, manifestada por edema, elevación de azoados (reporte de laboratorio), náusea, vómito, aliento urémico, disminución de hemoglobina, etc.

### FUNDAMENTACIÓN:

Para que el organismo funcione eficazmente es necesario que se elimine la orina, y que las sustancias tóxicas que se forman en el organismo se destoxifiquen o se eliminen.

Los riñones desempeñan un papel fundamental en el equilibrio hídrico, en el electrolítico, en el ácido-base y en la excreción de los desechos.<sup>148</sup>

**OBJETIVO:** Minimizar la alteración de el patrón de eliminación.

Intervenciones Independientes	Intervenciones Interdependientes	Fundamentación
<p>Investigar sobre el patrón urinario habitual de la paciente y sobre cualquier alteración reciente en dicho patrón</p> <p>Inspeccionar abdomen en busca de distensión por ascitis o presencia de globo vesical</p> <p>Se proporcionan medidas de estimulación urinaria: masaje en región suprapubica, y colocación de una bolsa de agua caliente y se le enseña al familiar.</p> <p>Administración de medicamentos en especial diuréticos y antihipertensivos</p>	<p>Administración de antihipertensivos y diuréticos:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>❖ Captopril 25mg. Vía oral. Cada 8 horas.</li><li>❖ Furosemide 20 mg. IV. Previa valoración médica.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>❖ La orina es producida continuamente por los riñones de 30 a 50 ml. por hora en el adulto</li><li>❖ La vejiga es una bolsa músculo-membranosa, en la cual se almacena la orina antes que sea eliminada</li><li>❖ Una acumulación de orina en el riñón produce hidronefrosis, se distienden los túbulos, cálices y pelvis renales y por ende la compresión lesiona el tejido renal</li></ul> <p><small>149</small></p>

<sup>148</sup> Nordmark, Rohweder. Bases Científicas de la Enfermería. Editorial Manual Moderno. P. 194, 243.

<sup>149</sup> Ibid. Op. Cit. P. 198.

Intervenciones Independientes	Intervenciones Interdependientes	Fundamentación
<p>Vigilar la permeabilidad de venoclisis Se prepara a la paciente para ser trasladada a rayos X para colocación de catéter de pielostomía izquierda Toma de muestras para laboratorio en especial biometría hemática, química sanguínea y electrolitos. Revisar en forma frecuente el drenaje a través de pielostomía derecha e izquierda y cuantificación estricta, evitar acodaduras. Estar pendiente de los resultados de laboratorio Vendaje de miembros inferiores y elevación de los mismos Vigilar que tanto la dieta, como la ingesta de líquidos sea en forma adecuada Monitorización de signos vitales Reposición de niveles urinarios al 50% Vigilar en forma constante los datos o manifestaciones de bajo gasto, así como de retención de líquidos Control de ingresos y egresos en forma continua Apoyo emocional en todo momento a la paciente</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Solución glucosada al 5% 500ml para 24 horas.</li> <li>❖ Haemacel 500ml para 4 horas. Solución glucosada al 5% 500ml para 24 horas.</li> <li>❖ Trasladar a la paciente a rayos X en cuanto se solicite</li> <li>❖ Control estricto de líquidos</li> <li>❖ Reposición de niveles urinarios al 50% con solución hartmann</li> <li>❖ Vendaje de miembros inferiores</li> <li>❖ Toma de muestras para laboratorio</li> <li>❖ Signos vitales por turno</li> <li>❖ Cuidados generales de enfermería</li> <li>❖ Dieta hiperproteica</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ La función renal puede verse tan afectada que incluso puede interrumpirse</li> <li>❖ La uremia es un síndrome clínico en el que existe una elevación marcada de los productos de desecho nitrogenados</li> <li>❖ Los riñones eliminan la mayor parte de los productos nitrogenados del metabolismo celular y el exceso de cuerpos cetónicos que se forman en el organismo</li> <li>❖ Para conservar el equilibrio hídrico del organismo son esenciales volúmenes suficientes de agua</li> <li>❖ La cantidad de agua que hay en el organismo depende del equilibrio entre el ingreso y egreso diario de ésta, es decir entre la ingesta y la excreta</li> <li>❖ Cuando se eleva demasiado el volumen del líquido en el espacio extracelular aumenta también el volumen sanguíneo, el cual a su vez incrementa el gasto cardíaco y por ende la presión sanguínea</li> <li>❖ Todas las células del organismo necesitan cantidades determinadas de ciertos electrolitos para funcionar eficazmente<sup>150</sup></li> </ul>

<sup>150</sup> Ibid. Op. Cit p. 194, 216, 218, 219, 221., 225.



Intervenciones Independientes	Intervenciones Interdependientes	Fundamentación
<p>Monitorización electrocardiográfica en busca de signos y síntomas de hipocaliemia e hipercaliemia Reposición de electrolitos en caso necesario</p>		<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Los principales cationes son el sodio, potasio, calcio y magnesio, y es el riñón el que desempeña un papel importante en la regulación de la concentración de estos. Su aumento o disminución puede ocasionar graves problemas</li> <li>❖ Se necesitan concentraciones adecuadas de sodio y potasio para mantener un equilibrio hídrico y ácido base</li> <li>❖ La falta de potasio en el organismo produce trastornos en el funcionamiento normal de los tejidos musculares: estriado, cardíaco y liso<sup>152</sup></li> </ul>

<sup>152</sup> Ibid. Op. cit. p. 225.

## EVALUACIÓN

El patrón de atención a funcionado favorablemente, existe un acercamiento con la paciente, se muestra cooperadora y confiada.

No se logro mejorar la diuresis con las medidas implementadas, sin embargo, le fue realizada una pielostomia al segundo día de estancia hospitalaria, presentando una diuresis de 10, 700ml / en 24 horas sin repercusión hemodinámica, los niveles urinarios fueron disminuyendo progresivamente hasta ser de 1500 a 2000 ml/24 horas. Se mantiene con cifras tensionales de 120/80 mmHg a pesar de los niveles urinarios tan altos, por lo que se suspendió la reposición.

Se pudo ir observando una mejor distribución de líquidos, disminuye el edema en zonas de declive, lo que permitió mejor movilización de las extremidades, ya se encuentra más activa.

La paciente sigue los lineamientos y sabe la importancia en cuanto a la ingesta de dieta y líquidos.

Electrocardiograficamente no se encuentran datos de hipercalemia o alguna sintomatología, sin embargo por laboratorio se reporta potasio de 5. 7 mEq/l. Se mantiene bajo vigilancia y administración de medicamentos.

Existe una excelente respuesta a la administración de diurético y antihipertensivo.

En sus reportes de laboratorio se han podido percatar de la respuesta tan favorable que ha tenido la función renal y a la vez físicamente puede ser observable en el estado de la paciente.

## MOVERSE Y MANTENER BUENA POSTURA. (falta de fuerza)

Diagnóstico de Enfermería: Riesgo de intolerancia a la actividad física en relación a debilidad generalizada y presencia de dolor.

Diagnóstico de Enfermería: Intolerancia a la actividad física en relación con pérdida de proteínas y / o disfunción renal manifestada por edema.

### FUNDAMENTACIÓN:

La presencia de dolor indica lesión o peligro de lesión del organismo.<sup>153</sup>

Todas las células del organismo necesitan una cantidad suficiente de nutrientes esenciales para vivir y funcionar adecuadamente.

**OBJETIVO:** Maximizar la tolerancia a la actividad y minimizar el dolor lo más pronto posible.

Intervenciones Independientes	Intervenciones Interdependientes	Fundamentación
Valorar el patrón de actividad previo a la enfermedad Valorar la tolerancia a la actividad o movimiento y determinar factores causales Valorar localización, tipo, duración y frecuencia del dolor Se orienta al familiar sobre algunas medidas para proporcionar confort a la paciente como masaje en espalda y extremidades Movilizar lentamente a la paciente Se explican las razones por las que se requiere de cierta actividad, al igual que ciertos periodos de reposo Evaluar que medidas han resultado favorables o eficaces	Administración de analgésicos y anti-inflamatorios: <ul style="list-style-type: none"><li>❖ Clonixilato de lisina 1 amp. IV. Cada 8 horas.</li><li>❖ Diclofenaco 1 amp. IV. Cada 12 horas.</li><li>❖ Butilioscina 1 amp. IV. Cada 8 horas.</li><li>❖ Interconsulta a Clínica del Dolor y Medicina Interna.</li><li>❖ Administración de clonazepan 5 gotas vía oral por las noches</li><li>❖ Imipramina 1 tableta vía oral por las mañanas</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>❖ El dolor puede clasificarse en superficial o cutáneo, profundo y visceral</li><li>❖ El dolor profundo puede deberse a lesiones tisulares producidas por lesiones traumáticas, por procesos inflamatorios, por presión anormal provocada por tumores o por isquemia</li><li>❖ Se puede reducir el dolor disminuyendo la tensión muscular</li><li>❖ La administración de algún sedante o tranquilizante es útil cuando la ansiedad del paciente aumenta conforme el dolor se intensifica<sup>154</sup></li></ul>

<sup>153</sup> Nordmark. Rohweder. Bases Científicas de la Enfermería. Editorial Manual Moderno. P. 417.

<sup>154</sup> Ibid. Op. Cit. P. 419.

Intervenciones Independientes	Intervenciones Interdependientes	Fundamentación
<p>Proporcionar baño de regadera con agua caliente, según lo tolere.  Se orienta al paciente y familiar sobre algunas medidas para control del dolor.  Administración de analgésicos dosis y horarios indicados, orientando al familiar para que continúe con los mismos horarios en casa.  Se insiste en la ingesta de líquidos para favorecer eliminación urinaria.  Apoyo emocional al paciente y familiares.  Se instruye en forma continua sobre el manejo de drenes para mantener un buen funcionamiento y evitar posibles complicaciones.  Movilización pasiva y activa.  Incrementar la actividad con lentitud con el fin de aumentar la tolerancia del paciente.  Estimular las actividades de autocuidado, cuando el paciente sea capaz de desarrollarlos  Valorar las presencia de depresión o falta de adaptación  Se elogia a la paciente cada vez que completa una tarea o lo intenta</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Bupremorfina ½ ampula cada 8 horas o por razón necesaria</li> </ul>	<p>La intensidad del dolor que puede percibir una persona durante o inmediatamente después de algún procedimiento doloroso puede reducirse mediante:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a) La explicación adecuada de lo que se va a efectuar.</li> <li>b) La información al paciente sobre las sensaciones que puede percibir.</li> <li>c) El permanecer con el paciente y responder de una manera adecuada a su ansiedad.</li> <li>d) Favoreciendo la mayor relajación muscular posible. <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Reducir los estímulos ambientales puede ser útil para disminuir el dolor agudo</li> <li>❖ Distraer la actividad del paciente hacia otros objetos que no sean el dolor</li> <li>❖ La administración de algún sedante o de un tranquilizante es útil cuando la ansiedad del paciente aumenta conforme el dolor se intensifica</li> <li>❖ Los analgésicos deben administrarse a tiempo para prevenir el dolor intenso</li> <li>❖ Se debe aliviar el dolor al máximo posible con el objeto de favorecer el descanso y el sueño y prevenir la fatiga<sup>155</sup></li> </ul> </li> </ol>

<sup>155</sup> Ibid. Op. Cit. P. 419, 429, 431, 738.

## EVALUACIÓN

Han cedido las molestias en la paciente gracias al tratamiento médico y a algunas medidas asistenciales como masaje, cambios de posición, el baño diario, etc., ya que hasta se ha favorecido su descanso y sueño.

La familiar y paciente han seguido las recomendaciones y están agradecidas.

Al quinto día a pesar de la administración de analgésicos presento dolor, por lo que fue necesario ser valorada por el médico de Clínica del Dolor el cual estableció un nuevo esquema de analgesia.

En cuanto a la actividad realizada, al principio buscaba apoyo en sus familiares para mantener una posición o sentarse por lo menos a la orilla de la cama, sin embargo cabe mencionar que una vez que se le realizó la pielostomía izquierda, mejoro su eliminación tanto de líquidos como de toxinas, disminuyo el edema, mejora su movilización, incluso sube y baja de la cama con mayor frecuencia y permanece en reposet a ratos, deambula dentro y fuera del cubículo.

**Falta página**

**N° 61**

**DE JUGAR Y PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS.** ( Falta de voluntad). Diagnóstico de Enfermería: Alteración de la imagen corporal relacionada con la instalación de dos catéteres de pielostomía.

**FUNDAMENTACIÓN:** Para mantener el equilibrio psicológico se necesita que el individuo tenga una oportunidad para crecer y desarrollarse positivamente, para aprender en general y para lograr el comportamiento adecuado para solucionar problemas de adaptación en particular.<sup>156</sup>

**OBJETIVO:** Minimizar la alteración de la imagen corporal.

Intervenciones Independientes	Intervenciones Interdependientes	Fundamentación
<p>Determinar la percepción de cambio de imagen corporal de la paciente y por tanto, la amenaza que éste constituye para sí mismo.</p> <p>Estimular a la paciente para la verbalización de emociones acerca de la parte del organismo perdida o de la función alterada.</p> <p>Proporcionar recursos para un mejor cuidado del paciente.</p> <p>Se estimula a la paciente y familiar para un análisis del cambio físico de forma simple, directa y objetiva, para que de esa manera sea más fácil la adaptación al cambio.</p> <p>Se dan opciones para el manejo de drenes por dentro de la ropa de vestir, lo que evita estar a la vista de todos.</p> <p>Valorar sus propias actitudes y valores en relación con la integridad corporal y el aspecto físico.</p>	<p>❖ Vigilar funcionalidad de drenes</p>	<p>❖ Una sensación de bienestar y de seguridad requiere que no haya amenaza contra la vida y la integridad del organismo.</p> <p>❖ La capacidad para comunicar las necesidades de uno es un prerequisite para sentir seguridad y bienestar.</p> <p>❖ En toda sociedad o cultura existen reglas establecidas o códigos de conducta a los cuales el individuo debe adherirse con el fin de ser aprobado y aceptado por los demás.</p> <p>❖ El equilibrio psicológico requiere que el individuo tenga y sea capaz de utilizar la capacidad y la oportunidad para aprender.</p> <p>❖ Un comportamiento sin refuerzo desaparece lenta o rápidamente, de acuerdo con la fuerza del estímulo.<sup>157</sup></p>

<sup>156</sup> Nordmark, Rodweder. Bases Científicas de la Enfermería. Editorial, Manual Moderno. P. 603

Intervenciones Independientes	Intervenciones Interdependientes	Fundamentación
<p>Se pide retroalimentación de la información dada.</p> <p>Se le motiva para realizar paseos al parque u otras actividades cómodas con la familia y en comunidad.</p> <p>Se le anima a la paciente y familiares a participar en otras modalidades terapéuticas ofrecidas por el médico y se orienta en que consisten</p> <p>Se escucha a la paciente en forma atenta</p> <p>Apoyo emocional y espiritual</p> <p>Se orienta sobre los recursos con que cuenta el hospital para su seguimiento y atención posterior.</p>		<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Con el fin de obtener y mantener el equilibrio psicológico, una persona debe tener relaciones satisfactorias con otros seres humanos, tanto de manera individual como en grupos.</li> <li>❖ La aprobación por parte de los demás en el ambiente sociocultural de cada uno es necesaria para la homeostasis psicológica en la persona promedio.</li> <li>❖ La capacidad para percibirse a sí mismo correctamente, sabiendo las capacidades y las limitaciones propias.</li> <li>❖ Puede lograrse una sensación de bienestar y de seguridad a través de las creencias y prácticas religiosas.</li> <li>❖ Una sensación de bienestar y seguridad en las situaciones que se presentan en la vida requieren que el individuo experimente una sensación de aprobación y aceptación por parte de los demás.<sup>158</sup></li> </ul>

<sup>157</sup> Ibid. Op. Cit. p. 609, 610.

<sup>158</sup> Ibid. Op. Cit. p. 621, 623, 624, 630, 632.



## EVALUACIÓN

Ella comenta que ha aprendido a aceptar la alteración del funcionamiento de su organismo. Planifica en forma realista su funcionamiento futuro.

Muestra interés en el manejo de aditamentos o accesorios para drenajes urinarios.

Expresa su interés y deseo de reintegrarse a actividades domésticas, recreativas y relaciones sociales, aunque antes menciona que le daba pena de que despidiera malos olores o que tuviera fuga de algún dren frente a la gente.

Al cabo de unos días, refirió que ya se sentía segura para que la dieran de alta y salir a la calle.

## CONCLUSIONES

El proceso de atención de enfermería se lleva a cabo en cada momento de nuestra jornada laboral, desafortunadamente no lo escribimos, eso ha hecho que se de poco valor a las notas de enfermería de las hojas de registros clínicos, aparte de que nos hace falta hacer más hincapié sobre estos aspectos a nivel hospitalario.

Recordemos que básicamente, el proceso de atención de enfermería es un método sistematizado y organizado de administrar cuidados de enfermería individualizados, que se centran en la identificación y tratamiento de las respuestas únicas de la persona o grupos, a las alteraciones de la salud reales o potenciales, lo cual nos lleva al éxito del Cuidado.

El aplicar el Proceso de Atención de Enfermería en una paciente con alteración de la necesidad de eliminación me permitió un acercamiento más estrecho con la paciente y familiares los cuales se interesaron en su cuidado tanto intra como extra hospitalariamente, permitiendo la elaboración de un plan de autocuidado.

Durante el transcurso de los días la paciente evolucionó satisfactoriamente gracias al tratamiento médico y a las medidas implementadas en su cuidado de enfermería, ya que durante su estancia hospitalaria, como antes lo mencione, existió una gran alteración en la necesidad de eliminación con graves repercusiones hemodinámicas.

Queda plasmado en el esquema del proceso de atención de enfermería la respuesta tan favorable que tuvo, se minimizó su alteración de la necesidad de eliminación, mejoró su nutrición, se logró una prevención de infecciones, hubo un control del dolor, se favoreció su descanso y sueño, disminuyó su angustia etc. , logrando así el cumplimiento de los objetivos.

La paciente conoce muy bien su padecimiento de base, de hecho ella al ser dada de alta del hospital tres semanas después de su ingreso hospitalario, se le dieron citas para iniciar una serie de estudios preoperatorios ya que es candidata a cirugía llamada Cistectomía más conducto ileal.

A tres meses de su egreso no ha habido reingresos, ha asistido a sus citas puntualmente con el médico de Urología y Medicina Interna, pude contactar al familiar de la paciente, comenta que la señora Carmen se encuentra en buen estado, sin embargo no fue posible programarla para cirugía por que su padecimiento de base es muy severo, comenta que tanto ellos como la paciente misma le siguen poniendo muchas ganas en su cuidado y asisten a Clínica del dolor.

# ANEXO I

## CUADRO PATOLÓGICO

### CANCER DE VEJIGA.

El cáncer no es una sola enfermedad sino un grupo de más de 200 enfermedades distintas en las que se produce un crecimiento anormal de las células, hasta convertirse en masas de tejidos llamados tumores. Hay dos tipos de tumores: benignos y malignos. Los tumores malignos se conocen por su capacidad para invadir y destruir tejidos y órganos, tanto de los que están cerca, como los que están lejos del tumor original. El cáncer tiene un comportamiento distinto en cada persona, según su tipo, puede darse a cualquier edad, pero es más probable que afecte a personas mayores de 55 años. Se dice que el cáncer puede ser causado tanto por factores internos, como externos y las posibilidades de supervivencia dependen del lugar del cuerpo en que se encuentre el cáncer y de las clases de tratamiento utilizadas.<sup>159</sup>

Dentro de los cánceres del tracto genitourinario, se encuentra el cáncer de vejiga. Aunque este tipo de cáncer es más frecuente entre los varones de 50 a 70 años, particularmente entre los de raza blanca, las incidencias en varones jóvenes y en mujeres ha aumentado en los últimos años. Dentro de los factores predisponentes para cáncer se encuentran: la exposición ocupacional al polvo o a los humos tóxicos de tintes, goma, cuero y de sus productos, a la pintura y a sustancias químicas orgánicas como la benzidina, existiendo un periodo de latencia de 6 a 20 años desde el momento de la exposición hasta la aparición del tumor. El hábito de fumar cigarrillos se asocia a una incidencia hasta 6 veces superior de cáncer vesical. Aproximadamente la mitad de los pacientes con invasión muscular mueren dentro de un plazo de 5 años como consecuencia de recurrencia o metástasis.<sup>160</sup>

### FISIOPATOLOGÍA.

La mayoría de los tumores vesicales son carcinomas de células de transición, y el 10% restante, carcinomas de células escamosas y adenocarcinomas. Las características del carcinoma de células de transición son la multicentricidad y el crecimiento papilar en la luz de la vejiga, con potencial para la aparición de invasión local en el músculo vesical y la diseminación regional a los ganglios circundantes, la pelvis y otras estructuras pélvicas. El cáncer se extiende a través de la sangre a pulmones, huesos, e hígado. La profundidad de la invasión es el factor más importante en la formulación del pronóstico. La vejiga también es asiento de invasión contigua del cáncer procedente de lesiones en vísceras vecinas, especialmente en el cuello uterino y la próstata. Estos tumores pueden

<sup>159</sup> <http://.cancer/> consulta. P. 1

<sup>160</sup> Belcher Anne E. Enfermería y Cáncer. Volumen 5. Editorial Harcourt Brace de España. P. 99

invadir la vejiga por extensión directa. Puede también producirse invasión vesical a partir de cáncer de colon sigmoide, recto o cuerpo uterino.<sup>161</sup>

Los tumores superficiales que están confinados a la mucosa vesical pueden aparecer en el 75% de los pacientes. Aunque éstos tienen un pronóstico excelente, el paciente debe aceptar el cáncer vesical como un proceso crónico que requiere vigilancia de por vida para cáncer vesical.

### **SIGNOS Y SÍNTOMAS:**

Sus signos y síntomas más comunes del cáncer vesical es la hematuria, aunque algunos pacientes permanecen asintomáticos hasta que se produce obstrucción uretral, hidronefrosis e insuficiencia renal. Es más probable que las mujeres con cáncer vesical hayan sido tratadas para infecciones urinarias con antibióticos, siendo la hematuria atribuida a cistitis hemorrágica. Las mujeres menstruantes pueden asociar la pérdida esporádica de pequeñas cantidades de sangre con la hemorragia vaginal y no advertir que procede de la vejiga.

El segundo complejo de síntomas más común consiste en urgencia, disuria y polaquiuria acusadas, con pequeños volúmenes de orina. El dolor en la parte baja de la espalda puede indicar metástasis sacras o lumbares. La obstrucción linfática o venosa puede provocar dolor pélvico y edema en las piernas.<sup>162</sup>

### **TRATAMIENTO MEDICO Y QUIRÚRGICO:**

El tratamiento médico es la cirugía como resección y fulguración endoscópica, terapia con láser, cistectomía radical y derivación urinaria. Puede o no ir aunado con Radioterapia y Quimioterapia, dependiendo el caso, por lo que el paciente requiere un cuidado muy especial. Desafortunadamente las complicaciones a estos tratamientos son muchas como: fistulas ureterocutáneas, dehiscencias en la herida, obstrucción parcial del intestino delgado, infección de la herida, fistula en el intestino delgado, y las propias del tratamiento de quimioterapia y radioterapia que también son múltiples y muy complejas.<sup>163</sup>

---

<sup>161</sup> Belcher Anne E. Enfermería y Cáncer. Volumen 5. Editorial Harcourt Brace de España. P. 100

<sup>162</sup> Ibid. Op. cit. p. 100

<sup>163</sup> Ibid. Op. Cit. p. 101, 102.

invadir la vejiga por extensión directa. Puede también producirse invasión vesical a partir de cáncer de colon sigmoide, recto o cuerpo uterino.<sup>161</sup>

Los tumores superficiales que están confinados a la mucosa vesical pueden aparecer en el 75% de los pacientes. Aunque éstos tienen un pronóstico excelente, el paciente debe aceptar el cáncer vesical como un proceso crónico que requiere vigilancia de por vida para cáncer vesical.

### **SIGNOS Y SÍNTOMAS:**

Sus signos y síntomas más comunes del cáncer vesical es la hematuria, aunque algunos pacientes permanecen asintomáticos hasta que se produce obstrucción uretral, hidronefrosis e insuficiencia renal. Es más probable que las mujeres con cáncer vesical hayan sido tratadas para infecciones urinarias con antibióticos, siendo la hematuria atribuida a cistitis hemorrágica. Las mujeres menstruantes pueden asociar la pérdida esporádica de pequeñas cantidades de sangre con la hemorragia vaginal y no advertir que procede de la vejiga.

El segundo complejo de síntomas más común consiste en urgencia, disuria y polaquiuria acusadas, con pequeños volúmenes de orina. El dolor en la parte baja de la espalda puede indicar metástasis sacras o lumbares. La obstrucción linfática o venosa puede provocar dolor pélvico y edema en las piernas.<sup>162</sup>

### **TRATAMIENTO MEDICO Y QUIRÚRGICO:**

El tratamiento médico es la cirugía como resección y fulguración endoscópica, terapia con láser, cistectomía radical y derivación urinaria. Puede o no ir aunado con Radioterapia y Quimioterapia, dependiendo el caso, por lo que el paciente requiere un cuidado muy especial. Desafortunadamente las complicaciones a estos tratamientos son muchas como: fistulas ureterocutáneas, dehiscencias en la herida, obstrucción parcial del intestino delgado, infección de la herida, fístula en el intestino delgado, y las propias del tratamiento de quimioterapia y radioterapia que también son múltiples y muy complejas.<sup>163</sup>

---

<sup>161</sup> Belcher Anne E. Enfermería y Cáncer. Volumen 5. Editorial Harcourt Brace de España. P. 100

<sup>162</sup> Ibid. Op. cit. p. 100

<sup>163</sup> Ibid. Op. Cit. p. 101. 102.

# ANEXO 2

## FORMATO PARA RECOPIACIÓN DE DATOS.

### FICHA DE IDENTIFICACIÓN.

NOMBRE:..... EDAD..... PESO..... TALLA.....  
FECHA DE NACIMIENTO..... SEXO..... OCUPACIÓN.....  
ESCOLARIDAD..... FECHA DE ADMISIÓN..... HORA.....  
PROCEDENCIA..... FUENTE DE INFORMACIÓN.....  
FIABILIDAD (1-..... MIEMBRO DE LA FAMILIA/ PERSONA  
SIGNIFICATIVA.....

### VALORACIÓN DE NECESIDADES HUMANAS.

#### 1. NECESIDADES BÁSICAS DE:

Oxigenación, nutrición e hidratación, eliminación y termorregulación.

### NECESIDAD DE OXIGENACIÓN

#### Subjetivo:

Disnea debido a:.....tos productiva/ seca.....dolor asociado  
con la respiración:.....fumador:.....Desde  
cuando fuma/ cuantos cigarros al día/ varía la cantidad según el estado  
emocional.....

#### Objetivo:

Registro de signos vitales características:.....

tos productiva / seca.....estado de conciencia:.....

Coloración de piel/ lechos ungueales/ peribucal:.....

Circulación del retorno venoso:.....

Otros:.....

### NECESIDAD DE NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN.

#### Subjetivo:

Dieta habitual (tipo):.....número de comidas diarias.....

Trastornos digestivos:.....Intolerancia alimentaria / alergias.....

Problemas de la masticación y deglución:.....

Patrón de ejercicio:.....

#### Objetivo:

Turgencia de la piel.....Membranas y mucosa hidratadas/ secas.....

Características de uñas/ cabello.....Funcionamiento neuromuscular y

esquelético.....Aspecto de los dientes y encías:.....

Heridas, tipo y tiempo de cicatrización.....

Otros:.....



## NECESIDAD DE ELIMINACIÓN.

### Subjetivo:

Hábitos intestinales:.....características de las heces, orina y menstruación:.....Historia de hemorragias/ enfermedades renales/ otros:.....Uso de laxantes:.....hemorroides:.....Dolor al defecar/ menstruar/ orinar:.....Como influyen las emociones en sus patrones de eliminación:.....

### Objetivo:

Abdomen características:.....Ruidos intestinales:.....Palpación de la vejiga urinaria:.....Otros:.....

## NECESIDAD DE TERMORREGULACIÓN.

### Subjetivo:

Adaptabilidad de los cambios de temperatura:.....Ejercicio/ tipo y frecuencia.....Temperatura ambiental que le es agradable:.....

### Objetivo:

Características de la piel:.....transpiración.....Condiciones del entorno físico:.....Otros:.....

## 2. NECESIDADES BÁSICAS DE:

Moverse y mantener una buena postura, usar prendas de vestir adecuadas, higiene y protección de la piel y evitar peligros.

## NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA.

### Subjetivo:

Capacidad física cotidiana:.....Actividades en el tiempo libre:.....Hábitos de descanso:.....Hábitos de trabajo:.....

### Objetivo:

Estado del sistema músculo esquelético. Fuerza:.....Capacidad muscular. Tono /resistencia /flexibilidad:.....

Posturas:..... Necesidad de ayuda para  
la deambulación:..... Dolor con el movimiento:.....  
Presencia de temblores..... estado de conciencia:.....  
Estado emocional:.....  
Otros:.....

### NECESIDAD DE DESCANSO Y SUEÑO.

#### Subjetivo:

Horario de descanso:..... horario de sueño.....  
Horas de descanso:..... horas de sueño:.....  
Siesta:..... ayudas:.....  
Insomnio:..... debido a:.....  
Descansado al despertarse:.....

#### Objetivo:

Estado mental. Ansiedad/ estrés/ lenguaje:.....  
Ojeras:..... atención:..... Bostezos:..... concentración:.....  
Apatía:..... cefaleas:.....  
Respuesta a estímulos:.....  
Otros:.....

### NECESIDAD DE USAR PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS.

#### Subjetivo:

Influye su estado de ánimo para la selección de sus prendas de vestir:.....  
Su autoestima es determinante en su modo de vestir:.....  
Sus creencias le impiden vestirse como a usted le gustaría:.....  
Necesita ayuda para la selección de su vestuario:.....

#### Objetivo:

Viste de acuerdo a su edad:.....  
Capacidad psicomotora para vestirse y desvestirse:.....  
Vestido incompleto:..... sucio:..... inadecuado:.....  
Otros:.....

## NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL.

### Subjetivo:

Frecuencia del baño:.....  
Momento preferido para el baño:.....  
Cuántas veces se lava los dientes al día:.....  
Aseo de manos antes y después de comer:.....después de  
eliminar:..... Tiene creencias personales  
o religiosas que limiten sus hábitos higiénicos:.....

### Objetivo:

Aspecto general:.....  
Olor corporal:..... halitosis:.....  
Estado del cuero cabelludo:..... Lesiones dérmicas tipo:.....  
Anote la ubicación en diagrama.....Otros:.....

## NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS.

### Subjetivo:

Que miembros componen la familia de pertenencia:..... Como reacciona  
ante situaciones de urgencia:..... Conoce las  
medidas de prevención de accidentes:..... Hogar:..... trabajo:.....  
Realiza controles periódicos de salud recomendados en su persona:.....  
Familiares:.....  
Como canaliza las situaciones de tensión en su vida:.....

### Objetivo:

Deformidades congénitas:.....  
Condiciones del ambiente en su hogar:.....  
Trabajo:..... otros:.....

**3. NECESIDADES BÁSICAS DE:** Comunicación, vivir según creencias y valores, trabajar y realizarse, jugar y participar en actividades recreativas, aprendizaje.

**NECESIDAD DE COMUNICARSE.**

**Subjetivo:**

Estado civil:.....años de relación:.....viven con:.....  
Preocupaciones/ estrés:.....familiar:.....  
Otras personas que pueden ayudar:.....  
Rol en estructura familiar:.....  
Comunica problemas debidos a la enfermedad/ estado:.....  
Cuanto tiempo pasa sola:.....  
Frecuencia de los contactos sociales diferentes en el trabajo:.....

**Objetivo.**

Habla

claro:.....Confusa/Dificultad.....Visión:.....  
.....audición:.....Comunicación verbal/ no verbal con la familia/ con otras  
personas significativas:.....Otros:.....

**NECESIDAD DE VIVIR SEGÚN SUS CREENCIAS Y VALORES.**

**Subjetivo:**

Creencia religiosa:.....Su creencia religiosa le genera conflictos  
personales:.....Principales valores en la familia:.....  
Principales valores personales:.....  
Es congruente su forma de pensar con su forma de vivir:.....

**Objetivo:**

Hábitos específicos de vestido (grupo social religioso).....  
Permite el contacto físico:.....  
Presencia de algún objeto indicativo de determinados valores o creencias:.....  
Otros:.....

## NECESIDAD DE TRABAJAR Y REALIZARSE.

### Subjetivo:

Trabaja actualmente:.....tipo de trabajo:.....

Riesgos:.....cuanto tiempo le dedica al trabajo:.....

Esta satisfecho con su trabajo:.....su remuneración le permite cubrir sus necesidades básicas y/ o las de su familia:.....

Esta satisfecho (a) con el rol familiar que juega:.....

### Objetivo:

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

Otros:.....

## NECESIDAD DE JUGAR Y PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS.

### Subjetivo.

Actividades recreativas que realiza en su tiempo libre:.....

Las situaciones de estrés influyen en la satisfacción de esta necesidad:.....

Recursos en su comunidad para la recreación.....

Ha participado en alguna actividad lúdica o recreativa:.....

### Objetivo:

Integridad del sistema neuromuscular:.....

Rechazo a las actividades recreativas:.....

Estado de animo. Apático/ aburrido/ participativo:.....

Otros:.....

## NECESIDAD DE APRENDIZAJE.

### Subjetivo:

Nivel de educación:.....problemas de aprendizaje:.....

Limitaciones cognitivas:.....tipo:.....

Preferencias leer/ escribir:.....conoce las

fuentes de apoyo para el aprendizaje en su comunidad:.....

Sabe como utilizar estas fuentes de apoyo:.....

Interés en el aprendizaje para resolver problemas de

salud:.....

Otros:.....

### Objetivo:

Estado del sistema nervioso:.....

Órganos de los sentidos:.....

Estado emocional ansiedad, dolor:.....

Memoria reciente:.....memoria remota:.....

Otras manifestaciones:.....

## **SUGERENCIAS**

Incluir la materia de Teorías y Modelos de Enfermería en planes de estudio.

Que el personal de enfermería se interese por la aplicación de un modelo de atención acorde a la Unidad Hospitalaria, independientemente del nivel de atención.

Impartir Cursos Monográficos o Seminarios sobre la aplicación del Proceso de Atención de Enfermería, pero llevando a cabo un seguimiento.

Mejor llenado de los registros clínicos de enfermería en las Unidades hospitalarias del Instituto Mexicano del Seguro Social, obedeciendo los pasos del proceso, lo cual dará sustento a la profesión.

## BIBLIOGRAFÍA

Alfaro Rosalinda. Aplicación del Proceso de Enfermería. Editorial Doyma. P. 255.

Anne E. Belcher. Enfermería y Cáncer. Editorial Harcourt Brace. Volumen 5. p 24

Carpenito J. Lynda. Diagnósticos de Enfermería. Aplicación a la práctica clínica. Editorial interamericana Mc. Graw-Hill. P 1335.

Colliere Marie-Francoise. Promover la Vida. Editorial Interamericana Mc Graw-Hill 1997. p. 395.

Diagnósticos Enfermeros de la NANDA. Definiciones y Clasificación 1999-2000. Editorial Harcourt. P.141.

Hernández Conesa Juana. Historia de la Enfermería. Editorial Interamericana. 1995 p.195.

H. Yura. M. B. Walsh Ciencias de la Enfermería. El proceso de enfermería. Editorial Alhambra. 1982. p 222.

Kérouac M. N. Suzanne. El Pensamiento Enfermería. Editorial Masson. S. A. p. 178.

Luis Rodrigo Ma. Teresa. De la Teoría a la Práctica. El pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI. Editorial Masson. 1998. p. 202.

L. Ropelle. L. Grondin. Un Proceso Centrado en las Necesidades de la Persona. Editorial. Mc. Graw-Hill.. 1a. Edición en español 1993.



Marriner Ann. Modelos y Teorías de Enfermería. Ediciones Rol, S. A. 1989. p. 345.

Mady Fuerbringer Bermeo, et. Al. Enfermería, Disciplina Científica ( una aproximación epistemológica). Editorial Universitaria Potosina. México. 1995. p.183.

Nordmark/ Rohweder. Bases Científicas de la Enfermería. Segunda edición. Editorial Manual Moderno. Reimpresión 2002.

Tucker. Canobbio. Paquete. Wells. Normas de Cuidados del Paciente. Editorial Harcourt/ Océano. P. 770-775.

Vt. De Vita, Jr. Et. Al. Cáncer. Principios y Práctica de Oncología. Salvat Editores. Barcelona 1984. p. 895.