



UNIVERSIDAD NACIONAL
AVENIDA DE
MEXICO

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA:

APLICADO A PACIENTE CON ALTERACION
DE LA NECESIDAD DE HIDRATACION

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADA EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA
P R E S E N T A
PATRICIA MONROY HIDALGO
NUMERO DE CUENTA: 7753984-9

DIRECTORA DEL TRABAJO MAESTRA: JUANA BAROJA CRUZ



MEXICO, D. F., 2004

ESCUELA NACIONAL DE
ENFERMERIA Y OBSTETRICIA



SECRETARIA DE ASUNTOS ESCOLARES



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

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA:
APLICADO A PACIENTE CON ALTERACIÓN DE LA NECESIDAD DE
HIDRATACIÓN

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

P R E S E N T A :

PATRICIA MONROY HIDALGO

NUMERO DE CUENTA: 7753984-9

DIRECTORA DEL TRABAJO
MAESTRA : JUANA BAROJA CRUZ

MÉXICO 2004

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

NOMBRE: Patricia Monroy Hidalgo

FECHA: 3-10-04

FIRMA: [Firma manuscrita]

INDICE

Introducción.....	4
-------------------	---

CAPITULO I Marco Teórico Conceptual de la Enfermería

1,Origen del cuidado.....	5
1.1 Sociedades primitivas.....	5
1.2 Primeras civilizaciones, Cuidados domésticos.....	6
1.3 El Mundo Clásico.....	7
1.4 Institucionalización de los Cuidados Cristianos.....	8
1.5 Contexto socio cultural en que se desarrolla la obra de F. Nightingale.....	9
1.6 Primero centros de instrucción de cuidados de Enfermería.....	11
1.7 La Enfermería de orientación Nightingale.....	12
1.8 Desarrollo de la Enfermería en la actualidad.....	12
1.9 Cuidado.....	13
1.9.1 Origen del cuidado.....	13
1.9.2 Cuidado de enfermería.....	14
2. Metaparadigma.....	15
3. Teoría.....	16
4. Modelo.....	16
5. Profesionalización en Enfermería.....	16
6. Formación continua.....	18

CAPITULO II EL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

1.- Algunos Antecedentes Históricos.....	19
2.- Los Objetivos.....	20
3.- Las Ventajas.....	20
4.- Las Características.....	20
5.- Las Etapas.....	21
6.- Valoración.....	21
6.1.- Formas de Valoración.....	23
6.2.- Recolección de Datos.....	23
6.3.- Tipos de Datos.....	23
6.4.- Fuentes de Datos.....	24
6.5.- Metodos para la recolección de Datos.....	25
6.6.- Patrones Funcionales de Salud.....	30
6.7.- Identificación de Señales Signos y Síntomas.....	30
6.8.- Validación de Datos.....	30
6.9.- Organización de Datos.....	31
6.10.- Documentación y registro de Valoración.....	31

7.- Diagnóstico.....	32
7.1. - Identificación de problemas	33
7.2 Identificación de patrones de interacción y de problemas, análisis y síntesis de los datos	33
7.3 Diagnóstico de Enfermería	35
7.4. -Formulación de problemas	40
8. - Planificación de los Cuidados de Enfermería	41
8.1. - Etapas en el Plan de cuidados	41
8.2. -Selección de Prioridades	42
8.3. - Planteamiento de Objetivos	43
8.4. - Objetivos de Enfermería	43
8.5. - Objetivos del Cliente- Paciente.	45
9- Ejecución.....	46
10- Evaluación.....	49

CAPITULO III EL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON

1. - Referencias y antecedentes personales	54
2. -Definiciones	55
3. -Afirmaciones teóricas	56
4. -Características de el modelo de virginia Henderson	57

CAPITULO IV APLICACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERIA

1. – Contextualizacion.....	58
2. -Valoración de necesidades humanas..... Ficha de identidad	60
3. – Etapa de diagnóstico de Enfermería, Plan de cuidados y evaluación.....	64

CONCLUSIONES	79
---------------------------	----

ANEXOS	80
---------------------	----

BIBLIOGRAFÍA	90
---------------------------	----

INTRODUCCIÓN

El presente proceso se realiza para la titulación de la licenciatura en enfermería realizada en la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia por Sistema Abierto.

Una de las características definitorias de una disciplina profesional es la de utilizar una metodología propia para resolver los problemas de su competencia; La enfermería, como cualquier otra profesión, también debe cumplir este requisito si quiere ser admitida como miembro de pleno derecho en la comunidad científica.

La razón del presente trabajo es la exposición de un caso clínico de un paciente con alteración de la necesidad de hidratación, que llega a este estado por varios factores, uno de ellos el no-seguimiento de un régimen ya indicado, tanto de él como de sus familiares, presentando un estado de depresión respiratoria.

En el primer capítulo encontramos una breve semblanza de los orígenes del cuidado y como va surgiendo el desarrollo hasta llegar a la profesionalización de la Enfermería; posteriormente se habla sobre el proceso de atención de enfermería y como es un instrumento de trabajo para el cuidado de las personas.

El segundo capítulo nos da los conceptos teóricos del Proceso de Atención de Enfermería, metodología propia del hacer de la Enfermería, se pondera la importancia del método, sus bondades y ventajas, nos lleva por los pasos del mismo y descubrimos su aplicación e importancia para nuestra profesión.

No se puede hablar de una metodología propia de Enfermería sin hablar de un modelo teórico para su aplicación es así que en el tercer capítulo vemos él porque de la utilización del modelo de Virginia Henderson, la importancia de sus obras y el reconocimiento internacional que tiene, la forma en que esta teórica aplica su modelo, las aportaciones que dio a la Enfermería, entre ellas destaca la conceptualización, los elementos que componen su modelo y los principales conceptos de su teoría.

Por último tenemos la aplicación misma del Proceso de Atención de Enfermería a través de un estudio de caso que en lo personal me parece que es el capítulo más importante ya que en este se conjunta tanto la metodología como el sustento teórico de un modelo específico para brindar el cuidado de enfermería, cuidado fundamentado en un bagaje de conocimientos científicos que se deben aplicar a cada acción de Enfermería, dando como resultado la resolución del problema que tenga el paciente y mejorando cada vez más, nuestra práctica.

CAPITULO I. MARCO TEORICO CONCEPTUAL DE LA ENFERMERIA

1. -Origen del cuidado.

Desde el comienzo de la vida, los cuidados existen, ya que es necesario ocuparse de la vida para que esta pueda persistir.

1.1 Sociedades Primitivas

Con el fin de cubrir sus necesidades básicas y perpetuar la especie, las primeras civilizaciones vivían en grupos, dedicados a cazar y/ o recolectar alimentos. Se enfrentaban a un medio ambiente hostil. Al conseguir el dominio del fuego configuran una organización social, se vuelven sedentarios gracias a la agricultura.¹

Comienzan a ejercer cuidados según un plan, basados en el conocimiento de las demás condiciones naturales del medio en el que habitan y a su experiencia. Las diferencias biológicas determinarían el reparto de las actividades.

Mujer (fecundidad)

-mantenimiento del fuego

-Cuidado de gestantes, partos y prole

-recolección de vegetales, selección y preparación.

Inicia con la creencia de espíritus buenos y malos, esto influyó en el desarrollo de los conocimientos tribales.

La orientación de los cuidados basada en todo aquello que contribuye a asegurar el mantenimiento y la continuidad de la vida nace de lo que Edgar Marín llama *Phycis*, es decir la ciencia de la naturaleza descubierta progresivamente por ensayos, tanteos y errores, este conocimiento de la naturaleza favorece la adquisición del "saber hacer " del "saber usar " , que elaborándose y desarrollándose constituye un patrimonio de ritos y creencias en el seno de un grupo con unas atribuciones de las que algunas son más cosa de hombres y otras primordialmente cosa de mujeres.²

"Las precarias condiciones de la vida hacen a la muerte omnipresente y siempre terrorífica"³

¹ Collière Marie Francois , Promover la vida pág. 33

² Collière , op cit., , Origen de la práctica de los cuidados ..

³ AttL J. L' ordre Cannibale, Paris, Grasset 1979 p. 21

Surgen preguntas sobre lo bueno y lo malo para permitir así que prosiga la vida de los individuos y del grupo.

Surgirá la orientación metafísica, es decir, aquella que nace de discernir lo que es considerado como bueno o malo, dando así lugar a suposiciones que a su vez darán origen a Otras interpretaciones. Esta orientación interpreta y designa las fuerzas maléficas, portadoras del mal y por lo tanto la enfermedad y la muerte⁴

1.2 Primeras civilizaciones, Cuidados domésticos.

Los papiros son de los primeros documentos escritos de la humanidad, escritos sobre los siglos XX y XV a. C.; aunque hay quien asegura que son copia de originales anteriores.⁵

El ejercicio cotidiano de los cuidados era puesto en marcha en el ámbito doméstico, por lo que generalmente era practicado por las mujeres y los esclavos, a excepción de aquellas "recetas compuestas por las reinas " recogidas por la historia en los textos egipcios. A diferencia con otros pueblos de la antigüedad en Egipto, existía una "cultura del cuidado ".

No se podía dejar a los pacientes sin ayuda y nunca consideraron a la enfermedad como en otras civilizaciones, impoluto o intocable. De igual manera, una amplia gama de costumbres regulaba la actitud que se debía tener hacia los niños, basada en extremos de ternura y resaltando el papel de la nodriza, así como los cuidados en la gestación, el parto y la crianza. Sobre los cuidados domésticos, los papiros, tienen fragmentos que se refieren a la manera de administrar una droga (Berrees, 325), a la aplicación de ungüentos y gomias (Ebers, 745), así como hora de administración, temperatura y duración de ciertos remedios.

Estas actividades eran efectuadas por sirvientes y esclavos de la casa y organizadas por el ama así como las actividades relacionadas con el mantenimiento de la salud familiar, tales como la alimentación, la higiene y remedios básicos, también tenía cuidadosos hábitos sanitarios.

Se otorgaban permisos laborales para atender a parientes enfermos y heridos, y daban adecuada alimentación a los trabajadores Junto a los sacerdotes de la Diosa Sekmet figuran algunas de las prácticas relacionadas con la enfermería. Cuya orientación institucional determina un marcado contenido mágico, religioso y técnico.⁶

⁴ Clriere op cit. Origen de la practica de los cuidados p. 6

⁵ P. Lian Entralgo; Historia universal de la medicina. Salvat Barcelona, 1978, tomo I, pág.19

⁶ Hernandez Conesa Juana , Historia de la Enfermería , Los orígenes de cuidado p 30 ,31, 32.

1.3 El Mundo Clásico:

En la Grecia antigua, se efectuó el paso del pensamiento mítico racional: del *mythos* al *logos*.

"Desde entonces hasta hoy, y seguramente hasta siempre conocer adecuadamente la "naturaleza" de una cosa es la condición necesaria y suficiente para que el saber resultante del empeño -un saber pobre ó rico, balbuceante o bien articulado merezca la realidad el nombre de "ciencia" y a la vez, para que el manejo de aquella al servicio de los fines de hombre, constituya una autenticatécnica"⁷.

Desde la Grecia clásica, solo recientemente ha vuelto a incorporarse el *logos* a la naturaleza de los actualmente "cuidados de enfermería", a pesar de la inteligencia de las manos haya practicado los cuidados desde el comienzo de la vida del hombre en el planeta.

Los cuidados en la Grecia clásica, siguieron siendo instintivos, mágicos y religiosos. Divididos entre los remedios naturales y sobrenaturales administrados en templos, como el de Escolapio.

En los escritos de Hipócrates, se cita el asistente o servidor, generalmente hombre que corresponde con una de las primeras figuras históricamente institucionalizadas que realiza "prácticas de enfermería" el papel de la mujer se reducía al hogar, en el terreno de los cuidados, aparecen como amas de cría y parteras empíricas.⁸

Los griegos sentían desprecio por las actividades de carácter manual, existía una división social tan profunda que hace imposible que un mismo individuo sea, a la vez trabajador y ciudadano.

"Los que se ocupan de estos trabajos, no disponen de tiempo para cultivar la amistad o la ciudadanía por ello se considera malos amigos, y malos patriotas. En algunas ciudades, especialmente las guerreras, es ilegal que un ciudadano se consagre a trabajos mecánicos."¹⁰

Tuvieron escasa importancia social " los cuidados de enfermería" ya que fueron relegados a sirvientes y esclavos.

Platón señala las diferencias entre una ciencia práctica, una ciencia teórica y una mixta. En todas ellas, el teórico dirige el trabajo manual, pero no se ocupa de él.¹¹

⁷ Lajín Entralgo. Op. Cit. Tomo II, pág. 30-49

⁸ García Barrios y Calvo Charro: Historia de la Enfermería Textos mínimos de la Universidad de Málaga, 1992 págs. 18-19

⁹ Vesalio. De corporis humani fabrica, Libri septem, 1543. Obra en la que combatía las opiniones de Galeno y de los antiguos, y que produjo una verdadera revolución científica en aquella época.

¹⁰ Jenofonte, Oeconomicus, iv, 203

¹¹ Platón. Politicus. Págs. 258-259

Para que la enfermería comenzara a tomar cuerpo científico, faltaba un agente catalizador que permitiera su desarrollo, y fue hasta que las condiciones sociales mejoraron y no permitían la esclavitud y la inferioridad femenina.

En la Roma Pagana, los cuidados estaban relacionados con la fuerza física y por las situaciones de enfrentamientos bélicos.

Las mujeres podían llegar a poseer un gran patrimonio, y tuvo acceso a una formación que les permitiese "conocer los preliminares de todas las ciencias".

Los cuidados continuaban siendo domésticos con escasas excepciones se contaban con enfermeras, referidas por Columela en el último de sus libros.¹²

Para Dixon Luzanne, las acciones de la madre romana, están impregnadas de conocimientos morales más que metodológicos y afectivos, con autoridad absoluta sobre el hogar y su organización, con influencia del mundo griego. Para Quintiliano¹³ 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."

1.4 Institucionalización de los Cuidados de Enfermería Cristianos.

En la Iglesia del siglo III, el obispo era llamado "Padre de los pobres" él diacono era su delegado y con él colaboraban mujeres generalmente viudas que recibían el nombre de diaconisas, dedicadas a la educación de los huérfanos, a las labores pastorales entre mujeres y al cuidado de los enfermos.¹⁴

Encontramos ejemplos de las romanas, Marcela que dedicó su vida al cuidado de los enfermos en su propio palacio; Fabiola, que fundó en su palacio el primer hospital gratuito; y Paula que construyó numerosos hospitales camino a Belén, y fue la primera en concebir a la enfermería como un arte diferenciado del servicio al pobre así como base fundamental de su labor, la caridad.

El concepto cristiano de ayuda, permitió el desarrollo de hospederías hospitalares y leprosalarios, donde los cuidados son practicados de forma institucionalizada.

La institucionalización de "Los cuidados de Enfermería" en Europa occidental se lleva a cabo en monasterios rurales, casas de caridad y pequeñas hospederías, en el imperio Bizantino se construyeron hospitales para institucionalizar esta labor.

En el siglo IV las enfermeras empezaron a percibir salarios.¹⁵ Las instituciones dedicadas al cuidado de los enfermos estaban sujetas a la filosofía y al pensamiento cristiano. Destinaban lugares específicos para los enfermos.

¹² Columela. De arg., XII. 3

¹³ Quintiliano. Institutio oratoria, I.1.5.

¹⁴ Schmitt Pantel, P.: Historia de las Mujeres, Tomo I, Madrid, 1991 pág. 486

¹⁵ Demetrios J. Constantelos : Dictionary of the Middle Ages, Vol.6 Nueva York, 1095 págs 50-60

Hasta la edad media se establecen condiciones para el ejercicio del cuidado y un periodo de información más definido.

"La contratación, previo pago de personas dedicada al cuidado " tiene cierto rasgo de "profesionalización"; No obstante, las connotaciones cristianas de "ayuda" y caridad y el viejo concepto de ayuda a los pobres, constituirán un obstáculo decisivo para el desarrollo de la enfermería, como aceptar los votos religiosos, castidad, pobreza y obediencia.¹⁶

Los hospitales ofrecieron otro campo de actividades adecuado para las mujeres que no se podían casar y cuya clase social no les permitiera acceder a otras formas de vida religiosa.¹⁷

También existían las comadronas, quienes además de asistir el parto, se ocupaban de problemas ginecológicos, la asistencia femenina en estos casos fue la más habitual.

Los médicos de la época no debían ver humillada su profesión con labores que requiriesen un trabajo manual, en zonas corporales que pudieran causar escándalo.¹⁸

Durante las cruzadas 1096-1204, hubo las órdenes militares con una rígida jerarquía autónoma e inmensos recursos, las cuales daban cuidado a caballeros heridos y enfermos. Construyeron grandes hospitales, sus miembros se dividieron en caballeros sacerdotes y hermanos sirvientes.¹⁹

Así las enfermerías nacen y se desarrollan en tiempos de guerra.

1.5 Contexto sociocultural en el que se desarrollo la obra de Florence Nightingale

El proceso social y económico del siglo XIX, la Revolución Industrial y de medios de transporte, aceleró las comunicaciones. La concentración de la población obrera alrededor de las fábricas y de las ciudades fue consecuencia de la industrialización. Las casas se construyeron lo más apiñadas posible, sin tener en cuenta aspectos como la salubridad o ventilación; con callejones estrechos y patios cuadrículares, donde se acumulaban desechos, y en el interior de las viviendas mugre y miseria.²⁰

La obra de Nightingale recoge algunas medidas con las que paliar los posibles estragos que, sobre la salud, podría producir este caos urbanístico, de donde derivan cinco puntos esenciales para asegurar la salubridad de las viviendas:

- 1.-Aire puro
- 2.-Agua pura
- 3.-Desagües eficaces

¹⁶ J. Orlandis: Estudios sobre Instituciones monásticas medievales . Pamplona, 1971, pág.310.

¹⁷ M. Wade Laberge, pág., 238

¹⁸ Bertini Ferruccio . La mujer medieval, págs 131-152 ,Madrid 1991.

¹⁹ Jj. Baldeón Baroque. Historia General de la Edad Media, Tomo II siglos XI al XV pág.66

²⁰ F. Engels,Norman, J.G. Pounds: pág 468

4.-Limpieza

5.-Luz

Sin esto no hay casa que pueda ser salubre, y será insalubre justo en la proporción en que estos puntos fallen.

"El poder formarse una opinión correcta debe depender totalmente de una investigación de las condiciones en que el paciente vive"²¹

El aumento demográfico, los hábitos higiénicos y dietéticos, individuales y colectivos deficientes, la tuberculosis atacando de manera progresiva, constituyeron uno de los retos del siglo en pro de la Salud.

En 1859 aparece la obra maestra de Darwin " El origen de las especies por selección natural"

En 1882, Roberto Koch descubre el bacilo de la tuberculosis, los estudios sobre enfermedades influyeron decisivamente en el desarrollo de una política urbanística.

La peste ya no causaba estragos y los casos de viruela eran cada vez menos por la vacuna; no obstante, en el continente europeo se desencadenó el cólera,²² la gripe, la fiebre amarilla y difteria, reproduciéndose los grandes "miedos medievales ". Por ello se crearon hospitales temporales.

El tétanos aumento su frecuencia con las guerras coloniales y el paludismo atacaban a las expediciones.

Simmelweis revolucionará la atención a las parturientas mediante medidas higiénicas que ya practicaban las salas atendidas por enfermeras. La Quinina, que ya era conocida por los indígenas del antiguo México fue perfeccionada, lo que contribuyó a mejorar el estado sanitario de las tropas militares. Tuvieron lugar considerable progresos y se individualizaron numerosas enfermedades.²³

Este camino hacia la salud y el bienestar fue precedido por la revolución biológica, por primera vez, se plantean repercusiones económicas de los problemas de salud. Las notas de Nightingale concuerdan con los avances y descubrimientos de este siglo e incorporándolos a las acciones de enfermería en 1900 la esperanza de vida era de 45 años y la mortalidad infantil era considerable.

La enfermería se había basado en una idea de arte y no de ciencia pero la impotencia de los cuidados lleva a F. Nightingale rechazar las orientaciones que durante siglos, habían paralizado a la disciplina y a desear y propugnar su integración en un sistema independiente que le permitiese elaborar, en el futuro y dentro de los límites de la ciencia una síntesis doctrinal. No obstante, la técnica será la que dotará a la enfermería del espíritu de la

²¹ Ibid., pág 120.

²² Hasta ahora, esta enfermedad sólo se había desarrollado en las zonas del Ganges y del Medio Oriente.

²³ Tomado de Marcel Sendrail: Historia actual de la enfermedad. Espasa Calpw, Madrid, 1983, pág 380.

"Filosofía Nightingale", que la hará ser dependiente, durante más de un siglo, de la enfermedad y de la medicina.

La enfermería en este momento histórico, debió proveerse de un método de análisis y de un trabajo riguroso que la acercaran a las demás disciplinas, tal como en esencia propugnaba la obra y los escritos de Nightingale.

En 1846-47 se descubrió la anestesia y comenzaron a manejarse los conceptos de asepsia y antisepsia de las que se beneficiaría la enfermería en sus "prácticas de cuidados generales y materno infantiles "

Se observó una regresión progresiva de la morbilidad y de la mortalidad. Provocada por enfermedades epidémicas e infecciosas, aumentó la longevidad. El fin de este siglo se caracterizó por una sucesión de descubrimientos.

Se produjo un cambio sustancial en el concepto de "la locura y de los aspectos mentales ligados al enfermar",²⁴ esto influyó a los cuidados de enfermería y quedó reflejado en la obra de Nightingale, introdujo, como elemento de los cuidados aspectos que hoy denominamos psicosociales.

De 1848 a 1900 los hospitales se modernizaron y se beneficiaron de la "Revolución Pasteuriana", F. Nightingale, realizó observaciones sobre las modificaciones necesarias, de acuerdo a los conocimientos del momento.

"El arte de curar" vio consagrado su prestigio. "El arte de cuidar" quedó relegado durante más de un siglo, a tareas derivadas de los avances de la medicina y su técnica.

Claude Bernard, escribió: "La idea es el grano, el método es el terreno"

La idea nos la legó Florens Nightingale; ahora hemos de delimitar el terreno donde desarrollar el método para encontrar las leyes de los fenómenos que constituyen los Cuidados de Enfermería.

F. Nightingale: Ahora hemos de delimitar el terreno donde desarrollar el método para encontrar las leyes de los fenómenos que constituyen los cuidados de enfermería.

1.6 -Primeros centros de instrucción de cuidados de enfermería.

1836-La diaconisa de Kaiserwerth (Alemania)-enfermeras visitadoras. Su programa incluía: Enfermera hospitalaria (3 años)²⁵

"La combinación de una forma semi-militar de disciplina profesional proporciona el modelo para las primeras escuelas norteamericanas "

²⁴ Pinel fue el gran promotor, desde la Ilustración francesa, de este cambio de actitud hacia la "locura" posteriormente Esquirol (1772-1840) concretaría su obra a través de la escuela Francesa.

²⁵ En 1889, el conde Gasparin y su esposa iniciaron un movimiento, en Suiza, con el objeto de proporcionar una formación adecuada a las enfermeras fundaron una escuela en Sucerna

Se distingue la contribución social del trabajo femenino y todo este proceso culminó dándole un carácter profesional a estas actividades femeninas y que aparecían bajo "formas de servicio altruista".

1.7 La Enfermería de Orientación Nightingale

La escuela de Nightingale inició el 24 de junio 1840. Preparaba enfermeras de hospital, visitadoras y enfermeras para preparar a otras, de esta surgieron líderes de la enfermería que fueron enviadas a otros países disminuyendo la degradación que en épocas anteriores, habían sufrido la enfermería en países protestantes.

Esta escuela sirvió de modelo para otras y el libro "Notas sobre Enfermería" de F. Nightingale sirvió como libro de texto

Inspirado en los trabajos de Nightingale, Dunant, funda la cruz roja en donde la enfermera es una figura importante de los cuidados a prestar a los enfermos, se consultaron sus trabajos para reformar los servicios públicos de salva, también sus informes sirvieron para modificar la organización de los hospitales y las condiciones de vida de los soldados. En 1864, firman la convención de Ginebra que contiene principios para el trato y protección de los heridos de guerra. Todos los gobiernos acordaron respetar a las enfermeras de la Cruz Roja como combatientes. En 1882 los Estados Unidos la refrendaron gracias a los esfuerzos de Clara Barton.²⁶

La lectura del libro "Notas de Enfermería" publicado en 1859 (a pesar de los 150 años transcurridos), se considera necesaria para comprender la misión humana y profesional de Nightingale a la que se puede atribuir "El inicio de la profesionalización de los cuidados, así como muchos de los conceptos que, acerca del cuidar, se desarrollaron posteriormente"²⁷ es de ella la idea de una formación programada y sistemática impartida por enfermeras de formación superior alejadas de la ignorancia y desidia en que estaban en los siglos pasados. Su método de trabajo consistía en una incansable lectura y recogida de datos, observando, y analizando todo aquello que tuviera relación con la Enfermería, ya fueran noticias de su país o de otros lugares.²⁸

1.8. Desarrollo de la enfermería en la actualidad

Las enfermeras, en Estados Unidos principalmente, se interesan cada vez más por la investigación como medio de desarrollo de los conocimientos. En esta época, los intereses de investigación de las enfermeras giran alrededor de las enfermedades contagiosas, los planes de cuidados específicos a estos grupos²⁹ Hacia los años treinta, las investigaciones

²⁶ Clara Barton (1821-1912) fue una de las figuras más importantes de la enfermería seglar durante la guerra de Secesión norteamericana. Su labor constituyó la base para la fundación de la Cruz Roja americana.

²⁷ Es recomendable la lectura del prólogo del libro, de la edición española de Virginia M. Dunbar.

²⁸ M.V. Dunbar, op. Cit.

²⁹ Gortner 1983

intentan evaluar sistemáticamente las técnicas de cuidados, lo mismo que las funciones y actividades de la enfermera.

En los años cincuenta, las investigaciones se concretan en la organización de las unidades de cuidados y en mejorar los cuidados enfermeros. La preocupación consiste entonces en estandarizar las normas de calificación de las enfermeras³⁰

Así, los resultados de las primeras investigaciones enfermeras³¹ permiten una transformación del sistema de prestación de cuidados a principios de los años cuarenta. Las enfermeras diplomadas son contratadas en los hospitales con el fin de que los estudiantes dediquen más tiempo a los estudios y menos al trabajo³². Otros estudios recomiendan que las enfermeras reciban su formación en los colegios universitarios y que sean formadas para impartir la enseñanza en sus escuelas³³

En la primera mitad del siglo XX, el sistema de prestación de los cuidados enfermeros en América del Norte está caracterizado por una gestión individual, "caso por caso", seguido por sistema funcional de prestación de cuidados³⁴. El sistema funcional aparece hacia las décadas de los años 30 y 40. Resultado del taylorismo, este sistema pone el acento en la especialización de la tarea y fragmenta los cuidados en numerosas tareas. Así una enfermera ayuda al paciente a lavarse en la cama, otra distribuye los medicamentos, otra hace los apósitos, y la enfermera jefe tiene la responsabilidad del conjunto de los cuidados para todos los pacientes³⁵. El sistema de prestación de cuidados enfermeros en esta época apela a una gestión centralizada.³⁶

1.9. – Cuidado

Cuidar es un acto de vida que tiene por objetivo, en primer lugar y por encima de todo, permitir que la vida continúe y se desarrolle y, de ese modo, luchar contra la muerte.

Cuidar es, por lo tanto, mantener la vida asegurando la satisfacción de un conjunto de necesidades indispensables para vida, pero que son diversas en su manifestación. Las diferentes posibilidades saben responder a estas necesidades vitales crean e instauran hábitos de vida propios de cada grupo..

1.9.1. Origen del Cuidado

Como ya hemos visto desde el comienzo de la vida, los cuidados existen ya que es necesario "ocuparse de la vida para que esta pueda persistir". Los hombres, como todos los seres humanos, han tenido siempre necesidad de cuidados. Durante millares de años, los cuidados no fueron propios de un oficio, y aun menos de una profesión. Eran los actos de cualquier

³⁰ Gortner, 1983; Polit y Hungler, 1991

³¹ Informe Goldmark, 1923

³² Brooks y Kleine-Kracht, 1983; Church, 1990; Polit y Hungler, 1991

³³ Bergeron y cols., 1984; Polit y Hungler, 1991

³⁴ Petiat, 1989

³⁵ Kérouac, Duquette y Sandhu, 1990

³⁶ Kérouac *Grandes corrientes del pensamiento* p 8-9

persona que ayudara a otra a asegurarles todo lo necesario para continuar su vida, en relación con la vida de grupo.

La historia de los cuidados se perfila alrededor de ejes que originan dos orientaciones, de las que una garantizará su predominio hasta el punto de absorber a la otra, de suprimirla, intentando incluso hacerlo desaparecer.

La primera orientación es la que se inscribe en la historia de todos los seres vivos: Asegurar la continuidad de la vida del grupo y de la especie; Teniendo en cuenta todo lo indispensable para asumir las funciones vitales. Las tareas se organizan alrededor de una serie de necesidades fundamentales, esto da origen a la división sexual del trabajo.

Las precarias condiciones de vida hacen a la muerte omnipresente y siempre terrorífica. Para manejar este desconocimiento, hacen entonces los primeros discursos sobre el mal, los primeros conjuros del miedo; surgen preguntas sobre lo bueno o lo malo para permitir así que prosiga la vida de los individuos y del grupo, para rechazar a la muerte.³⁷

I.9.2. Cuidado de Enfermería:

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. La historia de las prácticas de cuidados vividas y transmitidas por mujeres, más tarde condenadas y desaprobadas por la Iglesia, explica 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 los 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 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.

-Identificación de los cuidados de -la mujer- enfermera auxiliar médica, desde el principio del siglo XX hasta finales de los años sesenta a través de estas distintas formas de identificar los cuidados y anticipándose a lo que después serán los cuidados de enfermería se podrá comprobar que hasta principios del siglo XX, el concepto que rige el papel de los que cuidan se basa en asegurar todo aquello que contribuye a mantener y conservar la vida. Sin embargo, esta concepción inicia en todo lo que rodea a la fecundidad se modifica profundamente cuando solo se dirige hacia la vida de los seres que sufren, los necesitados y los desheredados.

³⁷ Colliere M.F Promover la vida , origen de la practica del cuidado P 8

Sea cual sea su transformación, la concepción de los cuidados se encarna en las que los proporcionan hasta el punto de llegar a confundirse con ellas y convertirse en uno de los papeles establecidos.

- Papel labrado por la herencia cultural de la mujer que auxilia.³⁸
- Papel prescrito por las reglas conventuales de la mujer consagrada.

Principios del siglo XX hubo una verdadera bifurcación del concepto de cuidados dirigida por una corriente médica que vino a impregnar el concepto transmitido por las mujeres consagradas y a remodelar su función. Junto al modelo religioso se asocia el papel del auxiliar médico.

En la actualidad: Los cuidados de Enfermería son las intervenciones de enfermería con el cliente. Se define como lo que hace la enfermera para, por y con la persona. El enfoque primario de las intervenciones de enfermería son las interacciones transpersonales que ocurren entre la enfermera y el cliente

Aunque no se ha determinado con especificidad la diferencia de enfermería y otras profesiones que ayudan a satisfacer problemas de los clientes, la naturaleza de la enfermería si esta claramente diferenciada, por ejemplo, de la medicina, en cuanto esta ultima tienen que ver mas con intervenciones farmacológicas y quirúrgicas que con intervenciones basadas primeramente en la interacción personal³⁹

2. Metaparadigma:

El paradigma de cualquier disciplina es una declaración o un grupo de declaraciones que identifica los fenómenos relevantes para esa disciplina. Es un elemento transitorio y estratégico para la formación de la teoría, el paradigma denota el sistema predominante de filosofía, ciencia y teoría adoptado por una disciplina⁴⁰ Designa aquello que un colectivo científico tiene en común. En esta matriz compartida por el colectivo se incluye el conocimiento, la filosofía, la teoría, la experiencia educativa, la orientación práctica, la investigación y la literatura que se identifica con la disciplina; estas declaraciones presentan los fenómenos de interés de una manera general y global y nunca pretenden ser específicos y concretas.

El meta paradigma actúa como una unidad encapsulante o marco de referencia, de la cual se derivan estructuras más específicas y restrictivas⁴¹ Pero los paradigmas disciplinares se modifican a medida que la disciplina madura en su evolución teórica científica ó cuando pierden su razón de ser inocencia u obsolescencia.

³⁸ Verder Y, Francois de dire, Facons de Faire, Paris, ed Gallimard, 1980

³⁹ Watson 1988 define el cuidado como el ideal moral de la enfermería

⁴⁰ Marriner, T, Ann. Introducción al análisis de las teorías de enfermería, en Modelos y teorías de Enfermería 4 edit. Mosby-Doyma, Barcelona España, 1998 p 3-

⁴¹ Fawcett 1984-1995

Temas del Metaparadigma de Enfermería:

- A).-Principios y leyes que gobiernan los procesos de la vida, del bienestar y el funcionamiento de la salud de los seres humanos (saludables y enfermos).
- B).-Patrones del comportamiento humano y del ambiente en los eventos normales de la vida y las situaciones críticas.
- C).-Proceso por el cual se efectúan cambios positivos en el estado de salud.

3. Teoría

La teoría ayuda a adquirir conocimientos que permiten perfeccionar las prácticas cotidianas mediante la descripción, explicación, predicción y control de los fenómenos. Las enfermeras han mejorado su capacitación a través del conocimiento teórico, ya que los métodos aplicados de forma sistemática tienen mayores posibilidades de éxito. Además, las enfermeras sabrán en cada momento las razones de sus actos. La teoría facilita a los profesionales autonomía de acción, ya que sirve como guía en los aspectos prácticos, educativos y de investigación asociados a sus funciones profesionales. Además, el estudio de la teoría ayuda a desarrollar las habilidades analíticas, estimula el razonamiento, aclara los valores y suposiciones que se aplican, y determina los objetivos de la práctica de la educación y la investigación en enfermería.

4- Modelo.

Un modelo es una idea que se explica a través de la visualización simbólica y física. Los modelos simbólicos, que pueden ser verbales, esquemáticos cuantitativos, se caracterizan por haber perdido toda forma física reconocible para alcanzar un nivel de abstracción superior al de los modelos físicos. Los modelos verbales son los que expresan mediante enunciados verbales; los esquemáticos pueden adoptar la forma de diagramas, dibujos, gráficos o imágenes, en tanto que los cuantitativos. Los modelos físicos, por su parte, pueden asemejarse a la realidad que representan, por su parte, por ejemplo órganos del cuerpo humano o bien estar datos de un formato más abstracto sin perder por ello algunas de sus propiedades físicas, como sucede en los electrocardiogramas. En cualquier caso, los modelos pueden utilizarse para facilitar el razonamiento basado en los conceptos y las relaciones entre ellos, o bien para planificar el proceso de investigación. En los modelos conceptuales de enfermería se incluyen distintos aspectos del ser humano, entorno y salud⁴²

5. Profesionalización de la Enfermería.

Desde sus orígenes en 1899, el CIE ha mostrado un gran interés por conseguir para las poblaciones un nivel seguro de atención de enfermería mediante la formación, el establecimiento de normas y la reglamentación.

⁴² Mariner T, Ann Introducción al análisis de las teorías de Enfermería. Teorías y Modelos de Enfermería 4 Ed. Mosby-Doyma, Barcelona España 1998 p 3-15.

En su Congreso de 1922 celebrado en Copenhague, el CIE resolvió que el criterio aceptado para las enfermeras con formación profesional fuera la titulación después de tres años mínimo de formación continua en una escuela calificada reconocida. En 1929 el CIE definió a la enfermera capacitada en función del programa de formación que había completado y de sus campos de práctica. En 1933 en respuesta al ingreso de enfermeras no profesionales en las asociaciones nacionales de enfermeras, el CIE ratificó su compromiso de considerar que la enfermera es la profesional (Bridges).

Definiciones de Enfermería que propone el CIE: Enfermera/o, es una persona que ha completado un programa de enseñanza básica en enfermería y esta calificada para ejercer la enfermería en su país.

El CIE y la OMS celebraron conjuntamente en Nairobi un seminario sobre el rol de la enfermería en la atención primaria de la salud (APS), así se inició la colaboración del CIE con la OMS en este campo CE, 1979. EL resultado fue la aplicación por el CIE de dos iniciativas con repercusiones en la formación. La primera se centró en el desarrollo del liderazgo para la APS.

La segunda iniciativa consistió en la preparación de una publicación en la que se examinaba la función de la enfermera en la APS.

En 1985 el CIE aprobó una posición sobre el reglamento que exponía lo siguiente:

Los programas de formación de enfermería, por regla general, deben ser análogos a los de otras profesiones en lo que respecta al contexto, nivel, títulos, o diplomas académicos, control y normas generales.

Las directrices siguientes deben poder aplicarse en general a las instituciones de formación de enfermeras:

Contexto: en instituciones de enseñanza superior; unidades autónomas o independientes de enfermería a cargo de administradoras académicas enfermeras, como es adecuado para otras profesiones.

Nivel de formación y títulos o diplomas académicos: generalmente equivalentes a los de otras profesiones, dentro de la estructura de grados académicos vigente en el sistema de enseñanza superior.

Desde 1985, el CIE sigue elaborando directrices y publicaciones que tratan de la formación. Entre ellas figuran las siguientes:⁴³

*Promover el liderazgo de enfermería para la atención primaria de la salud

*Enfermería y atención primaria de salud. Una fuerza unidad.

⁴³ CIE. "Tendencias actuales y futuras", en La formación en enfermería: pasado y presente. Ginebra, CIE.1996 p 5-31

- *Elaboración de normas para la educación y el ejercicio de la enfermería
- *Directrices de educación permanente para las asociaciones nacionales de enfermeras.
- *Informes sobre”: La reglamentación de la Enfermería”
- *Manual sobre la reglamentación de la enfermería: del principio al poder
- *Directrices sobre la especialización en la enfermería
- *Preparación de la enfermera administradora y la enfermera en la administración general de salud.

Además en numerosas declaraciones de posición del CIE se articulan las cuestiones actuales de la formación que se plantean a la profesión en un mundo cambiante

6.. Formación Continua.

Sócrates y Platón pensaban que la formación era un proceso que dura toda la vida. A medida que aumenta el número de los profesionales de los cuidados de la salud, aumenta también la demanda de formación continua. De hecho la calidad de los cuidados de salud disponibles a la población del mundo depende en medida significativa de la calidad y disponibilidad de la formación continua para el personal de salud.

La Asamblea mundial de la Salud de 1974 hizo un llamado para el desarrollo de sistemas nacionales de formación continua para las profesiones de salud, basados en las necesidades locales nacionales.

La formación continua abarca toda la gama de las experiencias de aprendizaje disponibles a los trabajadores de salud desde el momento de titulación inicial hasta su jubilación. Es una parte de vital importancia de la gestión del sistema de salud, pues es una de las maneras principales de mantener y mejorar la calidad del trabajo de los dispensadores de salud. En la enfermería, abarca un continuo de formación en el que las enfermeras entran en proceso de aprendizaje a lo largo de toda la vida para mejorar los cuidados a los pacientes y el desarrollo profesional (ANA, 1992)⁴⁴.

En el futuro las necesidades de atención de salud y los factores que afectan a la prestación de los cuidados de salud serán probablemente complejos, polifacéticos y en constante evolución

El personal de enfermería debe estar preparado para hacer frente a esas necesidades cambiantes. La clave para estar en el lugar adecuado y hacer lo que es apropiado es tener la preparación idónea sobre la base de la situación particular de cada país.

⁴⁴ American Nurses Association, 1992 Roles and responsibilities for nursing continuing education and staff development across all settings, Washington, DC Author.

CAPITULO II. PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERIA

I.-Algunos antecedentes históricos

La aplicación del método científico en la práctica asistencial enfermera, es el método conocido como proceso de Atención Enfermería (P.A.E.). Este método permite a las enfermeras prestar cuidados de una forma racional, lógica y sistemática. El proceso de Atención de Enfermería tiene sus orígenes cuando, por primera vez, fue considerado como un proceso,⁴⁵ en 1963 consideraron un proceso de tres etapas; Yura y Walsh (1967), establecieron cuatro, valoración, planificación, realización y evaluación; y Bloch (1974), Roy (1975), Aspinall (1976) y algunos autores más, establecieron las cinco actuales al añadir la etapa diagnóstica.

Enfermería es un proceso terapéutico que implica la interacción mutua de la enfermera, el cliente y la familia, quienes colaboran para conseguir la máxima salud posible. En esta interacción se emplea el proceso de enfermería para evaluar a la persona en sus procesos vitales, psicológicos, fisiológicos, socioculturales de desarrollo y espirituales, así como los de los patrones de interacción con el medio, los objetivos de salud, las energías y limitaciones del cliente y los recursos disponibles para conseguir el estado óptimo de salud..⁴⁶

El proceso de Atención de Enfermería se define por sus objetivos, así dice Iyer (1989) que, "el objetivo principal del Proceso de Enfermería, es construir una estructura que pueda satisfacer, individualizándolas, las necesidades del paciente, la familia y la comunidad". En este sentido de estructura refiriéndose a los objetivos, "el proceso de enfermería es un conjunto de pautas organizadas de actuación, dirigidas a cumplir el objetivo de la enfermería: mantener el bienestar del paciente a un nivel óptimo; si este estado se alterara, proveer entonces, todos los cuidados necesarios que la situación exija, para restablecer su bienestar. Si no se puede llegar al bienestar, el proceso enfermero debe seguir en su apoyo a la calidad de vida durante el mayor tiempo posible."⁴⁷ El proceso de Enfermería es: "El conjunto de acciones intencionadas que la enfermera realizan en orden específico, con el fin de asegurar que una persona o grupo de personas necesitadas de cuidados de Salud reciban el mejor cuidado posible de los profesionales de Enfermería"

Es un sistema de planificación en la ejecución de los cuidados de enfermería, compuesto de cinco pasos: valoración diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación.

⁴⁵ Hally 1959, Orlando 1961 Teoría del proceso de enfermería en Modelos y Teorías en Enfermería p 351-353

⁴⁶ Carpenito L.J. Diagnóstico de Enfermería y aplicación a la práctica clínica p. 4

⁴⁷ Hyura, M.B. Walsh, El proceso de Enfermería Editorial Alambra 1982, p 22

Como todo método, el PAE configura un número de pasos sucesivos que se relacionan entre sí. Aunque el estudio de cada uno de ellos se hace por separado, solo tiene un carácter metodológico, ya que puesta en práctica las etapas se superponen⁴⁸.

2.-Los Objetivos:

El objetivo principal del proceso de enfermería es constituir una estructura que pueda cubrir, individualizándolas, las necesidades del paciente, la familia y la comunidad. El proceso de enfermería implica la existencia de una relación con interacción entre el paciente y la enfermera, en donde el objetivo es el paciente. La enfermera, corrobora sus datos con el paciente, participando conjuntamente en el proceso. Ello ayuda al paciente a enfrentarse con los cambios en su salud, tanto actuales como potenciales, y su consecuencia es la atención sanitaria individualizada.

3.- Las Ventajas:

La aplicación del proceso de enfermería tiene repercusiones sobre la profesión, el cliente y sobre la enfermera; profesionalmente, el proceso enfermero define el campo del ejercicio profesional y contiene las normas de calidad; el cliente es beneficiado, ya que mediante este proceso se garantiza la calidad de los cuidados de enfermería; para el profesional enfermero se produce un aumento de la satisfacción, así como de la profesionalidad.

Para el paciente son:

- *Participación de su propio cuidado.
- *Continuidad en la atención.
- *Mejora la calidad de atención.

Para la enfermera:

- *se convierte en experta
- *Satisfacción en el trabajo.
- *Crecimiento profesional.

4.- Las Características:

- a..Tiene una finalidad: Se dirige a un objetivo.
- b. Es sistemático: Implica partir de un planteamiento organizado para alcanzar un objetivo.
- c. Es dinámico: Responde a un cambio continuo.
- d. Es interactivo: Basado en las relaciones recíprocas que se establecen entre enfermera y el paciente, su familia y los demás profesionales de la salud.
- e. Es flexible : Se puede adaptar al ejercicio de la enfermería en cualquier lugar o área

⁴⁸ Alfaro Rosalinda. Aplicación del proceso de Enfermería Guía practica, Editorial Doyma 2 ed p. 4

especializada que trate con individuos, grupos o comunidades. Sus fases pueden utilizarse sucesivamente o conjuntamente .

f. Tiene una base teórica: El proceso ha sido concebido a partir de numerosos conocimientos que incluyen ciencias y humanidades, y se puede aplicar a cualquier modelo teórico de enfermería.⁴⁹

5.- Etapas:

Valoración : es la primera fase del proceso de enfermería que consiste en la recogida y la valoración de los datos que conciernen a la persona, familia y Entorno. Son la base para las decisiones y actuaciones posteriores.

Diagnóstico de Enfermería: Es el juicio o conclusión que se produce como resultado de la valoración de Enfermería.

Planificación: Se desarrollan estrategias para prevenir, minimizar o corregir los problemas , así como para proporcionar salud.

Ejecución: Es la realización o puesta en práctica de los cuidados programados .

Evaluación : Comparar las respuestas de la persona, determinar si se han conseguido los objetivos establecidos.⁵⁰

6. Valoración:

Es la primera fase proceso de enfermería, pudiéndose definir como el proceso organizado y sistemático de recolección de datos sobre el estado de salud del paciente a través de diversas fuentes : éstas incluyen al paciente como fuente primaria, al expediente clínico, a la familia o cualquier otra persona que de atención al paciente. Las revistas profesionales, los textos de referencia y los especialistas clínicos , son también fuentes importantes de datos. muchas enfermeras recogen principalmente datos fisiológicos para que los utilicen otros profesionales que ignoran el resto de los procesos vitales que implican consideraciones psicológicas, socioculturales, de desarrollo y espirituales. Desde un punto de vista holístico es necesario que la enfermera conozca los patrones de interacción de las cinco áreas para identificar las capacidades y limitaciones de la persona y ayudarle a alcanzar un nivel óptimo de Salud. Ignorar cualquiera de los procesos vitales puede acarrear la frustración y el fracaso de todos los implicados.

Las enfermeras y enfermeros deben poseer unos requisitos previstos para realizar una adecuada valoración del cliente, éstos son :

*Las convicciones del profesional: conforman la actitud y las motivaciones del profesional , lo que piensa, siente y cree sobre la enfermería, el hombre , la salud,

⁴⁹ H. Yura M.B. Walsh. Op cit. p 30

⁵⁰ Alfaro Rosalinda Op Cit. p 59

la enfermedad ,etc. Estas convicciones se consideran constantes durante el proceso

*Los conocimientos profesionales: deben tener una base de conocimientos sólida, que permita hacer una valoración del estado de salud integral del individuo, la familia y la comunidad. Los conocimientos deben abarcar también la resolución de problemas, análisis y toma de decisiones.

*Habilidades: en la valoración se adquieren con la utilización de métodos y procedimientos que hacen posible la toma de datos

*Comunicarse de forma eficaz. Implica el conocer la teoría de la comunicación y del aprendizaje.

*Observar sistemáticamente. Implica la utilización de formularios o guías que identifican los tipos específicos de datos que necesitan recogerse.

*Diferenciar entre signos e inferencias y confirmar las impresiones. Un signo es un hecho que uno percibe a través de uso de los sentidos y una inferencia es el juicio o interpretación de esos signos . Las enfermeras a menudo hacen inferencias extraídas con pocos o ningún signo que las apoyen, pudiendo dar como resultado cuidados de enfermería inadecuados.

Es primordial seguir un orden en la valoración, de forma que , en la practica, la enfermera adquiera un hábito que se traduzca en no olvidar ningún dato, obteniendo la máxima información en el tiempo disponible de la consulta de enfermería. La sistemática a seguir puede basarse en distintos criterios:

*Criterios de valoración siguiendo un orden de "cabeza a pies": sigue el orden de valoración de los diferentes órganos del cuerpo humano, comenzando por el aspecto general desde la cabeza hasta las extremidades, dejando para el final la espalda, de forma sistemática .

*Criterios de valoración por "sistemas y aparatos": se valora el aspecto general y las constantes vitales, y a continuación cada sistema o aparato de forma independiente, comenzando por las zonas mas afectadas.

*Criterios de valoración por "patrones funcionales de salud": la recogida de datos pone de manifiesto los hábitos y costumbres del individuo/familia determinado el funcionamiento positivo, alterado o en situación de riesgo con respecto al estado de salud.

6.1. Formas de Valoración

Existen dos formas de recoger la información en enfermería, son:⁵¹

*Valoración de datos fundamentales : Está dirigida a la recopilación exhaustiva de datos fundamentales de la persona y de sus procesos vitales⁵² psicológicos, fisiológicos, socioculturales, de desarrollo y espirituales, así como de los patrones de interacción con el medio. Generalmente se utiliza durante el primer contacto con el cliente .

*Valoración de datos específicos o valoración focalizada:⁵³ Se recogen datos seleccionados o específicos sobre un problema concreto, ya identificado. Puede realizarse durante el primer contacto, pero a menudo forma parte de una valoración diaria continuada.

6.2. Recolección de Datos

1. Obtención de información .
2. Recolección de información. Recolección de datos.

La recolección de información por parte de la enfermera esta dirigida hacia la identificación del individuo, familia y grupo o comunidad, en los siguientes aspectos,⁵⁴

- *El estado de salud presente y pasado .
- *Los patrones de hacer-frente, pasados y presentes.
- *Capacidades y limitaciones .
- *Respuesta a las alteraciones presentes
- *Respuesta a la terapia médica (médico y enfermera)
- *Riesgo de complicaciones potenciales.

6.3. Tipos de Datos:

Los datos son aquella información concreta que se obtiene de una persona , familia o comunidad. respecto de que tipo de datos hay que recoger, depende del propio marco de referencia , habrá una serie de datos que proporcionan una imagen general para identificar problemas o necesidades de salud familiares y comunitarias, y otros datos específicos que se toman en función de la situación. La enfermera recoge los siguientes tipos de datos:

- *Subjetivos : lo que la persona dice que siente o percibe. Solamente el afectado los describe y verifica.

⁵¹ Alfaro Rosalinda Op Cit. p 18

⁵² Capenitop Linda Juall Planes de cuidados y documentación en Enfermería NY. México Interamericana Macgraw-hill 1994

⁵³ Alfaro Rosalinda Op Cit. p 23

⁵⁴ Carpenito Op Cit. P 25

*Objetivos : son aquellos que se pueden observar o medir .

En ocasiones los datos objetivos y subjetivos son coincidentes, pero en otras son contradictorios, en estos casos tendremos que buscar información complementaria.

° De antecedentes o históricos: Son aquellos hechos que han ocurrido anteriormente y comprenden hospitalizaciones previas, enfermedades crónicas o patrones y pautas de comportamiento (eliminaciones, adaptaciones pasadas, etc.). Nos ayudan a referenciar los hechos en el tiempo.

° Actuales : Son aquellos hechos que ocurren en el presente (presión arterial, dolor , postoperatorio, etc.).

6.4. Fuente de Datos :

La procedencia de la información puede ser de dos tipos:

*Primarias: El paciente nos aportará datos subjetivos y subjetivos.

*Secundarios : Son aquellos datos aportados por personas ajenas al paciente, éstos son la familia, amigos, compañeros de trabajo, etc. Otros datos proceden de la historia clínica anterior y otros de registros y conclusiones realizados por otros miembros del equipo, etc. Para reunir datos durante la fase de valoración, la enfermera deberá utilizar todos los recursos que tenga a su disposición. Estos suponen usar la información de las siguientes fuentes⁵⁵ :

- a. Valoración del individuo/ familia.
- b. La persona /paciente/ cliente. Es la principal fuente de datos a no ser que no pueda comunicarse .
- c. Familias y allegados . Pueden facilitar, complementar o verificar información .
- d. Los miembros del Equipo de Salud. Disponen datos de sus contactos previos o recientes con el individuo.
- f. Historia clínica.
- g. Valoración de la comunidad : ciudadanos, representantes o líderes de la comunidad, asociaciones, censo, INE, servicios de salud Pública, Centros de Salud.

⁵⁵ H Yura M.B. Walsh Op Cit. p 25

Se deberá tener en cuenta los derechos del paciente en lo que se refiere a su intimidad y vida privada. Ahora bien, quiero añadir en este sentido, que los límites de la intimidad y vida privada de toda persona, están sometidos a una gran subjetividad, este problema se resuelve llevando a cabo procedimientos y técnicas de comunicación específicas para facilitarnos la obtención de información.

6.5. Métodos para la recolección de información /Datos:

Los métodos para la recolección de información suponen, en enfermería, una forma sistematizada y lógica de recoger los datos necesarios para establecer el diagnóstico y el plan de actuación . Los métodos básicos son: la entrevista, la observación y el examen físico.⁵⁶

A.-Entrevista clínica:

Sobre la entrevista clínica F. Borrell nos indica que , no debe existir una visión simplista equiparando la entrevista con una recogida de datos , ya que la entrevista es eso y mucho más; la diferencia fundamental estriba en que la entrevista puede ser formal o informal. Un interrogatorio formal consiste en una comunicación con un propósito específico, en la cual la enfermera realiza una historia del paciente. El aspecto informal del interrogatorio es la conversación entre enfermera y paciente durante el curso de los cuidados .

*Facilitar la relación enfermera/ paciente .

*Permitir al paciente informarse y participar en la identificación de sus problemas y en el planteamiento de sus objetivos y también .

*Ayudar a la enfermera a determinar que otras áreas requieren un análisis específico a lo largo de la valoración .⁵⁷

La entrevista consta de tres partes : iniciación , cuerpo y cierre.

*Iniciación : Se comienza por una fase de aproximación y se centra en la creación de un ambiente favorable, en donde se desarrolla una relación interpersonal positiva.

*Cuerpo: La finalidad de la conversación en esta parte se centra en la obtención de la información necesaria. Comienza a partir del motivo de la consulta o queja principal del paciente y se amplía a otras áreas como historial médico, información sobre la familia y datos sobre cuestiones culturales o religiosas. Existen formatos estructurados para la recogida sistematizada y lógica de la información pertinente sobre el paciente.

*Cierre: Es la fase final de la entrevista , no se deben introducir temas nuevos. Es importantes resumir los datos más significativos. También constituye la base para establecer la primeras pautas de planificación .

⁵⁶ Alfaro Rosalinda Op Cit. p18

⁵⁷ Ibid p 34

La entrevista clínica tienen que ser comprendida desde dos ámbitos:

*Un ámbito interpersonal en el que dos o más personas se comunican.

*Otro ámbito de la entrevista es el de una habilidad técnica.

-Hay que hacer especial énfasis en el ámbito de la entrevista como proceso de comunicación humana. Para la enfermería es un marco terapéutico, es la "relación terapéutica", es un instrumento de gran valor, a través del cual se llevan a cabo las actividades de ayuda, recordemos la definición sobre "cuidar": mantener la vida asegurando la satisfacción de un conjunto de necesidades indispensables en la vida, diversas en sus manifestaciones, así como permitir que la vida continúe y se reproduzca. Tendríamos que incluir en esta definición el concepto activo de "promover", junto al término de "mantener"⁵⁸

Desde este punto de vista interpersonal, la entrevista como proceso de comunicación humana está sometida a dos influencias. Primera, que los actores de este proceso no actúan con absoluta libertad, se atienen a unas reglas o "modelos" de actuación⁵⁹ ejemplo de ello son los modelos siguientes: rol de técnico, es un rol muy parcial de la profesión; el de sacerdote, en este se entiende la enfermedad como castigo, existen sentimientos de culpa, este rol de "salvador" se da entre los profesionales enfermeros; y por último el rol profesional cooperativo, que está centrado en el paciente o consultante, se considera al paciente como algo autónomo con sus creencias y sus sistema de valores, la intervención enfermera se hace desde el respecto de idiosincrasia de la persona.

De esta forma vemos que todos los profesionales de la salud tenemos una autoimagen de lo que somos y hacemos. La tarea de "cuidar" tiene un fondo altruista inherente a la profesión de enfermería y en ocasiones se nos exige que cumplamos con este requisito social. De todas formas el profesional establece su rol dentro de unos modelos u otros. La segunda matización es que en el proceso de comunicación pueden producirse interferencias que dificultan la recepción y comprensión de los mensajes. La entrevista puede verse interrumpida por los ruidos, entendiéndose por esto no solamente los ruidos audibles sino también, la imagen global que ofrece el centro sanitario. Estas pueden ser controladas por el entrevistador en la mayoría de los casos. Tres tipos de interferencias:

*Interferencia cognitiva: Consiste en que el problema del paciente no es percibido o comprendido por el entrevistador.

*Interferencia emocional: Es frecuente, consiste en una reacción emocional adversa del paciente o del entrevistador. Los estados emocionales extremos como ansiedad, depresión, miedo a una enfermedad grave o a lo desconocido, dolor o malestar. Por parte del

⁵⁸ Colliere M,F, Promover la vida p 5

⁵⁹ Alfaro Rosalinda Op Cit. p 44-45

profesional, agresividad, excesiva valoración de sí mismos, excesiva proyección sobre los pacientes e incluso irresponsabilidad de las obligaciones,⁶⁰

*Interferencia social: En este caso las diferencias sociales conllevan en el profesional una menor conexión emocional a una menor implicación, y a prestar menor información al paciente.

-Las técnicas de la entrevista permiten obtener el máximo de información, son de dos tipos , verbales y no verbales , cuando se utilizan las dos a la vez la entrevista es mucho más eficaz.

- Las técnicas verbales son:

*El interrogatorio permite obtener información, aclarar respuestas y verificar datos.

*La reflexión o reformulación, consiste en repetir o expresar de otra forma lo que se ha comprendido de la respuesta del paciente, permite confirmar y profundizar en la información.

*Las frases adicionales, estimula la continuidad del proceso verbal de la entrevista.

*Las técnicas no verbales : Facilitan o aumentan la comunicación mientras se desarrolla la entrevista, estos componentes no verbales son capaces de transmitir un mensaje con mayor efectividad incluso que las palabras habladas, la más usuales son:

- Expresiones faciales
- La forma de estar y la posición corporal
- Los gestos
- El contacto físico
- La forma de hablar

Para finalizar la entrevista , concretaremos las cualidades que debe tener un entrevistador: empatía, calidez, concreción, y respeto.⁶¹

*Empatía: Entendemos por empatía la capacidad de comprender (percibir) correctamente lo que experimenta nuestro interlocutor, Pero no basta con comprender al cliente, si no es capaz de transmitirle esa comprensión. La empatía pues consta de dos momentos, uno en el que el entrevistador es capaz de interiorizar la situación emocional del cliente, y otro en el que le da a entender que la comprende.

*Calidez: Es la proximidad afectiva entre el paciente y el entrevistador. Se expresa solo a nivel no verbal.

*Respeto: es la capacidad del entrevistador para transmitir al paciente que su problema le atañe, y que se preocupa por el preservando su forma de pensar, sus valores ideológicos y

⁶⁰ Alfaro Rosalinda Op Cit p 32

⁶¹ Ibid p33

étnicos , implica el aprecio de la dignidad y valor del paciente y el reconocimiento como persona.⁶²

*Concreción: Es la capacidad del entrevistador para delimitar los objetivos mutuos y compartidos de la entrevista,.

*La autenticidad, esta supone que "uno es el mismo cuando lo que dice está acorde con sus sentimientos".

B. La observación,

En el momento del primer encuentro con el paciente, la enfermera comienza la fase de recolección de datos por la observación, que continua a través de la relación enfermera-paciente. Es el segundo método básico de valoración, la observación sistemática implica la utilización de los sentidos para la obtención de información tanto del paciente, como de cualquier otra fuente significativa y del entorno, así como de la interacción de esta tres variables. La observación es una habilidad que precisa práctica y disciplina. Los hallazgos encontrados mediante la observación han de ser posteriormente confirmados o descartados.

C La exploración física

La actividad final de la recolección de datos del examen físico. Debe explicarse al paciente en qué consiste el examen y pedir permiso para efectuarlo.

Exploración física. Se centra en :determinar con detenimiento la respuesta de la persona al proceso de la enfermedad, obtener una base de datos para poder establecer comparaciones y valorar la eficacia de las actuaciones, confirmar los datos subjetivos obtenidos durante la entrevista. La enfermera utiliza cuatro técnicas específicas: inspección, palpación percusión y auscultación.⁶³

*Inspección : es el examen visual cuidadoso y global del paciente, para determinar estados o respuestas normales o anormales. Se centra en la características físicas o los comportamientos específicos (tamaños, forma, posición, situación anatómica, color, textura, aspecto, movimiento y simetría).

*Palpación : Consiste en la utilización del tacto a para determinar ciertas características de la estructura corporal por debajo de la piel (tamaño, forma, textura, temperatura, humedad, pulso, vibraciones, consistencia y movilidad). Esta técnica se utiliza para la palpación de órganos en abdomen. Los movimientos corporales y la expresión facial son datos que nos ayudaran en la valoración.

⁶² Ibid p 34

⁶³ Ibid p 38

*Percusión: implica el dar golpes con uno o varios dedos sobre la superficie corporal con el fin de obtener sonidos. Los tipos de sonidos que podemos diferenciar son : sordos , aparecen cuando se percuten músculos o huesos. Mates : aparecen sobre el hígado y el bazo. Hipersonoros: aparecen cuando percutimos sobre un pulmón normal lleno de aire; y timpánicos: se encuentran al percutir el estómago lleno de aire o un carrillo de la cara.

*Auscultación: consiste en escuchar los sonidos producidos por lo órganos del cuerpo. Se utiliza el estetoscopio y determinamos características sonoras de pulmón, corazón e intestinos. También se pueden escuchar ciertos ruidos aplicando solo la oreja sobre la zona a explorar.

Una vez descritas las técnicas de exploración física pasemos a ver las diferentes formas de abordar un examen físico : Desde la cabeza a los pies, por sistemas/ aparatos corporales y por patrones funcionales de salud.

-Desde la cabeza a los pies: este enfoque comienza por la cabeza y termina de forma sistemática y simétrica hacia abajo, a lo largo del cuerpo hasta llegar a los pies .

-Por sistemas corporales o aparatos, nos ayudan a especificar que sistemas precisan más atención .

-Por patrones funcionales de salud, permite la recogida ordenada para centrarnos en áreas funcionales concretas.

La información física del paciente que se obtiene es idéntica en cualquiera de los métodos que utilicemos . Profundizaremos un poco más en la valoración del paciente mediante los patrones funcionales de salud, por ser menos conocidos. Es la utilizada por la Asociación Norteamericana de Diagnóstico de Enfermería ⁶⁴ estableció 11 patrones o categorías en el marco de un sistema holístico-humanista de salud de tal forma que mediante ellas se obtendrán los datos necesarios para la identificación de problemas y se formularán diagnósticos y complicaciones potenciales, es decir , con ellos podemos abordar la identificación de patrones de interacción con el entorno que sean disfuncionales y establecer el problema/ diagnóstico enfermero .

De manera eficaz se combinan en esta fase de valoración del proceso enfermero dos de los sistemas de valoración que anteriormente hemos visto, éstos son los patrones funcionales de salud y la valoración objetiva mediante un examen físico por sistemas o aparatos. La primera valoración se hace al ingreso, mediante los patrones y seguidamente se recopilan aquellos datos físicos más relevantes por sistemas.

Iyer (1989) y Holloway (1990) recogen que los patrones funcionales (conductas mediadas o no por voluntad), evidencian la forma como cada ser humano se desenvuelve en la vida y constituyen la fuente de información sobre, como el individuo interacciona con su entorno , en beneficio o deterioramiento de su salud .

⁶⁴ American Nurses Association 1992

Los factores que influyen en el funcionamiento humano son de carácter psíquico (emocional y psicosocial), sociocultural /ambiental y político-económico, y también podríamos añadir en el marco holístico- humanista los factores espirituales.

6.6 . Patrones funcionales de salud:

- 1.Percepción y mantenimiento de salud
- 2.Nutrición y metabólico
- 3.Eliminación
- 4.Actividad / ejercicio
- 5.Percepción sensorial, conocimiento, comunicación
- 6.Descanso y sueño
- 7.Afrontamiento , tolerancia al estrés
- 8.Autopercepción
- 9.Sexualidad
- 10.Rol y relaciones
11. valores y creencias.

6.7. Identificación de señales Signos y Síntomas

La identificación de señales , signos y síntomas es la segunda etapa de la recogida de datos de la fase de valoración del proceso de enfermería ⁶⁵ Una señal es un dato (observación , hechos) que se percibe por alguno de los cinco sentidos , señales son tanto los datos, subjetivos como los objetivos, un ejemplo es : la pérdida de contacto visual, hambre , hemoglobina 8mg/dl, etc. Por otro lado a partir de estos datos recogidos, por ejemplo en un modelo de patrones funcionales, la enfermería inferirá unos juicios, que son deducciones muy subjetivas, significados personales que se le dan a los signos, las situaciones y están basados en los conocimientos básico y en los valores y convicciones del observador. Esta limitación subjetiva deberá estar bien fundamentada, de tal forma que se debe estar habituado en eliminar estas influencias, si no lo hacemos estaremos estableciendo diagnósticos y actividades erróneas, un ejemplo de estas interferencias es : enfado , acidosis, vejez, etc

6.8. Validación de los Datos :

Significa que la información que se ha reunido es verdadera (basada en hechos). Esto es, debemos asegurarnos de que el paciente quiere indicar lo que de hecho dice. En comunicación existen técnicas de reformulación que nos ayudan a comprender más fielmente los mensajes del paciente, evitando las interpretaciones. Se considera datos verdaderos aquellos datos susceptibles de ser evaluados con una escala de medidas precisa, peso, talla etc. Los datos observados y que no son mesurables, en principio, se someten a validación confrontándolos con otros datos o buscando nuevos datos que apoyen o se contrapongan a los primeros.

⁶⁵ Alfaro Rosalinda Op Cit. 44-45

6.9. Organización de los Datos:

Es el cuarto paso en la recogida de datos, en esta etapa se trata de agrupar la información, de forma tal que nos ayude en la identificación de problemas,⁶⁶ el modo más habitual de organizar los datos es por necesidades humana o por patrones funcionales , etc. La información ya ha sido recogida y validada, ahora los datos se organizan mediante categorías de información. Estas categorías ya las hemos visto en el aparato de examen físico y como habíamos apuntado, para el establecimiento de la agrupación, se debe elegir la que más se adapte al modelo desarrollado en cada centro asistencial, etc

Los componentes de la valoración del paciente que hemos seleccionado como necesarios hoy en día son :

- *Datos de identificación

- *Datos culturales y socioeconómicos .

- *Historia de salud: Diagnósticos médicos, problemas de salud; resultados de pruebas diagnósticas el tratamiento prescritos.

- *Valoración física

- *Patrones funcionales de salud.

Aquí aportaremos que los diagnósticos de enfermería nos ayudan en la tarea de fundamentar los problemas detectados en la necesidades humanas, esto es, nos confirmarán la carencia de las necesidades básicas. Este tipo de fundamentación debería ser estudiado profundamente

6.10. Documentación y registro de la Valoración

Es el segundo componente de la fase de valoración y las razones que justifican su uso son de manera esquemática las que siguen :⁶⁷

- *Constituye un sistema de comunicación entre los profesionales del equipo sanitario.

- *Facilita la calidad de los cuidados al poder compararse con unas normas de calidad

- *Permite una evaluación para la gestión de los servicios enfermeros, incluida la gestión de la calidad.

- *Prueba de carácter legal

- *Permite la investigación en enfermería

- *Permite la formación pregrado y postgrado

⁶⁶ Ibid p 46

⁶⁷ Ibid p 53

Las normas que Iyer (1989) , establece para la correcta anotación de registros en la documentación son :

a.- Deben estar escritos de forma objetiva, sin prejuicios, juicios de valor u opiniones personales, también hay que anotar (entre comillas), la información subjetiva que aporta el paciente, los familiares y el equipo sanitario .⁶⁸

b.- Las descripciones e interpretaciones de los datos objetivos se deben apoyar en pruebas y observaciones concretas.

c.- Se deben evitar la generalizaciones y los términos vagos como "normal " , "regular" , etc.

d.- Los hallazgos deben describirse de manera meticulosa, forma , tamaño, etc.

e.- La anotación debe ser clara y concisa.

f.- Se escribirá de forma legible y con tinta indeleble. Trazar una línea sobre los errores.

g.- Las anotaciones serán correctas ortográfica y gramaticalmente. Se usarán solo la abreviaturas de uso común .

7. Diagnóstico:

Es un enunciado del problema real o en potencia del paciente que requiera de la intervención de enfermería con el objeto de resolverlo o disminuirlo. En ella se va a exponer el proceso mediante el cual estaremos en condiciones de establecer un problema clínico y de formularlo para su posterior tratamiento, bien sea diagnóstico enfermero o problema interdependiente.⁶⁹

Un diagnóstico de enfermería **no** es sinónimo de uno médico .

Si las funciones de Enfermería tiene tres dimensiones, dependiente, interdependiente e independiente, según el nivel de decisión que corresponde a la enfermera, surgirán problemas o necesidades en la persona que competirán a un campo u otro de actuación :

-La dimensión dependiente de la práctica de la enfermera incluye aquellos problemas que son responsabilidad directa del médico que es quien designa las intervenciones que deben realizar las enfermeras . La responsabilidad de la enfermera es administrar el tratamiento médico prescrito .

⁶⁸ Ibid p 46

⁶⁹ Carpenito L.J. Diagnóstico de Enfermería Aplicación a la práctica clínica p 20

-La dimensión interdependiente de la enfermera, se refiere a aquellos problemas o situaciones cuya prescripción y tratamiento colaboran las enfermeras y otros profesionales de la Salud. Estos problemas se describirán como problemas colaborativo o interdependiente y son complicaciones fisiológicas que las enfermeras controlan para detectar su inicio o su evolución y colaboran con los otros profesionales para un tratamiento conjunto definitivo

La dimensión independiente de la enfermera, es toda aquella acción que es reconocida legalmente como responsabilidad de Enfermería, y que no requiere la supervisión o dirección de otros profesionales . Son los diagnósticos de Enfermería. (D.E.)

Los pasos de esta fase son :

7.1. Identificación de problemas:

*Análisis de los datos significativos , bien sean datos o la deducción de ellos, es un planteamiento de alternativas como hipótesis .

*Síntesis es la confirmación, o la eliminación de las alternativas.

*. Formulación de problemas. Diagnóstico de enfermería y problemas interdependientes.

7.2. Identificación de patrones de interacción y de problemas, análisis y síntesis de los datos.

La identificación de problemas implica la realización de actividades intelectuales con el fin de, una vez reconocidos y organizados los datos significativos, compararlos con normas o criterios y detectar patrones o tendencias de funcionamiento, recordemos que estos patrones o tendencias pueden ser tanto respuestas concientes como inconscientes de individuo, grupo , o comunidades estudio. Los datos se analizan para extraer deducciones que sintetizaremos como una explicación del estado de salud del individuo, familia o grupo.

El análisis e interpretación de los patrones de salud nos ayudan a identificar las formas de vida que conducen al mantenimiento y mejora de la salud o que van a detrimento de la misma.

La enfermería sigue unas estrategias para la identificación de problemas, éstas oscilan entre el análisis sistemático de la posibles explicaciones, hasta la deducción rápida de una explicación . Pero la enfermera debe utilizar más de una posible explicación, es decir, debe dar explicaciones alternativas que posteriormente se irán despreciando o confirmando, hasta que con la más considerada, el problema actual o potencial (de riesgo). Este procedimiento debe realizarse para cada problema que queramos tratar. De esta forma obtendremos conclusiones válidas y también una mayor eficiencia en el plan de cuidados⁷⁰

⁷⁰ Alfaro Rosalinda Op Cit. p 61

Por tanto, establecer el o los problemas significa dar explicaciones del estado de salud y que para llegar a estas explicaciones es requisito imprescindible que el análisis se base en el establecimiento de todas las relaciones posibles de un dato con el resto de la valoración / descripción de la situación, tras esto se realiza la síntesis de las relaciones, es decir la explicación del estado de salud del paciente y área problema.⁷¹

Lo que se pretende mediante este proceso deductivo es asociar al problema los factores desencadenantes (factores etiológicos) y las manifestaciones que se relacionan favorecedora y/o causalmente con ellos. La identificación de problemas y el establecimiento de los factores que con ellos se relacionan significa "Seleccionar los datos relevantes (esenciales, significativos, anormales) y relacionarlos entre sí para concluir en los problemas (diagnóstico enfermero o complicación potencial), que presenta o esta en riesgo de presentar la persona, la familia o el grupo .

En cuanto a la base de datos que nos sirve de comparación en el análisis, es evidente que no todos los conocimientos que la enfermera posea, se encuentran en la memoria, por lo que para ayudarse en la identificación de explicaciones alternativas, es necesaria la consulta bibliográfica e incluso la valoración por parte de otros compañeros. En este punto se fundamenta la necesidad de que la enfermería adquiriera el hábito de realizar sesiones clínicas y estudios de investigación sobre error de diagnóstico.

Una vez identificados los problemas actuales o potenciales de salud , se trata de dirimir si los problemas son diagnósticos de enfermería o por el contrario son problemas interdependientes⁷². Para ello es adecuado contestar a la pregunta: ¿Puede la enfermería de manera independiente llevar a cabo acciones para validar un problema de salud, instaurar un tratamiento que solucione el problema?

Ante una respuesta positiva tendríamos un diagnóstico enfermero, si es negativa, sería un problema interdependiente.

Los factores relacionados a los diagnósticos enfermeros se obtienen de :

- *Los mismos patrones de valoración física
- *Los datos sobre el estado de salud
- *Las exploraciones y métodos de diagnósticos.
- *El tratamiento médico
- *El nivel evolutivo
- *La situación socioeconómica del paciente/ cliente.

Las complicaciones potenciales o problemas interdependientes que se puedan derivar de :

- *La enfermedad
- *Los signos y síntomas de la misma

⁷¹ Ibid p 76

⁷² Carpenito Op Cit. p 25

- *Las exploraciones y métodos de diagnósticos
- *El tratamiento médico
- *Los traumatismos

Los diagnósticos enfermeros están basados en un modelo bifocal de enfermería clínica, éste modelo implica que la enfermera asume la responsabilidad de tratar dos tipos de juicios clínicos: los diagnósticos de enfermería y los problemas interdisciplinarios

7.3. Diagnóstico de Enfermería

Definición :

El término de diagnóstico de enfermería fue introducido por V. Fry en 1953 para describir un paso necesario en el desarrollo del plan de cuidados : la identificación y formulación de problemas. Durante los 20 años siguientes, las referencias al diagnóstico de enfermería aparecían sólo de forma esporádica en la literatura.

En 1973 un grupo de enfermeras se reunió para formar el " Grupo Nacional para la Clasificación de Diagnóstico de Enfermería " en un esfuerzo por identificar categorías de problemas que deberían considerarse como Diagnósticos de Enfermería. este grupo compuesto por docentes, teóricas, administradoras y enfermeras en ejercicio, se convirtió posteriormente en la "Asociación Norteamericana de Diagnóstico de Enfermería " (N.A.N.D.A.) en 1982, y continúa desarrollando el sistema de clasificación de diagnósticos.

Se desarrollan conferencias nacionales cada dos años, la última (XI) se celebró en 1994.

En palabras de Capenito el diagnóstico de enfermería =describe las situaciones de salud o los patrones de interacción alterados, en los que la enfermera puede ayudar al cliente =.

Algunas definiciones de Diagnóstico de Enfermería :

*Diagnóstico de Enfermería son los problemas de Salud reales o potenciales que las enfermeras, en virtud de su educación y experiencia, están capacitadas y autorizadas para tratar..

*Diagnóstico de Enfermería es una declaración que describe una respuesta humana (estado de Salud real o potencialmente alterado), de un individuo /grupo a los procesos vitales, que la enfermera puede legalmente identificar y prescribir las actividades para mantener el estado de salud o reducir , eliminar o prevenir las alteraciones⁷³

*Diagnóstico de Enfermería es un juicio clínico sobre las respuestas de una persona o grupo a procesos vitales / problemas de Salud reales o potenciales que proporcionan la base de los cuidados para el logro de los objetivos , de los que la enfermera es responsable (NANDA).

⁷³ Capenito Op Cit. P 30

A. Ventajas del uso de los diagnósticos de enfermería:

El uso de los diagnósticos de enfermería aporta muchas ventajas para los profesionales favoreciendo las tareas de identificación, validación, estandarización y clasificación de los problemas de salud susceptibles de ser tratados por enfermeros. Pero también, debemos tener en cuenta las actuales deficiencias del listado propuesto por la NANDA, ya que en ocasiones, resulta confuso e incompleto, lo que no ha sido objeción para su uso en Estados Unidos, Canadá (adaptados como ANADIN), Noruega, Dinamarca. En Espía se comienza a utilizar y un ejemplo de ello, es el trabajo de González Carrión, en el que se intenta despejar la cuestión de si se ajustan los diagnósticos de enfermería de NANDA, a los problemas de salud identificados por los enfermeros/as en las áreas asistenciales españolas estudiadas, esto es la validación de los diagnósticos a nuestro contexto.

Ventajas del uso de los diagnósticos de enfermería según Baer:

- *Organizar, definir y desarrollar el conocimiento enfermero .
- *Identificar y describir el dominio y alcance de la práctica enfermera
- *Establecer las razones específicas para brindar cuidados al enfermo/ usuario basados en una valoración enfermera .
- *Centrar los cuidados en la respuesta del enfermo /usuario a los problemas de salud
- *Prescribir actividades específicas para cada situación, lo que debería aumentar la eficacia de los cuidados enfermeros .
- *Brindar unos cuidados individualizados e integrados .
- *Evaluar los cuidados brindados.
- *Utilizar un vocabulario estandarizado para mejorar la comunicación intra e interprofesional.
- *Organizar el contenido del currículo enfermero .

Constituyen una base sólida para la conceptualización y puesta en práctica el rol independiente de la profesión .

*Fomentan la colaboración entre profesionales lo que repercute en una mejor perspectiva de los problemas de salud y por tanto una mejor calidad de los cuidados y un mayor aprovechamiento de los recursos.

- *Permiten establecer el coste de los cuidados enfermeros.⁷⁴

B. Componentes de las Categorías Diagnósticos aceptadas por la NANDA:

⁷⁴ Luis Rodrigo Ma Teresa Revisión crítica y guía práctica p 8

Hay que considerar la importancia de los beneficios específicos de una taxonomía diagnóstica en los distintos ámbitos del que hacer profesional. La asociación Española de Enfermería Docente (AEED) en 1993, elaboró un documento en el que especificada estos beneficios :

Investigación :Para poder investigar sobre los problemas de Salud que los profesionales de enfermería estamos capacitados para tratar, es necesario que los mismos estén bien definidos y universalizados, a fin de que los resultados de las investigaciones, puedan ser comprendidos y aplicados por otros enfermeros . Es evidente que esto no es posible llevarlo a cabo sin disponer de un lenguaje común previo que una los criterios y facilite la comunicación e intercambio de datos .

En este momento los diagnósticos enfermeros pueden contribuir a la consolidación de la disciplina en Enfermería mediante Líneas de investigación dirigidas a:⁷⁵

*Determinar la compatibilidad de una taxonomía con cada uno de los modelos conceptuales.

*Validar en distintos ámbitos culturales las características definitorias y los factores relacionados de los diagnósticos de enfermería aceptados .

*Comparar la eficacia de las diversas intervenciones propuestas ante un mismo diagnóstico .

*Realizar el análisis epidemiológico de los diagnósticos que presenta una población determinada .

*Identificar nuevas áreas de competencia en enfermería, o completar la ya identificadas, mediante el desarrollo y validación de nuevos diagnósticos .

*Docencia: la inclusión de los diagnósticos de enfermería en el currículo básico debe iniciarse y continuarse de forma coherente y prolongarse de forma progresiva a lo largo del currículo:

C. Tipos de Diagnósticos.

Antes de indicar la forma de enunciar los diagnósticos establecidos que tipos de diagnósticos hay , pudiendo ser cuatro tipos , que son :reales , de alto riesgo (designados hasta 1992 como potenciales), de bienestar o posibles.⁷⁶

*Real: representa un estado que ha sido clínicamente validado mediante características definitorias principales identificables. Tiene cuatro componentes: enunciado, definición características que lo definen y factores relacionados. El enunciado debe ser descriptivo de la definición del diagnóstico y las características que lo definen . El término “real” no forma

⁷⁵ Ibid p 13

⁷⁶ Gordon Marjorit, Diagnostico enfermero; proceso y aplicación México Limusa p 24

parte del enunciado en un diagnóstico de enfermería real. Consta de tres partes, formatos PES: problema (P)+etiología (E), factores causales o contribuyentes,- signos / síntomas (S) . Estos últimos son los que validan el diagnóstico.⁷⁷

*Alto riesgo: es un juicio clínico de que un individuo, familia o comunidad son más vulnerables a desarrollar el problema que otros en situación igual o similar. Para respaldar un diagnóstico potencial se emplean los factores de riesgo. La descripción concisa del estado de salud alterado de la persona va precedido por el término “alto riesgo”. Consta de dos componentes, formato PE : problema (P) –etiología/ factores contribuyentes (E):

*Posible: son enunciados que describen un problema sospechado para el que se necesitan datos adicionales. La enfermera debe confirmar o excluir. Consta de dos componentes, formato PE: problema(P)- etiología / factores que contribuyen (E).

*De bienestar: juicio clínico respecto a una persona, grupo o comunidad en transición desde un nivel específico de bienestar hacia un nivel más elevado. Deben estar presentes dos hechos: deseo de un nivel mayor de bienestar y estado o función actual eficaces. Son enunciados de una parte, conteniendo sólo la denominación . No contienen factores relacionados. Lo inherente a estos diagnósticos es un usuario o grupo que comprenda que se puede lograr un nivel funcional más elevado si se desea o se es capaz. La enfermera puede inferir esta capacidad basándose en los deseos expresos de la persona o del grupo por la educación para la salud-

Podemos añadir un quito tipo :

*De síndrome: comprenden un grupo de diagnóstico de enfermería reales o potenciales que se suponen que aparecen como consecuencia de un acontecimiento o situación determinados. Los diagnósticos de enfermería de síndrome son enunciados de una parte con la etiología o factores concurrentes para el diagnóstico contenidos en la denominación diagnóstica.

A la hora de escribir en diagnóstico de enfermería hay que tener en cuenta una serie de directrices:

*Unir la primera parte (P) con la segunda (E) utilizando “relacionado con”, “mejor que “, “debido a” o “causado por”. No quiere significar necesariamente que hay una relación causa-efecto directa.⁷⁸

*La primera parte del diagnóstico identifica la respuesta de la persona, y no una actividad de enfermería.

*Redactar en términos convenientes y aconsejables desde el punto de vista legal.

*Escribir el diagnóstico sin emitir juicios de valor, sino basarse en datos objetivos y subjetivos que se hayan recogido y validado con el usuario.

⁷⁷ Ibid p 25-26

⁷⁸ Ibid p 30-31

*Evitar intervenir el orden de las partes del diagnóstico, pueden llevar a un enunciado confuso.

*No mencionar signos y síntomas en la primera parte del diagnóstico.

*No indique el diagnóstico de enfermería como si fuera diagnóstico médico.

*No escriba en diagnóstico de enfermería que repita una orden médica.

No rebautice un problema médico para convertirlo en un diagnóstico de enfermería.

*No indique problemas al mismo tiempo, dificulta la formulación de los objetivos.

E. Los problemas interdependientes:

Bien, ya conocemos el concepto de diagnóstico enfermero pasemos a conocer ahora la definición de problema interdisciplinario o también llamado interdependiente, (son ciertas complicaciones fisiológicas que las enfermeras /o controlan para detectar apariciones o cambios en el estado de salud. Para este tipo de problemas se realizan actuaciones prescritas por el médico y por la enfermera, con la finalidad de minimizar las complicaciones fisiológicas (Carpenito 1993). Ejemplo: hemorragia, insuficiencia renal aguda (IRA), etc. Los problemas interdependientes se organizan entorno a los sistemas corporales, pudiendo ser un problema de salud real (actual) o potencial (de riesgo), que se centra en la respuesta fiso-patológica del cuerpo (a un traumatismo, enfermedad, estudios diagnósticos o tratamiento) y que los profesionales de enfermería son responsables de identificar y tratar en colaboración con el médico⁷⁹.

La dimensión interdependiente de la enfermería contiene las misiones de:

*Remarcar la relación de colaboración de la enfermera con otros profesionales .

*Compartir la responsabilidad del cuidado del enfermo con otro profesional (generalmente el médico).

*Ser necesaria e insustituible la terminología biomédica para la formulación del problema.

Resumiendo este concepto, las complicaciones potenciales (léase problemas interdisciplinarios), describen a un individuo en alto riesgo de sufrir o de estar siendo una complicación fisiológica..

D. Responsabilidad de la enfermería en los problemas identificados:

⁷⁹ Carpenito Op Cit. p 44-45

Los profesionales de enfermería son responsables tanto de los diagnósticos enfermeros como de los problemas interdependientes. Según la AEED la responsabilidad sobre el problema se define mediante la descripción de los objetivos a llevar a cabo, así vemos que :

*En los problemas identificados como diagnóstico de enfermería, las responsabilidades se definen en, mediante los objetivos del cliente, y estos con “estado descritos por conductas medibles del paciente /familia, que denota un estado favorable (cambiando o manteniendo), después de los cuidados de enfermería dados”⁸⁰, ejemplo : la persona demostrará en un mes autocuidado de la herida.

*En el problema interdependiente, las responsabilidades se establecen mediante los objetivos de la enfermera /o . Estos objetivos son afirmaciones descritas por acciones medibles, que denotan la responsabilidad de la enfermera en una situación o diagnóstico médico, por ejemplo, la enfermera manejará y minimizará los episodios de aumento de presión intracraneal.

7.4. Formulación de problemas. (Diagnóstico de Enfermería y problemas interdependientes).

El enunciado de los diagnósticos de enfermería se compondrá de una , dos o tres partes según sea el tipo de diagnóstico a formular, veamos como :

- a. Diagnósticos de bienestar se enuncian en una sola parte: ejemplo, “Potencial para favorecer la paternidad”.
- b. Diagnósticos de alto riesgo y posibles, enunciado en dos partes : Diagnóstico de alto riesgo + factores de riesgo. Ejemplo, “ Alto riesgo de lesión , relacionado con, desorientación y confusión “.
- c. El diagnóstico real se enuncia en tres partes : diagnóstico + factores relacionados + signos y síntomas. Ejemplo, “dificultades para el autocuidado, relacionado con intolerancia a la actividad física como se evidencia por la disnea”.

Las palabras resaltadas se utilizan como nexo entre las diferentes partes del enunciado. La formulación de los problemas interdependientes se realiza mediante el término, “complicación potencial”, por ejemplo: CP: trombosis/ flebitis/ infiltración/ sobrecarga de líquidos secundaria a terapia (IV); CP: arritmias secundarias a hipopotasemia; CP: infección de herida secundaria a intervención quirúrgica. No obstante, en ocasiones, este sistema es poco práctico, puesto que decir se está “ en riesgo de “, y en otras ya es una complicación, es decir se sufre el problema en estos casos se sugiere la siguiente formulación : CP: flebitis secundaria a terapia (i.v.); CP: Infección de herida quirúrgica.

La investigación enfermera llevada a cabo mediante los diagnósticos enfermeros y los problemas interdependientes resultan de gran utilidad, ya que delimitan los conceptos de los

⁸⁰ Ibid p 78

cuidados enfermeros, pudiendo repercutir los resultados en el cuerpo de conocimientos de la enfermería.

8. Planificación de los Cuidados de Enfermería

Una vez concluido la valoración e identificado las complicaciones potenciales (problemas interdependientes) y los diagnósticos enfermeros, se procede a la fase de planeación de los cuidados o tratamiento enfermero. En esta fase se trata de establecer y llevar a cabo unos cuidados de enfermería, que conduzcan al cliente a prevenir, reducir o eliminar problemas detectados. La fase de planeación del proceso de enfermería incluye cuatro etapas.⁸¹

8.1. Etapas en plan de cuidados

*Establece prioridades en los cuidados. Selección , todos los problemas y/ o necesidades que pueden presentar una familia y una comunidad raras veces pueden ser abordados al mismo tiempo, por falta de disponibilidad de la enfermera, de la familia, posibilidades reales de intervención, falta de recursos económicos, materiales y humanos . Por tanto se trata de ordenar jerárquicamente los problemas detectados.⁸²

*Planteamiento de los objetivos del cliente con resultados esperados. Esto es, determinar los criterios de resultados. Describir los resultados esperados, tanto por parte de los individuos y/ o de la familia como por parte de los profesionales.

Son necesarios porque proporcionan la guía común para el equipo de enfermería, de tal manera que todas las acciones van dirigidas a la meta propuesta. Igualmente formular objetivos permite evaluar la evolución del usuario así como los cuidados proporcionados .

Deben formularse en términos de conductas observables o cambios mesurables, realistas y tener en cuenta que el principal sistema de apoyo es la familia, sus motivaciones, sus conocimientos y capacidades... así como los recursos de la comunidad . Se deben fijar a corto y largo plazo.

Por último es importante que los objetivos se decidan y se plateen de acuerdo con la familia y /o la comunidad, que se establezca un compromiso de la forma que se sientan implicadas ambas partes, profesional y familia/ comunidad.

*Elaboración de las actuaciones de enfermería, esto es, determinar los objetivos de enfermería (criterios de proceso). Determinación de actividades, las acciones especificadas en el plan de cuidados corresponden a las tareas concretas que la enfermera y/ o familia realizan para hacer realidad los objetivos. Estas acciones se consideran instrucciones u órdenes enfermeras que han de llevar a la práctica todo el personal que tiene responsabilidad en el cuidado del paciente.

⁸¹ Ibid p 101

⁸² Ibid p 103

Las actividades propuestas se registran en el impreso correspondiente y deben especificar: que hay que hacer, cuando hay que hacerlo, cómo hay que hacerlo, donde hay que hacerlo y quien ha de hacerlo.

Para un diagnóstico de enfermería real, las actuaciones van dirigidas a reducir o eliminar los factores concurrentes o el diagnóstico, promover un mayor nivel de bienestar, monitorizar la situación. Para un diagnóstico de enfermería de alto riesgo las intervenciones tratan de reducir o eliminar los factores de riesgo , prevenir la presentación de problemas, monitorizan su inicio.⁸³

Para un diagnóstico de enfermería posible las intervenciones tratan de recopilar datos adicionales para descartar o confirmar el diagnóstico. Para los problemas interdisciplinarios tratan de monitorizar los cambios de situación , controlar los cambios de situación con intervenciones prescritas por la enfermera o el médico y evaluar la respuesta.

8.2. La selección de Prioridades.

Es un paso en la fase de planeación en la que se debe priorizar, que problemas serán los que se incluyan en el plan de cuidados y por tanto tratados, éstos deben acordarse con el cliente, de tal forma que la no realización de este requisito puede conducirnos a errores y a pérdidas de tiempo, por el contrario su uso nos facilitará aun más la relación terapéutica⁸⁴

Se trata de establecer las necesidades que son prioritarias para el paciente. Creemos que es de interés indicar aquí, que bajo una concepción holístico-humanística , la insatisfacción de las necesidades básicas provoca la enfermedad, esta carencia coloca a la persona en un estado de supervivencia, a pesar de ello y en determinadas ocasiones de libre elección, la persona prefiere satisfacer unas necesidades, privándose de otras. Es obvio añadir que son problemas prioritarios la situaciones de emergencias, como problemas de carácter bio-fisiológico, con excepción de la urgencia en los procesos de morir.

Por lo tanto daremos preferencia a aquellos diagnósticos de enfermería y complicaciones potenciales, referidos a las necesidades que el paciente de prioridad concienzudamente con la enfermera . En realidad las actividades que la enfermería desarrolla con y para las personas tienen suma importancia dentro del campo asistencial y del desarrollo humano , ya que les ayuda a detectar, reconocer y potenciar sus propios recursos, esto es satisfacer sus necesidades humanas , favorece en gran medida a la recuperación de la enfermedad.

Se debe dar importancia a las acciones de promoción de la salud enfocadas desde el cambio de estilo, actividades que son exclusivamente responsabilidad de la enfermería y que aún no se han asumido.

⁸³ Ibid p 103

⁸⁴ Alfaro Rosalinda Op cit p 109

8.3. Planteamiento de los Objetivos.

Una vez que hemos priorizado los problemas que vamos a tratar, debemos definir los objetivos que nos proponemos con respecto a cada problema, teniendo presente que los objetivos sirven para :

- *Dirigir los cuidados
- *Identificar los resultados esperados.
- *Medir la eficacia de las actuaciones.

Lo que se pretende con los objetivos de las actuaciones enfermeras es establecer que se quiere conseguir, como, cuando , y cuanto .⁸⁵

Existen dos objetivos:

- a. Objetivos de enfermería o criterios de proceso .
- b. Objetivos del paciente/ cliente o criterios de resultado

Normas generales para la descripción de objetivos

- *Escribir los objetivos en términos que sean observables y puedan medirse .
- *Describirse los objetivos en forma de resultados o logros a alcanzar, y no como acciones de enfermería.
- *Elaborar objetivos cortos.
- *Hacer específicos los objetivos.
- *Cada objetivo se deriva de sólo un diagnóstico de enfermería.
- *Señalar un tiempo específico para realizar cada objetivo.

8.4. Objetivos de Enfermería.

Estos objetivos dirigen las actuaciones enfermeras hacia tres grandes áreas para ayudar al paciente:

- *A encontrar sus puntos fuertes, esto es, sus recursos de adaptación adecuados para potenciarlos.

⁸⁵ Ibid p 112

*A buscar nuevos sistemas y recursos de adaptación.

*A conocer su estilo de vida y ayudarlo a modificarlo, si no fuera competente para el cambio, bien por una disminución de los recursos propios o por una inadecuación de los mismos .

Los objetivos de enfermería no se suelen escribir en el plan de cuidados, a excepción de que sea para los alumnos, en cualquier caso deben responder a preguntas sobre: capacidades, limitaciones y recursos del individuo que se pueden fomentar, disminuir /aumentar o dirigir.⁸⁶

Es interesante la consideración de Brunner y Suddarth, en la que nos dice que la identificación de las actuaciones apropiadas y los objetivos afines dependen de que la enfermera reconozca los puntos fuertes del paciente y sus familiares ; de su comprensión de los cambios fisiopatológicos que sufre el enfermo y de su sensibilidad a la respuesta emocional, psicológica e intelectual del sujeto a la enfermedad. Esta consideración nos aporta la idea de comprensión de lo que la persona hace piensa y siente con respecto a el mismo, la enfermedad, al medio que lo rodea etc, esto es, reconocer y comprender sus sistemas de vida y sus recursos.

Los objetivos de enfermería se describen en el tiempo a:

- a. Objetivos a corto plazo: son los resultados que pueden lograrse de modo favorable y rápido, en cuestión de horas o días. Estos son adecuados especialmente para establecer la atención inmediata en situaciones de urgencia cuando los pacientes son inestables y los resultados a largo plazo son inciertos.
- b. Medio plazo : para un tiempo intermedio, estos objetivos son también intermedios, de tal forma que, podamos utilizarlos para reconocer los logros del paciente y mantener la motivación .
- c. Objetivos a largo plazo: Son los resultados que requieren de un tiempo largo. Existen dos tipos :

*Unos , abarca un período prolongado y requiere de acciones continuas de enfermería, que median directamente entre el objetivo y su logro.

*Otro, se obtiene mejor a través de una secuencia de objetivos a corto plazo. Este segundo tipo no requiere de la atención de la enfermería , dado que la acciones de enfermería acompañan a los objetivos a corto plazo⁸⁷

⁸⁶ Ibid p 118

⁸⁷ Ibid p 133

8.5. Objetivos de Cliente /Paciente.

Al describir los objetivos debemos entender que estamos prefijados los resultados esperados, esto es, los cambios que se esperan en su situación, después de haber recibido los cuidados de enfermería como tratamiento de los problemas detectados y responsabilidad de la enfermera. Los objetivos del cliente se anotan en términos de lo que se espera que haga el cliente, esto es, como conductas esperadas.⁸⁸

Las principales características de los objetivos del cliente son tres:

*Deben ser alcanzables, esto es, asequibles para conseguirlos.

*Deben ser medibles, así se describen con verbos medibles del tipo de, afirmar, hacer una disminución, hacer un aumento, toser, caminar, beber, etc.

*Deben ser específicas en cuanto a contenido (hacer, experimentar o aprender) y a sus modificadores (quién, como, cuando, donde, etc.). Así, al verbo se le añaden las preferencias e individualidades, ejemplo: El paciente caminará (verbo) por el jardín (dónde) después de comer (cuando) durante 15 minutos (cuanto).

Los contenidos se describen como verbos y como ya hemos dicho que sean medibles. En cuanto a los objetivos cuyo contenido es el área de aprendizaje, referidos como objetivos de la educación.

*Cognoscitivos: estos objetivos se fundamentan en la memoria o reproducción de algo adquirido mediante el aprendizaje, así como objetivos que precisan actividad de carácter intelectual (determinación de problemas, reestructuración), .

*Afectivos: son objetivos que hacen hincapié en la tensión sentimental, una emoción o cierto grado de simpatía o repulsa. Oscilan entre una simple atención a la toma de conciencia de gran complejidad. Son objetivos que describen intereses, actitudes, conceptualizaciones, valores y tendencias emotivas.

*Psicomotores: estos objetivos se proponen el desarrollo muscular o motor, ciertas manipulaciones de materias u objetos, o actos que precisan coordinación neuro muscular. La lectura de Bloom nos ayuda a conocer y adquirir habilidad para describir de una manera correcta los objetivos en el área del aprendizaje.

⁸⁸ Ibid p 112

9. Ejecución

Las acciones de enfermería son aquellas intervenciones específicas que van dirigidas a ayudar al paciente al logro de los resultados esperados. Para ello se elaborarán acciones focalizadas hacia las causas de los problemas, es decir, las actividades de ayuda deben ir encaminadas a eliminar los factores que contribuyen al problema.⁸⁹ El paciente y los familiares deben participar, siempre que sea posible, en las decisiones relativas a las intervenciones enfermeras encaminadas al logro de los objetivos. Para identificar las intervenciones es aconsejable conocer los puntos fuertes y débiles del paciente y sus familiares, como se explicó anteriormente.

Del modelo bifocal de los diagnósticos de enfermería, podríamos decir que se desprende la responsabilidad del tratamiento tanto , de los diagnósticos enfermeros como de las complicaciones fisiológicas, para ello, el modelo establece dos tipos de prescripciones: enfermera y médica:

- a. Prescripciones enfermeras: Son aquellas en que la enfermera puedes prescribir independiente para que el personal de enfermería ejecute la prescripción . Estas prescripciones tratan y controlan los diagnósticos enfermeros.
- b. Prescripciones médicas: son actuaciones preescritas por el médico, representan tratamientos de problemas interdisciplinarios que la enfermera inicia y maneja.

La enfermera toma decisiones independientes tanto en los diagnósticos de enfermería como en los problemas interdisciplinarios.⁹⁰

En la elaboración de actividades han de tenerse presente los recursos materiales, desde la estructura física del servicio hasta su equipamiento; también hay que tener en cuenta, los recursos humanos, en la cantidad y la clasificación de los distintos elementos que van a intervenir con nosotros; también influyen los recursos financieros.

Vamos a ver ahora el tipo de actividades de enfermería, Iver (1989).

>Dependientes: Son las actividades relacionadas con la puesta en práctica de las actuaciones medicas. Señalan la manera en que se ha de llevar a cabo una actuación médica.

>Interdependientes: Son aquellas actividades que la enfermera lleva a cabo junto a otros miembros del equipo de salud. Estas actuaciones pueden implicar la colaboración de asistentes sociales, expertos en nutrición, fisioterapeuta médicos, etc.

⁸⁹ ¹ H Y ura M.B. Walsh . El Proceso de enfermería . Editorial Alambra 1982 p 29

⁹⁰ Alfaro Rosalinda Op Cit p 153

>Independientes: Son aquellas actividades de la enfermería dirigidas hacia las respuestas humanas que están legalmente autorizada a atender, gracias a su formación y experiencia práctica. Son actividades que no requieren la orden previa de un médico.

Las características de las actuaciones de enfermería son según Iyer (1989), las que siguen:⁹¹

*Serán coherentes con el plan de cuidados, es decir, , no estarán en desacuerdo con otros planes terapéuticos de otros miembros del equipo .

*Estarán basadas en principios científicos . Recordemos los paradigmas de salud sobre los que se basa contemporáneamente la enfermería, empírico-analítico, hermenéutico-interpretativo y socio- crítico, éstos fundamentan las decisiones y actuaciones enfermeras.

*Serán individualizados para cada situación en concreto. Los cuidados de un paciente difieren de los de otro, aunque tengan diagnósticos enfermeros y médicos iguales o similares.

*Se emplearán para proporcionar un medio seguro y terapéutico.

*Van acompañadas de un componente de enseñanza y aprendizaje.

*Comprenderán la utilización de los recursos apropiados.

Desde un punto de vista funcional la enfermería planifica actuaciones en las diferentes áreas de la salud, la enfermedad y el desarrollo humano:

- Promoción de la salud.
- Prevenir la enfermedades.
- Restablecer la salud.
- Rehabilitación
- Acompañamiento en los estados agónicos.

A esta tipo de actividades hay que añadir la actividades de estudio , diagnóstico y tratamiento de la enfermedad delegadas por la medicina, por ejemplo realización de pruebas diagnósticas, aplicación de fármacos, etc. Las acciones más habituales de la planificación de los cuidados de enfermería integrales, entorno a los diferentes tipos de diagnóstico enfermero y a los problemas interdependientes son:

- *Reducir o eliminar factores contribuyentes.
- *Promover mayor nivel de bienestar.
- *Controlar el estado de salud.

Para el diagnóstico enfermero de alto riesgo:

- *Reducir o eliminar los factores de riesgo.

⁹¹ Iyer W, Patricia Diagnósticos de Enfermería y planificación de cuidados E. Interamericana p 188-189

- *Prevenir que se produzca el problema.
- *Controlar el inicio de problemas.

Para el diagnóstico enfermero posible :

- *Recoger datos adicionales que ayuden a confirmar o excluir un diagnóstico.

Para el diagnóstico enfermero de bienestar:

- *Enseñar conductas que ayuden a conseguir mayor nivel de bienestar

Para problemas interdependientes:

- *Controlar los cambios de estado del paciente.
- *Manejar los cambios de estado de salud.
- *Iniciar las actuaciones prescritas por la enfermera y el médico.

La determinación de las actuaciones de enfermería que son necesarias para resolver o disminuir el problema, requiere de un método. Los pasos a seguir son los que siguen:⁹²

- Definir el problema (diagnóstico).
- Identificar las acciones alternativas posibles.
- Seleccionar las alternativas factibles.

El segundo paso de este método consiste en desarrollar todas las soluciones o alternativas posibles .

El éxito de las actuaciones de enfermería dependerá de la capacidad del profesional para elegir actividades y posteriormente desarrollar la más adecuada para obtener los resultados esperados, solución del problema/ diagnóstico posibles; veremos de manera resumida y genérica las acciones de enfermería que encontramos en un plan de cuidados:

- Realizar valoraciones de enfermería para identificar nuevos problemas/ diagnósticos de enfermería.
- Realizar la educación sanitaria del paciente para capacitarle en conocimientos, actitudes y habilidades .
- Aconsejar acerca de las decisiones de sus propios cuidados.
- Consulta y remisión a otros profesionales.
- Realización de acciones terapéuticas específicas de enfermería.

⁹² Ibid p 190

-Ayudar a los pacientes a realizar las actividades por si mismos.

Y también la determinación de actividades de enfermería para los problemas interdependientes son:

-Realizar la valoraciones frecuentes para controlar al paciente y detectar complicaciones.

-Remitir la situación al profesional adecuado cuando existan signos y síntomas de complicaciones potenciales.

-Ejecutar las actividades interdependiente de enfermería prescritas por el médico; Las directrices específicas para los cuidados de enfermería se denominan órdenes de enfermería y se componen de los siguientes elementos:⁹³

- *La fecha
- *El verbo, con los calificativos que indiquen claramente la actuación .
- *Descripción de qué, dónde, cuándo, cómo y cuánto
- *Las modificaciones a un tratamiento estándar
- *La firma

Para terminar este aparato, digamos que , las actuaciones de enfermería son aquellas actividades que necesariamente deben hacerse, para obtener los resultados esperados y deben definirse para cada diagnóstico de enfermería y problema interdependiente.

10. Evaluación

La última etapa del plan de cuidados es el registro ordenado de los diagnósticos, resultados esperados y actuaciones de enfermería ello se obtiene mediante una documentación El plan de cuidados de Enfermería. Es un instrumento para documentar y comunicar la situación del paciente/ cliente, los resultados que se esperan, las estrategias, indicaciones, intervenciones y la evaluación de todo ello Las finalidades de los planes de cuidados están dirigidas a fomentar unos cuidados de calidad, mediante:⁹⁴

- *Los cuidados individualizados
- *La continuidad de los cuidados
- *La comunicación
- *La evaluación

Para la actualización de los planes de cuidados hay que tener en cuenta que todos lo elementos de planes de cuidados son dinámicos, por lo que se precisa de una actualización diaria. Los diagnósticos, resultados esperados y la actuaciones , que ya no tengan validez deben ser eliminados.

⁹³ Ibid p 191-192

⁹⁴ Griffith , Jane I.W. Proceso de atención de enfermería, Aplicación de teorías guías y modelos. Manual Moderno p 166.

Los planes de cuidados deben tener los siguientes documentales:

- *Diagnósticos de enfermería/ problemas interdependientes.
- *Ordenes de enfermería (actividades)
- *Objetivos del cliente para el alta a largo plazo (criterios de resultado)
- *Evaluación (informe de evolución)

Documentos para recoger toda la información necesaria para enfermería:

- *Hoja de admisión que recoge la información de la valoración.
- *Documento donde se registra los problemas del paciente, los objetivos del plan de cuidados y las acciones de enfermería.
- *Documento de evaluación

De una manera u otra, en la actualidad, todos los planes de cuidados utilizan estos documentos .

Tipos de planes de cuidados individualizados estandarizados con modificación y computarizados.

- a. Individualizado: Permiten documentar los problemas del paciente, los objetivos del plan de cuidados y las acciones de enfermería para un paciente concreto.
- b. Estandarizado “ Es un protocolo específico de cuidados, apropiado para aquellos pacientes que padecen los problemas normales o previsibles relacionados con el diagnóstico concreto o una enfermedad”⁹⁵
- c. Estandarizado con modificaciones: este tipo de plan permiten la individualización, al dejar abiertas opciones en los problemas del paciente, los objetivos de plan de cuidados y las acciones de enfermería

Computarizado: requiere la informatización previa de los diferentes tipos de planes de cuidados estandarizados, son útiles si permiten la individualización a un paciente concreto.

La fase de ejecución es la cuarta etapa del plan de cuidados, es en esta etapa cuando realmente se pone en práctica el plan de cuidados elaborado. La ejecución , implica las siguientes actividades enfermeras:

- *Continuar con la recogida, recuerda que es recolección y valoración de datos
- *Realizar las actividades de enfermería

⁹⁵ Mayers Marlene G. Cuidados de enfermería; Pleneación, control y cuidados E. Limusa p 195-196

*Anotar los cuidados de enfermería, existen diferentes formas de hacer anotaciones, como son las dirigidas hacia los problemas

*Mantener el plan de cuidados actualizado.

La enfermera tiene toda la responsabilidad en la ejecución del plan, pero incluye al paciente y a la familia, así como a otros miembros del equipo. En esta fase se realizarán todas las intervenciones enfermeras dirigidas a la resolución de problemas (diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes) y las necesidades asistenciales de cada persona tratada. De las actividades que se llevan a cabo en esta fase quiero mencionar la continuidad de la recogida y valoración de datos, esto es debido a que por un lado la propia ejecución de la intervención es fuente de nuevos datos que deberán ser revisados y tenidos en cuenta como confirmación diagnóstico o como nuevos problemas.

La evaluación se define como la comparación planificada y sistematizada entre el estado de salud del paciente y los resultados esperados. Evaluar, es emitir un juicio sobre dos criterios más importantes que valora la enfermería, en este sentido, son: la eficacia y la efectividad de las actuaciones.⁹⁶

El Proceso de Evaluación consta de dos partes:

*Recogida de datos sobre el estado de salud/ problema/ Diagnóstico que queremos evaluar

*Comparación con los resultados esperados y un juicio sobre la evolución del paciente hacia la consecución de los resultados esperados son los siguientes:⁹⁷

1.- Aspecto general y funcionamiento del cuerpo

Observación directa y examen físico
Examen de la historia clínica

2.-Señales y síntomas específicos

Observación directa
Entrevista con el paciente
Examen de la historia

3.- Conocimientos

Entrevista con el paciente
Cuestionarios

4.-Capacidad psicomotora (habilidades)

*Observación directa durante la realización de la actividad

5.-Estado emocional:

*Observación directa, mediante lenguaje corporal y expresión verbal de emociones

⁹⁶ Griffith J.I. Op Cit. p173

⁹⁷ Iyer. Wpatricia Op Cit p 280- 2

*Información dada por el resto del personal

6.-Situación espiritual (modelo holístico de la salud)

*Entrevista con el paciente.

*Información dada por el resto del personal

Las valoraciones de la fase de evaluación de los cuidados enfermeros, deben ser interpretadas, con el fin de poder establecer conclusiones, que nos sirvan plantear correcciones en las áreas estudio, veamos la tres posibles conclusiones (resultados esperados), a las que podremos llegar:

*El paciente ha alcanzado el resultado esperado

*El paciente está en proceso de lograr el resultado esperado, nos puede conducir a plantearse otras actividades.

*El paciente no ha alcanzado el resultado esperado y no parece que lo vaya a conseguir. En este caso podemos realizar una nueva revisión del problema , de los resultados esperados, de las actividades llevadas a cabo.

De forma resumida y siguiendo a M. Caballero (1989) la evaluación se compone de:⁹⁸

-Medir los cambios del paciente

-En relación a los objetivos marcados

-Como resultado de la intervención enfermera

-Con el fin de establecer correcciones

La evaluación se lleva a cabo sobre las etapas del plan, la intervención enfermera y sobre el producto final. A la hora de registrar la evaluación se deben evitar los términos ambiguos como “igual”, “poco apetito”, etc., es de mayor utilidad indicar lo que dijo, hizo y sintió el paciente. La documentación necesaria se encontrará en la historia clínica. Una característica a tener en cuenta en la evaluación es, que esta es continua, así podemos detectar como va evolucionando el cliente y realizar ajustes o introducir modificar para que la atención resulte más efectiva⁹⁹

Tras reunir los datos actuales, éstos se comparan con los resultados identificados como deseables en los objetivos, comparación que puede llevar a uno de estos tres resultados: los objetivos se han conseguido totalmente, se han conseguido parcialmente o no se han conseguido en absoluto.

⁹⁸ Rosalinda Alfaro Op. Cit. p 170

⁹⁹ Ibid p 173

En el primer caso., esto es, cuando los objetivos se han logrado plenamente, se avanzará al siguiente paso. Cuando, por el contrario, los objetivos se han conseguido parcialmente o no se han logrado en absoluto. se sugiere que la enfermera se formule las siguientes preguntas¹⁰⁰

- 1.- ¿Los objetivos y las intervenciones eran realistas y apropiadas para esta persona?
- 2.- ¿Se realizaron las actividades de forma coherente, tal como estaban planificadas?
- 3.- Los problemas nuevos o las reacciones adversas ¿ se detectaron prontamente y se hicieron los cambios adecuados ?
- 4.-¿Cuál es la opinión del usuario respecto al logro de los objetivos marcados en el plan de cuidados ?
- 5.- ¿Cuáles fueron los factores que dificultaron el progreso?
- 6.-¿Cuáles fueron los factores que facilitaron el progreso?
- 7.- ¿Se buscaron en la bibliografía estudios de investigación y artículos prácticos, aplicables en este caso?

Si la respuesta a las tres primeras interrogantes es afirmativa, es preciso seguir indagando en esa misma línea, añadiendo las siguientes preguntas:

- 1.- ¿Los diagnósticos identificados reflejaban una situación del usuario que la enfermera pudiera tratar ?
- 2.-Los datos a partir de los cuales se formulo el diagnóstico, ¿ eran suficientes o exactos?

Es evidente que hallar las respuestas no siempre es fácil porque implica replantearse con espíritu crítico el trabajo realizado desde el principio y estar dispuestas a aceptar que cometemos errores ; sin embargo , esta reflexión resulta fundamental no solo para brindar mejores cuidados al usuario, centro y eje de nuestra actuación sino también para aumentar los conocimientos de la enfermera, y detectar y corregir los posibles puntos débiles en la valoración , diagnóstico, planificación u puesta en practica del plan.¹⁰¹

¹⁰⁰ Ibid p 174

¹⁰¹ Ibid p 178

CAPITULO III. MODELO DE VIRGINIA HENDERSON

I.- Referencias y antecedentes personales:

Virginia Henderson nació en 1897 en Kansas City Missouri, en 1918 ingreso en la escuela de enfermería del ejercito en Washington D.C. en 1922 inició su carrera docente en enfermería . Henderson vivió una larga trayectoria profesional como autora é investigadora.

De 1959 a 1971, dirigió el proyecto Nursing Studies Index, subvencionado por la universidad de Yale este libro se diseño como un índice de anotaciones en cuatro volúmenes sobre la bibliografía, análisis y literatura histórica de la enfermería desde 1900 a 1959. En 1960, se publico el folleto Basic Principles of Nursing Care que fue traducido a más de 20 idiomas, en 1978 publicó The Principles and Pactice of Nursing , este texto ha constituido parte del programa de diversas escuelas de enfermería habiéndose traducido a más de 25 idiomas. En la convención de 1988 de la American Nurse Association (ANA), recibió una mención de honor especial por sus contribuciones a la investigación, la formación y la profesionalidad en la enfermería a lo largo de toda su vida .¹⁰²

Henderson falleció en marzo de 1996 a la edad de 98 años. Su definición de enfermería es conocida internacionalmente y su trabajo sigue ejerciendo una gran influencia en la práctica, educación e investigación en el campo de la enfermería en todo el mundo.

Halloran escribió sobre ella “La señorita Virginia Avenle Henderson significó para el siglo XX lo que Florence Nihtingale para el XIX.”¹⁰³

El modelo de Virginia Henderson está influenciado por la corriente de pensamiento de la integración y según Meleis (1997), se incluye dentro de la escuela de necesidades.¹⁰⁴

Las teorizadoras de esta escuela comparten dos características:

Se basan en teorías sobre las necesidades y el desarrollo humanos, para conceptulaizar a la persona

Clarificar la función propia de las enfermeras.

¹⁰² Marriner Ann, Modelos y Teorias de enfermería, ediciones Rol S.A. 1989 p 68

¹⁰³ Halloran E.J. Internet communication, March 21, 1996

¹⁰⁴ Luis Rodrigo Ma. Teresa De la Teoría a la Práctics. El pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI Editorial Masson p 35

2.- Definiciones:

Enfermería : Henderson definió enfermería en términos funcionales “la única función de la enfermera consiste en ayudar al individuo enfermo o sano, a realizar las actividades que contribuyen a su salud o recuperación (o a una muerte tranquila), que llevaría a cabo sin ayuda si contara con la **fuerza** , la **voluntad** ,**conocimiento** necesarios, haciéndolo de tal modo que se le facilite la consecución de independencia lo más pronto posible .“

Salud Henderson no dio una definición propia de salud, pero en sus escritos comparó la salud con la independencia. En la sexta edición de *The principles and Practice of Nursing* citó deversas definiciones de salud de varias fuentes, entre ellas la del estatuto de la Organización Mundial de la Salud .Interpretaba la salud como la capacidad del paciente de realizar sin ayuda los 14 componentes del cuidado de enfermería. Tal como declaró “se trata más bien de la calidad de la salud que de la propia vida, ese margen de vigor mental/físico , lo que permite a una persona trabajar con la mayor eficacia y alcanzar el nivel de satisfacción vital en sus más altas cuotas.

Entorno: Tampoco en este caso dio una definición propia del entorno. Acudió, en cambio, al Webster’s New Collegiate Dictionary de 1961, en el que define el entorno como “el conjunto de todas las condiciones e influencias externas que afectan ala vida y al desarrollo del organismo”.

Persona: Henderson pensaba en el paciente como un individuo que necesita asistencia para recuperar su salud o independencia o una muerte tranquila, y que el cuerpo y el alma son inseparables . Así contempla al paciente y a su familia como una unidad.

Necesidades: En la obre de Henderson no aparece ninguna definición concreta de necesidad si bien se señalan en ella 14 necesidades básicas del paciente que abarcan todos los componentes de la asistencia de Enfermería. Estas necesidades son:¹⁰⁵

- 1.- Respira normalmente
- 2.- Comer y beber de forma adecuada.
- 3.- Evacuar los desechos corporales
- 4.- Moverse y mantener una postura adecuada.
- 5.- Dormir y descansar.
- 6.- Elegir la ropa adecuada (para vestirse y desvestirse)
- 7.- Mantener la temperatura del cuerpo dentro de un margen adecuado seleccionando la ropa y modificando las condiciones ambientales.
- 8.- Mantener la higiene corporal y un buen aspecto y proteger la piel.
- 9.- Evitar los peligros del entorno y evitar dañar a los demás
- 10.- Comunicarse con los otros expresando las propias emociones, necesidades, temores u opiniones
- 11.- Actuar con arreglo a su propia fe .
- 12.- Actuar de manera que se tenga la sensación de satisfacción con uno mismo

¹⁰⁵ Ibid p 36

13.- Disfrutar o participar en diversas formas de entretenimiento.

14.- Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad para alcanzar un desarrollo u una salud normales y acudir a los centros sanitarios disponibles¹⁰⁶.

3. Afirmaciones teórica.

La relación enfermera paciente: Se pueden establecer tres niveles en la relación enfermera paciente que van desde una relación muy dependiente a la practica independencia.

- a.- La enfermera como una sustituta del paciente.
- b.- La enfermera como una auxiliar del paciente
- c.- La enfermera como una compañera del paciente

En el momento de una enfermedad grave, se contempla a la enfermera como un sustituto de las carencias del paciente para ser completo, integro o independiente debido a su falta de fortaleza fisica voluntad o conocimiento.

Henderson reflejo este punto de vista al declarar que la enfermera, "es temporalmente la conciencia del inconsciente, el amor del suicida, la pierna del amputado, los ojos de quien se ha quedado ciego, un medio de locomoción para el niño, la experiencia y la confianza para una joven madre, la boca de los demasiado débiles o privados del habla, etc"

Durante los estados de convalecencia, la enfermera socorre al paciente para que adquiera o recupere su independencia. Henderson afirmó que independencia es un termino relativo. Nadie es independiente de los demás, pero nos esforzamos por alcanzar una independencia sana, no una independencia enferma.

Como compañeros la enfermera y el paciente formulan juntos el plan de asistencia. Con independencia del diagnostico existen unas necesidades básicas que pueden estar matizadas por otras circunstancias como la edad, el carácter, El estado anímico, la posición social o cultural y la capacidad fisica é intelectual

La enfermera debe ser capaz de valorar no solamente las necesidades del paciente sino También las condiciones y estados patológicos que las alteran. Henderson afirmaba que la enfermera "debe meterse en la piel de cada paciente para conocer cuales son sus necesidades". Luego debe contrastarlas con él.¹⁰⁷

4.- Características de el modelo de Virginia Henderson:

1. Es uno de los modelos conceptuales más conocidos en parte a cusa de que la definición de la función propia de la enfermera que dio Henderson fue adoptada por el Consejo Internacional de Enfermería (CIE.)

¹⁰⁶ Ibid p 108

¹⁰⁷ Marriner

2. Emplea una terminología de fácil comprensión para describir los conceptos.
3. Su construcción teórica es muy abierta lo que, da lugar diversas interpretaciones que permiten adaptarlo a las variantes culturales y sociales específicas de cada entorno y situación de cuidados ya sea en centros de hospitalización, ya en la comunidad.
4. Incluye también como partes de la actuación de la enfermera el papel de colaboración con otros profesionales de la salud.¹⁰⁸

¹⁰⁸ Luis Rodrigo Op Cit. p 32

CAPITULO IV. APLICACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.

Contextualización

El siguiente proceso de atención de enfermería, se aplicó en el centro médico ABC, el cual es un hospital que tiene su origen en la fusión de dos grandes e importantes instituciones: El hospital americano, fundado en 1886 y el sanatorio Cowdray, inaugurado el 11 de noviembre de 1923.

Las necesidades de estos dos hospitales y el contexto económico, social, político y científico propiciaron la fusión de las instituciones y el día 4 de julio de 1941 se inauguró una nueva institución con el nombre de The American British Cowdray Hospital, en honor a su fundador y gran benefactor Sir Lord Cowdray. Así mismo quedaría formada la junta directiva de hospital integrada por un patronato.

Al formar un solo hospital, ambas instituciones coincidieron en varios objetivos, entre ellos: la plena unión para brindar atención médica a gente de escasos recursos, convirtiéndose así en un hospital de beneficencia. Mejorar su infraestructura, optimizar su organización, emplear equipo médico de primera y ser la número uno en cuanto a la calidad de sus servicios.

En 1957 el patronato aprobó un ambicioso proyecto para construir un nuevo hospital de 120 camas; mismo que fue inaugurado el 30 de noviembre de 1965 a partir de la aportación de capital mexicano, el patronato de la institución quedó integrado por 18 personas: 5 representantes de la comunidad norteamericana, 5 representantes de la británica, 5 de la mexicana y 3 de la internacional.¹⁰⁹

Los ingresos y aportaciones que se reciben, se reinvierten en beneficio del centro médico ABC, lo que permite que se lleven a cabo programas de asistencia, docencia e investigación.

Tiene como misión proporcionar a la comunidad servicios de excelencia en salud y una filosofía estrictamente de sentido humano, su meta es llegar a ser un sistema de salud líder en Latinoamérica. Cuenta con cuatro pisos para hospitalización de adultos, una área pediátrica con terapia intensiva, un piso para ginecología con sala de labor, cuna con terapia intensiva para recién nacidos, quirófanos y la unidad de cirugía ambulatoria una de sus áreas más especializadas es la unidad de cuidados intensivos adultos ubicada en el tercer piso del hospital en el ala sur, lleva el nombre de su fundador Dr. Mario Shapiro:

¹⁰⁹ Recursos Humanos Hospital ABC. Manual de Bienvenida p 3

tiene un total de treinta camas, en promedio su ocupación es de un 70-100% ocasionalmente ingresan niños y pacientes quemados¹¹⁰

Cabe mencionar que no hay restricción para el ingreso de pacientes en fase terminal. Esta terapia intensiva, intermedia y cuidados coronarios; todos son cuartos privados que cuentan con una excelente iluminación, ventilación, controlada, monitor y tomas de aire, succión y oxígeno, es apoyada por un servicio de inhaloterapia, con ventiladores volumétricos, suficientes y de alta tecnología, tres gasómetros, sistema de computo en red con todo el hospital, tres carros de paro, médicos residentes de terapia intensiva y médicos adscritos, enfermeras especialistas, con todos estos recursos, bien empleados, se logra una atención de muy alta calidad.

Se hace referencia a esta unidad y servicio ya que es aquí donde se hospitalizo el paciente del caso clínico que se presenta

El Sr. Guillermo ingresó a este hospital por urgencias para después pasar a la terapia intermedia, en donde fue atendido por quien relata.

¹¹⁰ Información verbal por supervisora de Enfermería del servicio.

PRIMERA ETAPA: VALORACIÓN.

Ficha de identificación :

Nombre: Sr. Guillermo S Edad: 80 años

Fecha de Nacimiento: 19 de septiembre de 1923. sexo: masculino ocupación: retirado

Escolaridad: licenciatura Fecha de admisión: 19 de noviembre 2003 Hora: 12:00

Procedencia: domicilio Miembro de la familia/ persona significativa: hija

- ✓ *Necesidades básicas de: Oxigenación, nutrición e hidratación, eliminación y termorregulación.*

Necesidad de oxigenación:

Subjetivo :

Disnea debido a: pérdida del estado de conciencia. Fumador, 1 cajetilla diaria, suspendido hace 20 años.

Objetivo :

T/A 87/57 73 FC. FR.20

Saturación de O₂. 91% C/O₂ PN

Somnoliento, con cianosis peribucal, pálido.

Necesidad de nutrición e hidratación :

Subjetivo :

Alimentación sin restricciones, en ocasiones no come bien por encontrarse solo. No realiza ningún tipo de ejercicio.

Objetivo Mucosa oral y piel deshidratados, uñas quebradizas ,pelo escaso, con debilidad muscular sin dientes; usa prótesis total. Peso: 110 kg. Talla: 1.85m.

Hb.9.7 Gluc 80. cl 90 K 3.2

Necesidad de eliminación

Subjetivo

Hábitos intestinales no tienen un patrón establecido, presenta evacuación cada dos o tres días, micción frecuente por las noches.

Objetivo :

Abdomen globoso a expensas de pániculo adiposos, blando depresible, ligero dolor en hipogastrio, sin rebote, peristasis normal. No presenta globo vesical. EGO ph 7 bili – cetonas – gluc- bacterias +

Necesidad de termorregulación.

Subjetivo:

Se adapta a los cambios de temperatura.

Objetivo:

Piel en buenas condiciones, integra, eutérmico. Temp. 36°C

- ✓ *Necesidades básicas de: Moverse y mantener una buena postura, usar prenda de vestir adecuadas, higiene y protección de la piel y evitar peligros.*

Necesidad de moverse y mantener una buena postura.

Subjetivo:

Sedentarismo, no realiza actividades, deambula un poco. Permanece mucho tiempo sentado viendo televisión.

Objetivo:

Obeso, acostado, débil, requiere ayuda para cambiar de posición;

Necesidad de descanso y sueño:

Subjetivo:

No tiene un horario de descanso. Padece insomnio y apnea del sueño,

Objetivo:

Somnoliento, débil cansado, apático con respuesta disminuida a estímulos verbales.

Necesidad de usar prendas de vestir adecuadas.

Subjetivo: utiliza ropa cómoda, holgada y por el clima un poco gruesa.

Objetivo: viste de acuerdo a su edad, en esta ocasión con ayuda de su familiar.

Necesidad de higiene y protección en la piel.

Subjetivo:

Baño diario, un poco antes del medio día aseo bucal dos veces al día. Lavado de manos antes de comer y después de ir al baño.

Objetivo:

Limpio, sin lesiones dérmicas, prótesis dental en buenas condiciones de higiene.

Piel integra, deshidratada,

Necesidad de evitar peligros

Subjetivo:

Vive con su esposa de 72 años de edad la cual padece Herpes Crónico, requiere de cuidados, viven solos , tiene dos hijos casados.. Conoce las medidas de prevención de accidentes visita al medico solo cuando se siente mal.

Objetivo: Sus hijos lo visitan cada fin de semana. Entre semana esta solo con su esposa enferma.

- ✓ *Necesidades básicas de comunicación, vivir según sus creencias y valores, trabajar y realizarse. Jugar y participar en actividades recreativas, aprendizaje.*

Necesidad de comunicarse

Subjetivo:

Estado civil: casado desde hace 40 años, vive con su esposa, que padece una enfermedad crónica; se preocupa mucho por ella , la cuida y sus hijos lo apoyan solo los fines de semana, ellos manejan el negocio familiar y no cuentan con mucho tiempo.

Objetivo :

Se encuentra confuso con dificultad para comunicarse, al interrogarlo contesta con monosílabos , tarda para contestar, no sabe donde esta . lo acompañan sus hijos.

Necesidad de vivir según sus creencias y valores

Subjetivo

Su religión es judía; no la practica de manera regular, respeta las tradiciones.

Objetivo

Permite el contacto fisico, sus hijos le dejan objetos religiosos.

Necesidad de trabajar y realizarse.

Subjetivo:

Ya no trabaja, Tiene una fabrica de ropa , sus hijos la manejan. Y cubren todas sus necesidades económicas

Objetivo :

Estado emocional, no valorable ya que, se encuentra somnoliento.

Necesidad de jugar y participar en actividades recreativas.

Subjetivo:

Convive de vez en cuando con amigos en reuniones, ocasionalmente viaja.

Objetivos:

Sistema neuromuscular integro, estado de animo apático

Necesidad de Aprendizaje

Subjetivo :

Nivel de educación: Licenciatura en administración.

Le gusta leer, no tiene mucho interés en resolver problemas de salud.

Objetivo:

Sistema nervioso deprimido, sentidos disminuidos, somnoliento, deterioro del estado de consistencia. Débil, hipotenso, hipoxémico.

* I Anexo 1.

ETAPAS DE: DIAGNOSTICOS DE ENFERMERÍA, PLAN DE CUIDADOS Y EVALUACION DEL MISMO

1. -Necesidad: respirar normalmente:

Causa : Falta de fuerza (No puede)

Dx. De Enfermería: Patrón respiratorio ineficaz relacionado con deterioro de la percepción manifestado por disnea.

Fundamentación: *Todas las células de organismo requieren de la administración continua y suficiente de oxígeno.¹¹¹

*La falta de oxígeno deprime los centros vitales del cerebro.¹¹²

Objetivo	Establecer un patrón respiratorio eficaz. En cuanto ingrese al servicio.
Acciones Independientes	-Dar posición adecuada -Monitorización con oximetría continua -Observación de coloración y estado de conciencia.
Acciones Interdependientes	Oxígeno por puntas nasales a 3 litros por min. -Instalación de catéter central -Micronebulizaciones con combivent. -Gasometría arterial - Ofloxacino 500 IV c/24hrs
Fundamentación	*La posición del paciente debe permitir una expansión óptima y debe evitar la obstrucción de la vía aérea . *Los principales factores que afectan la capacidad vital son: La posición del paciente en decúbito disminuye la capacidad vital de 200 a 300 ml. *La cianosis es más evidente en aquellos sitios en los que la piel es delgada y poco pigmentada. Alrededor de la boca, los labios y en los lechos ungueales. * Casi todo el oxígeno transportado a las células del organismo va unido a la hemoglobina ¹¹³

Evaluación:

Se restableció un patrón respiratorio eficaz.

Logrando una saturación de oxígeno adecuada, no fueron necesarias otras maniobras .

¹¹¹ Nordmark, Rohweder, Bases Científicas de la Enfermería Editorial Manual Moderno p 86

¹¹² Ibid p 93

¹¹³ Ibid p 92-97

2.-Necesidad : Comer y beber adecuadamente

Causa :falta de fuerza (no puede)

Dx. De Enfermería: Déficit de volumen de líquidos (electrolitos) relacionado con falla de los mecanismos reguladores manifestado por cambio en el estado mental.

-Alteraciones de la nutrición por exceso, relacionado con aporte excesivo de carbohidratos manifestado por peso corporal superior en un 20% al ideal.

Fundamentación :*Todas las células del organismo necesitan cantidades determinadas de ciertos electrolitos para funcionar eficazmente.¹¹⁴

*Todas las células del organismo necesitan una cantidad suficiente de nutrientes esenciales para vivir y funcionar adecuadamente¹¹⁵

Objetivo	-Restituir volumen -Restablecer mecanismos reguladores de líquidos. en cuatro días -Recuperar el peso adecuado siguiendo la dieta adecuada entre tres a seis meses
Acciones Independientes	Apoyo psicológico para instalación de catéter central. -Cuidados a sondas y catéteres -Mantener cómodo al paciente. Orientación nutricional sobre grupos de alimentos y forma de balancearlos. . -Orientación sobre los beneficios de la pérdida de peso en su salud
Acciones Interdependientes	-Soluciones parenterales -Medir PVC c/h. -Control estricto de líquidos. -Solicitar exámenes de laboratorio -Instalación de sonda vesical -Electrocardiograma -Dieta 2000 kcal, alta en fibra; libre en líquidos
Fundamentación	*Para conservar el equilibrio hídrico del organismo son esenciales volúmenes suficientes de agua. ¹¹⁶ *Los electrolitos desempeñan un papel importante en los procesos metabólicos. ¹¹⁷ *El organismo pierde agua por los pulmones (vapor), la piel (transpiración y sudor), los riñones (orina), conducto gastrointestinal (heces) ¹¹⁸ *Una dieta balanceada comprende alimentos del grupo de la carne, leche, verduras y frutas, pan y cereales. ¹¹⁹ *Los alimentos se necesitan casi continuamente, pero se deben ingerir de manera que puedan ser absorbidos por el aparato gastrointestinal. ¹²⁰ *En el hipotálamo existen centros del hambre y de la saciedad. ¹²¹ *Los hábitos alimenticios diarios desempeñan un papel importante para determinar cuándo una persona siente hambre. ¹²²

¹¹⁴ Ibid p 216

¹¹⁵ Ibid p 128

¹¹⁶ Ibid p 188

¹¹⁷ Ibid p 216

Evaluación:

Se restableció volumen y electrolitos. Llegando a cifras adecuadas según exámenes de laboratorio y estado físico con ayuda de familiares se establece régimen dietético, con asesoría de profesional

¹¹⁸ Ibid 193

¹¹⁹ Ibid p 129

¹²⁰ Ibid p 141

¹²¹ Ibid p 141

¹²² Ibid p 142

3.-Necesidad : Evacuar desechos corporales

Causa: :Falta de fuerza (No puede)

Dx. De Enfermería: -Alteración de la eliminación urinaria relacionado con el deterioro sensitivo por disminución de la percepción manifestado por incontinencia.

- Riesgo de estreñimiento, relacionado con aporte insuficiente de líquidos y permanencia en reposo en cama.

Fundamentación: * Para que el organismo funcione eficazmente es necesario que se eliminen los residuos alimenticios y los gases que se encuentran en el conducto gastrointestinal; que se elimine la orina, y que las sustancias tóxicas que se forman en el organismo se eliminen.¹²³

Objetivos	-Recuperar un patrón de eliminación urinaria adecuado. Al ingresar al servicio Eliminar el riesgo de estreñimiento en los siguientes 2 días
Acciones Independientes	Higiene de piel y mucosas para evita lesiones cutáneas. -Instalación y fijación adecuada de sonda vesical Ejercicios vesicales cada 4h por 15 min. -Observar distensión abdominal. -Registrar número y características de evacuación. Colocación de supositorio de glicerina cada 12 horas o 24 horas Masaje abdominal siguiendo el trayecto del intestino grueso Aplicación de calor local
Acciones Interdependientes	-Instalación de sonda vesical. -Control de líquidos diuresis horaria -Líquidos abundantes. -Dieta alta en fibra.
Fundamentación	*Los riñones eliminan la mayor parte de los productos nitrogenados del metabolismo celular. ¹²⁴ *En la micción están involucradas la contracción del músculo detrusor y la apertura de los esfínteres. ¹²⁵ *La orina que es producida por los riñones es de 30 a 50 ml.por hora en el adulto. ¹²⁶ *La membrana mucosa que reviste el conducto urinario es continua desde la pelvis renal hasta el meato urinario, lo que permite que las infecciones asciendan, por vía retrógrada, a lo largo del conducto. ¹²⁷ *Si hay deshidratación aumenta la absorción del colon ¹²⁸ *La retención de heces permite una mayor absorción de agua ¹²⁹ *La causa principal de constipación son los hábito irregulares para efectuar la defecación .

¹²³ Ibid p 243

¹²⁴ Ibid p 247

¹²⁵ Ibid p 248

¹²⁶ Ibid p 247

¹²⁷ Ibid p 248

¹²⁸ Ibid p 244

¹²⁹ Ibid p 244

Evaluación: Al recuperar su estado de neurológico recupera control de esfínteres. Posteriormente a la hidratación presenta evacuación normal.

4.-Necesidad: Moverse y mantener una postura adecuada

Causa: falta de fuerza (No puede)

Dx. de Enfermería : -Riesgo de síndrome de desuso de la movilización relacionado con alteración ligera del nivel de conciencia.

Fundamentación:* La postura correcta puede definirse como la relación anatómica óptima que guardan entre sí las partes del cuerpo.¹³⁰

Objetivo	Evitar úlceras de decúbito .durante su estancia en el servicio.
Acciones Independientes	-cambio de posición . -asistencia en la de ambulación -Evitar puntos de presión . Movilización frecuente en la cama Cambio de posiciones Masaje de espaldas Colocación de cojines de agua en puntos de presión Vigilar y mantener la ropa de cama estirada y limpia
Acciones Interdependientes	-Puede deambular -Fisioterapia pulmonar c/8hrs. -Medias TED al muslo
Fundamentación	*La alineación de las partes del cuerpo debe estar balanceada y debe haber un mínimo de tensión en todos los músculos ¹³¹ *Cuando no se utilizan los músculos se atrofian ¹³² *La postura puede estar relacionada con el estado emocional. ¹³³

Evaluación:
Deambula con ayuda . No hay atrofia muscular. No se observan puntos de presión

¹³⁰ Ibid p 329

¹³¹ Ibid p 329

¹³² Ibid p 315

¹³³ Ibid p 329

5.- Necesidad: Dormir y descansar

Causa: Falta de voluntad (No puede)

Dx. de Enfermería: Alteración del patrón del sueño relacionado con temor a no despertar ya, manifestado por insomnio

Fundamentación:* Las células del organismo necesitan periodos de disminución de la actividad durante los cuales puedan restablecerse.¹³⁴

Objetivo	Recuperar su patrón de sueño habitual en los siguientes dos días
Acciones Independientes	Establecer y respetar un horario para dormir y descansar Sugerir la conveniencia de usar la cama solo para dormir Propiciar un ambiente sedante Enseñar técnicas de relajación Mantenerlo en vigilia todo el día Llevar un registro de las horas de vigilia en la noche
Acciones Interdependientes	Vigilar su estado de conciencia Midazolam 3.5mg tab
Fundamentación	<p>*Los seres humanos necesitan cierta cantidad de sueño durante un periodo prolongado para mantener el funcionamiento óptimo de su organismo.¹³⁵</p> <p>*El sueño restablece el equilibrio normal entre las distintas partes del sistema nervioso.¹³⁶</p> <p>*La actividad física que se efectúa durante las horas de vigilia tiende a favorecer un periodo de sueño adecuado.¹³⁷</p>

Evaluación: Logra dormir con ayuda de medicamento
Inductor del sueño.

¹³⁴ Ibid p 303

¹³⁵ Ibid p 303

¹³⁶ Ibid p 304

¹³⁷ Ibid p 306

6.- Necesidad de elegir la ropa adecuada :

Causa: Falta de fuerza (no puede)

Dx. de Enfermería : déficit de autocuidado; vestido relacionado con deterioro de la percepción , manifestado por incapacidad para ponerse o quitarse la ropa.

Fundamentación*El equilibrio Psicológico (así como la supervivencia física) requiere de la capacidad para percibir e interpretar los datos externos y internos.¹³⁸

Objetivo	Restablecer la capacidad de poder vestirse en cinco días
Acciones Independientes	Asegurarse de que el paciente este cómodo y proporcionar prendas limpias las veces que sea necesario
Acciones Interdependientes	Cuidados a paciente neurológico.
Fundamentación	<p>*La percepción está influida por el estado fisiológico y psicológico del individuo y por sus experiencias pasadas¹³⁹</p> <p>*La percepción se encuentra influida por el estado emocional del individuo.¹⁴⁰</p> <p>*En el proceso de envejecimiento puede haber una disminución de la capacidad sensitiva y deficiencias en la percepción¹⁴¹</p>

Evaluación: Al tercer día se vistió con ayuda, a al quinto lo hizo solo

¹³⁸ Ibid p 553

¹³⁹ Ibid p 556

¹⁴⁰ Ibid p 556

¹⁴¹ Ibid p 558

7.- Necesidad : Mantener temperatura corporal

Causa : Falta de fuerza (No puede)

Dx. de Enfermería: Riesgo de alteración de la temperatura corporal, debido a deshidratación e inactividad.

Fundamentación:*Existe una fluctuación precisa de la temperatura corporal, dentro de la cual las células funcionan eficazmente y la actividad enzimática es adecuada.¹⁴²

Objetivo	Mantener temperatura corporal adecuada durante su estancia en el servicio
Acciones Independientes	Adaptar la ropa de cama a la sensibilidad individual y la temperatura ambiente Control y registro periódico de signos vitales . Atención a temperatura. Registro de aportes y pérdidas asegurando una hidratación adecuada.
Acciones Interdependientes	Control de temperatura. Control de líquidos Líquidos IV
Fundamentación	<p>*La temperatura óptima para la actividad enzimática normal está dentro de los límites de la temperatura corporal.¹⁴³</p> <p>*La función de las células del organismo se altera cuando la temperatura es menor de 34.4°, o , mayor de 40°.¹⁴⁴</p> <p>*Los receptores del frío y el calor están situados periféricamente, principalmente en la piel y también ayudan a regular la temperatura.¹⁴⁵</p> <p>*El calor se distribuye en el cuerpo por medio de; conducción a través de los tejidos . Y la sangre circulante.¹⁴⁶</p>

Evaluación.- El paciente mantuvo una temperatura adecuada

¹⁴² Ibid p 291

¹⁴³ Ibid p 291

¹⁴⁴ Ibid p 291

¹⁴⁵ Ibid p 295

¹⁴⁶ Ibid p 292

8.-Necesidad: Mantener la higiene corporal y un buen aspecto y piel.

Causa: Falta de fuerza (No puede)

Dx. de Enfermería: Alto riesgo de infección relacionado con procedimientos invasivos y agentes farmacológicos.

Fundamentación: * La piel y las mucosas sanas e íntegras son las primeras líneas de defensa contra agentes nocivos.¹⁴⁷

Objetivo	Evitar infección durante su estancia en el servicio
Acciones Independientes	-Baño de esponja , lubricación de piel. -Curación de catéter central. -Aseo bucal. -Cubrirlo en caso necesario -Lubricación de piel -Evitar puntos de presión
Acciones Interdependientes	-Cuidados generales -Cuidados a sondas y catéteres
Fundamentación	*La piel es el mayor órgano del cuerpo, cubre toda la superficie y su epitelio guarda continuidad con el epitelio de los orificios externos de las vías digestivas, respiratoria y genitourinaria . ¹⁴⁸ * Los trastornos de piel y de las mucosas pueden producirse por; presión sobre las prominencias óseas, presión localizada a ciertas áreas debido a la posición yacente o sedente sobre superficies irregulares y la oclusión de los vasos sanguíneos por el deslizamiento de una capa tisular sobre otra. ¹⁴⁹

Evaluación No presentó datos de infección

¹⁴⁷ Ibid p 367

¹⁴⁸ Ibid p 367

¹⁴⁹ Ibid p 378

9.-Necesidad : Evitar los peligros del entorno y evitar dañar a los demás.

Causa : Falta de fuerza (No puede)

Dx. de Enfermería : Alto riesgo de traumatismo en relación con falta de coordinación .

Fundamentación:*En las áreas motoras de la corteza cerebral se inicia la actividad muscular y controlan la secuencia de las contracciones musculares proporcionando al organismo una locomoción con propósito y progresión.¹⁵⁰

Objetivo	Evitar traumatismos Durante su estancia
Acciones Independientes	-Vigilancia estrecha -cama con barandales -deambulaci3n asistida -compa1a de familiar
Acciones Interdependientes	-vigilancia estrecha
Fundamentaci3n	<p>*La corteza motora primaria se localiza inmediatamente enfrente del surco central . Y a que contiene un gran numero de c3lulas con forma piramidal, tambi3n se le denomina 1rea piramidal¹⁵¹</p> <p>*L a mayor parte de los patrones de los movimientos musculares necesarios para la postura y la locomoci3n pueden efectuarse a nivel de la medula espinal.¹⁵²</p> <p>*Existen mecanismos reflejos que rigen la orientaci3n de la cabeza en el espacio, la relajaci3n de la cabeza con respecto al tronco y los ajustes adecuados de los miembros con respecto a la posici3n de la cabeza¹⁵³ ..</p>

Evaluaci3n. No se presentaron traumatismos y/o lesiones

¹⁵⁰ Ibid p 321

¹⁵¹ Ibid p 321

¹⁵² Ibid p 316

¹⁵³ Ibid p 319

10.- Necesidad : Comunicarse con los otros expresando los propias emociones, temores y opiniones.

Causa: Falta de fuerza (No puede)

Dx. de Enfermería: Proceso alterados del pensamiento relacionado con juicio deteriorado, manifestado por capacidad disminuida para percibir las ideas y tomar decisiones .

Fundamentación:* Los procesos intelectuales son funciones de la corteza cerebral¹⁵⁴ .

Objetivo	Lograr comunicarse con sus familiares en dos días
Acciones Independientes	-Hablarle claramente -Vigilancia estrecha -Verificar que reconozca a sus familiares Que este con alguien de mucha confianza
Acciones Interdependientes	-Vigilar estado de conciencia -Cuidados a paciente neurológico
Fundamentación	*La comunicación es una función de la corteza cerebral. Implica capacidades visuales, auditivas, verbales, graficas, vocales y lenguaje corporal. ¹⁵⁵ *La percepción implica la organización dinámica de los estímulos externos e internos para lograr un todo significativo *Los signos y síntomas de trastornos de los procesos intelectuales son: Percepciones sensitivas defectuosas, confusión, desorientación, Procesos intelectuales desorganizados, distracción, irracionalidad, Dificultad para el aprendizaje, Pérdida de la memoria , Diferentes formas de afasia ¹⁵⁶ .

Evaluación: Al segundo día empezó a comunicarse de forma simple y fue avanzando según su recuperación

¹⁵⁴ Ibid p 470

¹⁵⁵ Ibid p 471

¹⁵⁶ Ibid p 473

11.- Necesidad: Actuar con arreglo a la propia fe

Causa: Falta de voluntad (No Quiere)

Dx de enfermería: Sufrimiento espiritual relacionado con separación de lazos religiosos y culturales manifestado por petición de ayuda espiritual.

Fundamentación:* El equilibrio psicológico está influido por y relacionado de manera compleja con la función cognoscitiva, incluyendo las opiniones, las creencias y las actitudes,¹⁵⁷

Objetivo	Mantener al paciente tranquilo
Acciones Independientes	Pasar a sus familiares cercanos Solicitar visita del rabino
Acciones Interdependientes	
Fundamentación	<p>*El estado psicológico de un individuo, incluyendo su función cognoscitiva, sus ideas, sus creencias y sus actitudes, influyen sobre su función fisiológica.¹⁵⁸</p> <p>*Puede lograrse una sensación de bienestar y de seguridad a través de las creencias y prácticas religiosas.¹⁵⁹</p> <p>*Las actitudes opiniones y creencias pueden utilizarse para organizar las experiencias y para dar significado al comportamiento.¹⁶⁰</p>

Evaluación: La visita del rabino ayudo a tranquilizarlo y darle confianza.

¹⁵⁷ Ibid p 563

¹⁵⁸ Ibid p 564

¹⁵⁹ Ibid p 625

¹⁶⁰ Ibid p 568

12.- Necesidad: Actuar de manera que se tenga la sensación de satisfacción con uno mismo

Causa: Falta de conocimiento (No sabe)

Dx. de enfermería: Trastorno del autoestima relacionado con pérdida de la salud manifestado por expresiones verbales de vergüenza y culpa

Fundamentación: *El equilibrio psicológico requiere de una integración adecuada de todos los aspectos de los procesos psicológicos del individuo.¹⁶¹

Objetivo	Elevar autoestima
Acciones Independientes	Alentar al paciente , haciendo notorios sus avances y explicarle todos los procedimientos
Acciones Interdependientes	
Fundamentación	<p>*El equilibrio psicológico requiere del desarrollo y la capacidad de utilizar los mecanismos psicológicos para evitar la ansiedad y para adaptarse adecuadamente a las situaciones de la vida.¹⁶²</p> <p>*La frustración moderada y tolerable puede tener un efecto constructivo.</p> <p>* La frustración tolerable sirve para intensificar el comportamiento dirigido hacia metas.¹⁶³</p>

Evaluación: Al lograr levantarse y deambular con ayuda manifiesta la sensación de mejoría y planea su salir del hospital.

¹⁶¹ Ibid p 577

¹⁶² Ibid p 639

¹⁶³ Ibid p 638

13.-Necesidad. Disfrutar participar en diversas formas de entretenimiento

Causa: Falta de fuerza (No puede)

Dx de enfermería : Déficit de actividades recreativas relacionado con la falta de ambientes adecuados en el servicio de hospitalización manifestado por aburrimiento.

Fundamentación:* Por encima y más allá de las necesidades básicas o primarias y de las necesidades secundarias o adquiridas más firmemente inculcadas, el hombre parece motivarse hacia las actividades que se experimentan simplemente como agradables, incluyendo aquellas que se refieren a la apreciación estética.¹⁶⁴

Objetivo	Mejorar el estado de animo del paciente durante su estancia en servicio
Acciones Independientes	Tener al paciente limpio y arreglado para recibir a sus familiares Conocer sus intereses de recreación Leerle un libro
Acciones Interdependientes	
Fundamentación	<p>*El individuo al que se le proporciona (o es capaz de adquirir) Una cantidad adecuada de experiencias puramente agradables tiende a actuar en una forma más positiva en la vida en general y está más preparado para tolerar las experiencias desagradables que sean necesarias.¹⁶⁵</p> <p>*Todas las necesidades humanas están relacionadas; un trastorno en una área de la función produce reacciones en las demás .La falta persistente de satisfacción de las necesidades psicológicas esta relacionada con las reacciones fisiológicas y viceversa.¹⁶⁶</p>

Evaluación: Se observa mas animado ,planea actividades .

¹⁶⁴ Ibid p 634

¹⁶⁵ Ibid p 634

¹⁶⁶ Ibid p 635

14.- Necesidad : Aprender descubrir o satisfacer la curiosidad para alcanzar un desarrollo y una salud normales y acudir a los centros sanitarios disponibles .

Causa: Falta de conocimiento (No sabe)

Dx. de Enfermería : Déficit de conocimiento de una buena alimentación relacionado con sobrepeso manifestado por falta de interés y apatía.

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 un comportamiento adecuado para solucionar problemas de adaptación en particular ¹⁶⁷

Objetivo	Darle la importancia a los conocimientos de una buena alimentación para el mantenimiento de la salud
Acciones Independientes	Orientación nutricional, grupos de alimentos y calorías que contienen , forma de balancearlos Proporcionar una dieta adecuada con la cantidad de líquidos necesaria por escrito y fácil de leer . Hacer que sus familiares colaboren
Acciones Interdependientes	
Fundamentación	*La información que se aprende con mayor eficacia es aquella que tiene significado para el contexto de la vida del individuo. ¹⁶⁸ *La motivación es un prerrequisito para el aprendizaje óptimo. ¹⁶⁹ *Es más fácil el aprendizaje cuando el individuo ve la relación entre lo que esta aprendiendo y sus necesidades y problemas personales. ¹⁷⁰

Evaluación: Manifiesta que ha comprendido la importancia de el buen manejo de la alimentación. Así como el autocuidado

¹⁶⁷ Ibid p 603

¹⁶⁸ Ibid p 610

¹⁶⁹ Ibid p 611

¹⁷⁰ Ibid p 611

CONCLUSIONES

Al cuarto día el señor Guillermo fue dado de alta del hospital, totalmente recuperado, y decidido a realizar cambios en su vida diaria, empezando por su dieta y un sencillo programa de ejercicios que consiste en una caminata diaria de 20 a 30 minutos.

Gracias a los recursos materiales y humanos con que contó para su atención oportuna. El señor Guillermo no presentó ningún tipo de secuela se logró recuperar al cien por ciento.

La atención que recibió en el hospital hizo que se sintiera con la confianza de realizar preguntas comentarios sabiendo que era escuchado y atendido. Esperando una solución a sus problemas.

En cuanto a su esposa enferma, platicó con sus hijos y se comprometieron a visitarlos y ayudarlos con más frecuencia, también acordaron que una Enfermera se hiciera cargo del cuidado de la señora.

De esta forma el señor Guillermo, realizará actividades en beneficio de su salud física y mental

Con esta experiencia el señor. Guillermo, valora más su salud, su propósito es retomar creencias y costumbres de las que se había alejado un poco, comenta su deseo de no perder sus tradiciones y transmitirselas a sus nietos y poder estar más tiempo con su esposa, durante su estancia en el hospital su mayor preocupación fue su esposa expresaba temor de dejarla sola y enferma. Ahora está más tranquilo sabiendo que cuenta con la ayuda de una enfermera.

Este proceso me deja algo muy importante en mi práctica diaria, ya que por motivos de tiempo no es posible plantear todos los pasos con detalle por escrito, pero a partir de este trabajo descubrí una forma de organizar mejor los cuidados de enfermería de acuerdo a las 14 necesidades que plantea Virginia Henderson, así como observando e investigando las bases científicas que apoyan las acciones de enfermería.

Tomando en cuenta que cada caso es distinto, y que el Proceso de Atención de Enfermería se adecua a cada individuo de acuerdo a sus necesidades, con un diagnóstico de Enfermería, planteando objetivos, y llevando a cabo acciones para satisfacer cada una de las necesidades detectadas, para obtener los mejores resultados y que el individuo regrese a su actividad y su familia que padece al igual que él cuando pierde su salud.

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

ANEXOS

ANEXO I. Valoración de necesidades**FICHA DE IDENTIFICACIÓN**

Nombre : _____ Edad: _____ Peso: _____ Talla: _____
 Fecha de nacimiento: _____ Sexo : _____ Ocupación: _____
 Escolaridad: _____ Fecha de admisión: _____ Hora: _____
 Procedencia: _____ Fuente de información: _____
 Fiabilidad (1-3) 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:

Diseña debido a: _____ Tos productiva/ seca: _____ Dolor asociado
 con la respiración: _____ Fumador _____
 Desde cuando fuma/ cuantos cigarrillos fuma al día /varía la cantidad según su estado
 emocional: _____

Objetivo :

Registro de signos vitales y características

Tos productiva/ seca: _____ Estado de conciencia: _____
 Coloración de piel / lechos ungueales/ peribucal: _____
 Circulación del retorno venoso: _____
 Otros : _____

NECESIDADES DE NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN

Subjetivo :

Dieta habitual (tipo): _____ Número de comidas diarias: _____

Trastornos digestivos _____

Intolerancia alimenticia/ alergias: _____

Problemas de la masticación y deglución _____

Patrón de ejercicio _____

Objetivo

Turgencia de la piel _____

Membranas mucosas 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: _____

Palpitación 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 : _____

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 de ambulación: _____

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: _____
 Descansa al levantarse _____

Objetivo :

Estado mental, ansiedad /lenguaje / estrés: _____
 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 forma 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: _____

Objetivos :

Aspecto

general:

Olor corporal: _____ Halitosis _____

Estado del cuero cabelludo: _____

Lesiones dérmicas tipo: _____

Otros: _____

NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS

Subjetivo :

Que miembros componen la familia de pertenencia: _____

Como reacciona ante situación 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, vive según sus 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 solo: _____

Frecuencia de los contactos sociales diferentes en el trabajo: _____

Objetivo :

Habla claro: _____ Confuso: _____

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 o 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 de la familia: _____

Esta satisfecho 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/ articipativo: _____

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: _____

ANEXO 2

Deshidratación:

Las causas incluyen vómito o diarrea, uso de diuréticos, enfermedades renales, diabetes mellitus o diabetes insípida, **deshidratación por ingestión inadecuada relacionada con alteración del estado mental** y pérdidas insensibles excesivas por sudoración o fiebre.

La depleción de volumen se caracteriza por pérdida de peso, sed excesiva y mucosas secas, puede haber taquicardia en reposo, **hipotensión ortostática ó choque**.

El tratamiento de los trastornos de líquidos y electrolitos se basa en:

- 1).- Evaluación del agua corporal total y su distribución, hay variación de acuerdo al sexo y ay disminución con la edad. (**Varón mayor de 60 años 50 %**)
- 2).- Concentraciones de electrolitos (Na 135-145), (K 3.5- 5)
- 3).- Osmolalidad del suero.(normalmente es de 285 a 295)¹⁷¹

Implicaciones Clínicas:

En muchos casos los trastornos electrolíticos resultan asintomático. Sin embargo, los pacientes pueden desarrollar **letargia, debilidad, confusión delirio** y convulsiones, especialmente en presencia de una concentración anormal de sodio en el suero. Con frecuencia estos síntomas se confunden con trastornos neurológicos o metabólicos primarios. Se manifiesta debilidad muscular en pacientes con hipopotasemia e hipofosfatemia graves; puede haber confusión, convulsiones y coma en quienes tienen hipercalcemia intensa.

Trastornos en la concentración de sodio

La hiponatremia definida como definida como una concentración sérica de sodio menor a 130 meq/ml. Es la anomalía electrolítica más común que se observa en una población general

El tratamiento consiste en restitución del volumen perdido con solución salina isotónica o infusión de ringer lactada. La tasa de corrección debe ajustarse para prevenir algún daño cerebral permanente

Trastornos en la concentración de potasio:

El contenido total de potasio en el cuerpo es de 50 meq/Kg. Del cual más de 95% es intracelular. Cuando baja de 4meq/l en suero ay hipopotasemia y puede deberse a la disminución de su ingestión, desplazamiento del potasio al interior de la célula, pérdida renal o extrarenal de potasio o combinación de estos factores

¹⁷¹ Lawrence M. Tier, Diagnóstico y Tratamiento, Trastornos de los líquidos y electrolitos Ed Manual Moderno p 841,

Signos y Síntomas:

La debilidad muscular, la fatiga y los calambres musculares, son molestias frecuentes en la hipopotasemia de grado leve a moderado. La afección del músculo liso puede originar estreñimiento. Con la hipopotasemia intensa menos de 2,5 meq/l puede desarrollarse parálisis flácida, hiporreflexia, hipercapnia. Tetania y rabdomiólisis.

El reemplazo con potasio intravenoso se indica en aquellos pacientes con hipopotasemia intensa y en quienes no pueden tomar suplementación oral¹⁷².

¹⁷² Ibid p 848

BIBLIOGRAFÍA

- Alfaro Rosalinda. **Aplicación del Proceso de Enfermería**. Editorial Doyma p .255
- Carpenito J. Linda. **Diagnósticos de Enfermería**. Aplicación a la practica Clínica Editorial Interamericana Mc Graw-Hill p. 1335.
- CIE, “Tendencias actuales y futuras”, en **La formación en enfermería: pasado y presente**, Ginebra, CIE. 1996 p 5-31
- Cibanal Juan. **Interacción del Profesional de Enfermería con el paciente**. Barcelona Doyma 1991 p.89.
- Colliere Marie Francois **Promover la vida**. “Origen de la practicas de cuidados; su influencia en la practica de la enfermería” Editorial Mc Graw Hill Interamericana 1993 Madrid, México p 5
- Diagnósticos de Enfermería de la NANDA **Definiciones y clasificación 1999-2000** Editorial Harcourt. P 141.
- Duran de Villalobos Ma. Mercedes. **Enfermería: Desarrollo Teórico e Investigativo** “Ciencia de Enfermería, Facultad de enfermería de Colombia, 1ª edición 1998 Pág.61
- Gordon Marjory. **Diagnóstico Enfermero; proceso y aplicación**. México D.F. Mosby/Doyma 1996 p. 25- 32.
- Griffith Jane W. **Proceso de Atención de Enfermería; Aplicación de Teorías, guías y Modelos**. Manual Moderno 1986 p 76.
- Hernández Conesa Juana **Historia de la Enfermería**, Interamericana Mac graw hill Madrid 1995 España. p.195
- Iyer W. Patricia. **Diagnóstico de Enfermería y planeación de cuidados**. México Interamericana Mcgraw-hill 1992 p. 154-155
- H. Yura M.B. Walsh **Ciencias de la Enfermería**. Editorial Interamericana 1995. p 195.
- Kérouuac M.N. Suzanne. **El pensamiento Enfermero**. 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 2º edición p 202

Luis Rodrigo Ma. Teresa **Los Diagnósticos de Enfermería, revisión crítica y guía práctica** Editorial Masson Patrón 1 Intercambio Pág. 19 Patrón 4 Valores Pág. 131 Patrón 6 Movimiento Pág. 167 Patrón 8 Conocimiento Pág. 229 Editorial

Lawrence M. Tierne y Jr. Stephen J. Mc Phee Maxine A. Papadakis. **Diagnóstico y Tratamiento. Trastornos de Líquidos y Electrolitos.** Manual Moderno p 841

Mayers Marlene. **Cuidados de Enfermería; Planeación, control y cuidados.** México Limusa 1983. p 234.

Marriner, Ann. **Modelos y Teorías de Enfermería**, "Introducción al análisis de las teorías de enfermería", Editorial Mosby- Doyma, Barcelona España, 4º edición, 1998 Pág. 3-15 p .99 a 105

Nordmark/ Rohweder. **Bases Científicas de la Enfermería** Manual Moderno 2º edición p -86-611

Recursos Humanos Hospital ABC. **Manual de Bienvenida** p. 3,4,5,

<http://www.terra.es/personal/duenas/pae.htm>

Proceso de Atención de Enfermería