



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA**

**PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA
CUIDADO INTEGRAL AL ADULTO MAYOR
CON DÉFICIT EN LA ELIMINACIÓN RENAL**

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

PRESENTA:

JOSÉ FLORENCIO CHAN PUGA

**CON NÚMERO DE CUENTA
99619424**

ASESORA ACADÉMICA

LIC. SOFÍA RODRÍGUEZ JIMÉNEZ



MÉXICO

2006

AGRADECIMIENTOS



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.

A Dios:

Después de pensar mucho de todas las cosas por las que tengo que darte las gracias, me di cuenta que ni con todas las palabras del mundo podría hacerlo, así que solamente te diré de todo corazón, GRACIAS

A mis padres y hermanas:

Por su esfuerzo y comprensión, por sus consejos, por darme palabras de aliento cuando las necesitaba, pero sobre todo por darme su amor incondicional.

A mis amigos:

Rafael y Reyna por estar a mi lado en las buenas y en las malas, por su amistad incondicional.

Lic. Sofía Rodríguez Jiménez

Por ser mi guía en la realización de este Trabajo, por su paciencia y por todo su apoyo en el proceso de asesora.

Índice	Página
Introducción	4
II.-Justificación	5
III.-Objetivos	6
IV.-Metodología de trabajo	7
V.-Marco teórico:	9
5.1.-Antecedentes de la Enfermería	9
5.2.-Antecedentes del proceso de enfermería	29
5.3.-Conceptos básicos del modelo de Virginia Henderson	54
5.4.-El adulto mayor en su proceso de desarrollo	58
5.5.-La insuficiencia renal crónica. Bases conceptuales	69
VI.-Modelo de cuidado desde la perspectiva de las necesidades de Virginia Henderson	84
6.1.- Presentación del caso clínico	85
6.2.-: Valoración de las necesidades	85
6.3- Diagnósticos de Enfermería y Plan de atención	89
6.4.- Evaluación	100
VII.- Conclusión y Sugerencias	100
Bibliografía	101
Anexo:	
1.Instrumento de valoración de necesidades	105

Introducción

La Enfermería como disciplina profesional tiene como meta brindar cuidados de salud a las personas en los ámbitos de promoción prevención y recuperación, así como en el proceso de muerte, esto implica un conjunto único de conocimientos que integran experiencias y competencias específicas, auto-regulación y formulación de un código ético, como disciplina tiene una delimitación teórico conceptual y un objeto de estudio definido así como una base teórica e investigativa que le da sustento a dicha práctica en el área clínica, educativa y social.

Con esta perspectiva y con la finalidad de integrar el conocimiento, la práctica y la realidad social de la profesión se elabora el siguiente trabajo y para obtener el título de licenciado en enfermería y obstetricia con la opción de Proceso de Enfermería, se otorga el cuidado a una persona adulta mayor con déficit en la eliminación urinaria, con el diagnóstico médico de insuficiencia renal crónica.

Es esta una metodología que permite integrar una perspectiva teórica y una tecnología de cuidados para la práctica profesional en vías de lograr los objetivos de salud de la persona y del enfermero (a) requiere de un esfuerzo de integración de las ciencias biológicas, psicológicas, sociales y humanas que fundamentan el cuidado enfermero y permiten expresar una práctica profesional.

El modelo teórico que sustenta este trabajo es el de Virginia Henderson con respecto a su base filosófica de la Enfermería y de la persona y la teoría de las necesidades humanas.

Es una experiencia significativa para la comunidad profesional del estado de Yucatán, ya que aportará elementos para la práctica, considerando la alta incidencia de este padecimiento.

II.-Justificación

La enfermería a lo largo del tiempo se ha desarrollado como disciplina y como profesión, sin embargo en nuestra práctica cotidiana no se ve reflejado ese conocimiento, esta consideración nos hace pensar en la necesidad de ir haciendo los cambios en varios niveles, en la práctica, docencia e investigación. Así la práctica requiere de una fundamentación teórica, metodológica y tecnológica para el cuidado que le dé a la enfermería la autonomía profesional que requiere. La enfermería modifica su modo de atender las necesidades de nuestra sociedad cambiante en la medida en que se produce la evolución en el conocimiento. Enfermería se redefine continuamente, adaptándose a las exigencias de nuestro mundo cambiante este hecho hace imprescindible el unificar los criterios del enfoque profesional y sistematizar su practica.

Las dimensiones de la práctica de la enfermería han evolucionado en respuesta a los cambios científicos y tecnológicos, educativos, económicos y políticos experimentados por la sociedad, así el Proceso de Enfermería es el método por el que se aplican los sistemas teóricos de la Enfermería a la practica real. Proporciona la base para cubrir las necesidades individualizadas del paciente, de la familia y de la comunidad.

El Proceso de enfermería exige como requisitos previos, análisis de la situación de salud, conocimientos y habilidades. Los conceptos, principios y valores forman el sistema teórico sobre el que se basa la practica de enfermería, el desarrollo de las habilidades profesionales contribuye a la creación de infraestructura metodológica como son los instrumentos para la valoración, el diagnostico, la planificación, la ejecución y la evaluación, de tal forma que cada vez que se apliquen se vayan perfeccionando y mejorando el proceso en un continuo de práctica, investigación y acción.

Con base a lo anterior se desarrolla un proceso de enfermería, con fundamento en el modelo de Virginia Henderson, así como la utilización de la taxonomía diagnóstica de la Asociación Norteamericana para los Diagnósticos Enfermeros (NANDA).

Por tal motivo este trabajo implica un proceso de investigación e intervención de Enfermería, que tiene como objetivo brindar cuidados para el bienestar físico, mental y social y espiritual al adulto mayor en situación de enfermedad en una fase aguda en el hospital y en la fase crónica en el hogar; esperando que alcance niveles aceptables de independencia.

III.-Objetivos

3.1-Objetivo general:

Aplicar el proceso de enfermería con base en el modelo teórico de Virginia Henderson a un adulto mayor con déficit en la eliminación renal y con terapéutica de diálisis peritoneal.

3.2-Objetivos específicos:

Aplicar el modelo de cuidados de Virginia Henderson integrando conocimientos teóricos, metodológicos y tecnológicos a un adulto mayor con alteraciones en la eliminación renal.

Ayudar al paciente en la mejora de su calidad de vida, prestando cuidados para el logro de cierto nivel de independencia en el cuidado a la salud.

Planear y poner en práctica un plan de cuidados enfocados a la satisfacción de las necesidades del paciente con enfoque holístico.

IV.- Metodología

La metodología por excelencia para el cuidado enfermero ha sido en las últimas décadas el Proceso de Atención de Enfermería, metodología que permite articular los fundamentos de la teoría de enfermería, los de la etapa de desarrollo en que atraviesa la persona, su condición de salud-enfermedad y las estrategias tecnológicas para las intervenciones de enfermería, de tal manera que es esta una estructura que se deriva de las necesidades y condiciones de la persona y la situación de cuidados que el enfermero pueda ofrecer para la interacción, así como los recursos personales, interpersonales, familiares e institucionales con los que se cuenta.

Para la realización del proceso de atención de enfermería se seleccionó un paciente del hospital Regional del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado del servicio de Nefrología. En la ciudad de Mérida, Yucatán con déficit en la eliminación renal y en tratamiento médico de diálisis peritoneal continua y ambulatoria.

La orientación del cuidado es el modelo conceptual de Virginia Henderson a través del proceso de enfermería con cinco etapas: Valoración, Diagnóstico, Planeación, Ejecución y Evaluación.

Para la etapa de valoración se seleccionó un instrumento estructurado el cual está integrado por un apartado de identificación de la persona y cada una de las necesidades cuenta con ítems abiertos y cerrados que permitan el registro de datos objetivos y subjetivos.

Para la formulación de Diagnósticos se basa en la Taxonomía Diagnóstica de la Asociación Norteamericana de Diagnósticos de Enfermería (NANDA).

Para la planeación de cuidados se considera la priorización de los diagnósticos tomando en cuenta el balance de limitaciones y capacidades así como la integridad física y mental para mantener la salud y evitar los riesgos.

En la planeación se puso una especial atención a los objetivos del paciente y al desarrollo de técnicas y procedimientos para mantener la salud y la vida finalmente se ejecutaron todos y cada uno de los planes necesarios en forma directa que permitiera evaluar los logros alcanzados y posteriormente a este se realizaron valoraciones focalizadas e intervenciones continuadas que permitieran satisfacer las necesidades y atender los diagnósticos reales y potenciales de la persona.

La obtención de datos se realiza mediante la entrevista directa y en forma indirecta con los familiares, en un lapso de dos días en el área de diálisis peritoneal hospitalaria, luego se realiza un seguimiento tanto en el hospital como en su domicilio por un tiempo de dos meses de la siguiente manera:

La paciente ingresa al hospital cada 10 días para su sesión de baños (diálisis en 24 recambios de 30 minutos en cavidad peritoneal) en ese lapso se le realiza el seguimiento; y posteriormente en su domicilio tres veces por semana

(lunes, miércoles, viernes) siempre y cuando no este ingresada en el hospital por el lapso de dos meses.

Una vez realizadas la valoración se procede al análisis para la formulación de los diagnósticos, planeación, ejecución y evaluación en forma directa, clasificación de la información, la que se realiza de acuerdo a las variables del estudio y que son el sustento para la construcción de los diagnósticos de Enfermería con el siguiente orden:

Ficha de identificación

Necesidades individuales y el nivel de dependencia e independencia

Requisitos de desarrollo

Fases de intervención de enfermería y tipo de intervención

Resultados de la actividad de enfermería

Observaciones generales

Se establece que el análisis se realice a partir de la relación que existe entre la necesidad *dependiente* con la causa de dificultad para satisfacer las 14 necesidades fundamentales del individuo que nos permitan construir los diagnósticos de enfermería.

Una vez elaborados los diagnósticos de enfermería se jerarquerizan, se definen los objetivos para que con base en ellos se realicen las intervenciones y se evalúen los resultados de acuerdo con la satisfacción de las necesidades de la persona y del seguimiento del proceso. La relación que se establece es la de apoyo del paciente en el hospital y durante los periodos de convalecencia el enfermero ayuda al paciente para que recupere su independencia y en su domicilio la relación de enfermería es como compañía del paciente donde el enfermero supervisa y educa al paciente pero es él quien realiza su propio cuidado. Se dará por terminada la relación cuando el paciente alcance su independencia.

V- Marco teórico

5.1- Antecedentes de la enfermería

A la enfermería se le ha denominado la más antigua de las artes y de las profesiones, como tal ha atravesado numerosas etapas y ha formado parte de movimientos sociales. Ha sido elemento participante de la cultura de una época por la que ha sido modelada y a la que ha ayudado en su desarrollo, la historia de la enfermería ha sido una historia de frustración, ignorancia e incompreensión, una gran epopeya llena de desgracia y triunfos, romances y aventuras y lo que es más importante ha sido historia de un grupo profesional cuyo status siempre ha venido marcado por las pautas prevalentes en la humanidad (Donahue, 1989).

Los cuidados de supervivencia y los orígenes de la enfermería. Quizá con un poco de ingenuidad, pero apoyándonos en la documentación histórica, queremos centrar nuestro análisis en cómo la enfermería ha ido desarrollando el contenido de su hacer, el cuidado, a través de la historia como lo han hecho la medicina y otras profesiones. Por eso la historia de la enfermería, hoy, puede dar razones de esta evolución, que se ha hecho irreversible, en orden a convertirse en una profesión sin perder la originalidad de su esencia: el cuidado. De todos es sabido que la enfermería, como actividad, de acuerdo con los historiadores, ha existido desde el inicio de la humanidad, pues la especie humana siempre ha tenido personas incapaces de valerse por sí mismas y siempre se ha visto en la necesidad de cuidar de ellos, por lo cual, la enfermería, es tan antigua como la humanidad. La historia de la enfermería está hoy en condiciones de arrojar luz sobre estos aspectos en dos momentos:

La etapa preprofesional que abarca desde las culturas antiguas hasta finales del siglo XIX y la etapa profesional en la que iniciando en el siglo XIX, se marca a principios del siglo XX con la aparición de programas formativos que propician el gran desarrollo de un cuerpo propio de conocimientos.

Es la etapa preprofesional la que abarca propiamente toda la historia de la enfermería como oficio que, arrancando en un periodo del que no hay testimonios escritos y carecemos de suficientes datos, se llega a otra etapa en la que aparece una documentación que está permitiendo un más amplio estudio de la atención sanitaria y con ello de la enfermería. Por eso el estudio de esta etapa comprende necesariamente: Una etapa oscura basada en el legado de la tradición oral, y una tradición escrita que inicia en la enfermería monástica y que se asienta en el estudio de las reglas propias de los claustros, los reglamentos de hospitales y los primeros manuales de enfermería.

La tradición oral. Reconociendo que la Enfermería existe desde siempre, no resulta tan sencillo demostrar estos extremos documentalmente. La fase pretécnica de la asistencia sanitaria es una amalgama de saberse y quehaceres sanadores de los que surge tanto la medicina como la enfermería, y que ésta debe de investigar como lo ha hecho aquella. La historia de la atención sanitaria en sus orígenes se ha escrito desde la tradición clásica que

gusta de ilustrar los grandes acontecimientos, los grandes personajes. La Historia con mayúsculas, basada en fuentes aristocráticas, cultas, de gran altura intelectual, lo que explica el silencio y ese eludir tocar *"aspectos de la vida de sus contemporáneos que repugnaba a la sensibilidad y al intelecto"* (Gil, 1969).

Este olvido de la pequeña historia, la del día a día, la de los pequeños acontecimientos que van configurando la cultura, esta pequeña historia, es la de los cuidados y en consecuencia la de Enfermería, que frente a los grandes personajes como Hipócrates, Galeno, Páraselos y otros tantos ha sido eclipsada.

Si bien es cierto que el hablar de cuidados en ésta etapa es complejo, no podemos ignorar, pero tampoco equiparar, el cuidado que ejerce la mujer en el ámbito doméstico (guiado del instinto, del cariño y de la tradición sanadora procedente de la magia y de la religión) y que constituye el cuidado de supervivencia, siendo la primera aproximación al quehacer enfermero. Más próximo y sí con fines cuidadores y sanadores, está todo ese mundo que se cierne entre magia, religión, que seguirá perviviendo en la Edad Media e incluso hasta el desarrollo científico de la medicina.

Dentro del Imperio Romano, que ha logrado perpetuar las grandes figuras de la Medicina Helénica surge de forma independiente otra cultura sanitaria teniendo como origen la religión cristiana. Este hecho no sólo ha merecido la atención desde el punto de vista religioso, sino también social y médico (Lían, 1976).

Desde este aspecto es el Prof. Laín Entralgo quien al estudiar la repercusión que tuvo la doctrina cristiana en la medicina de esos siglos, nos da también las claves para el estudio de la enfermería. El rescate de estas fundamentales novedades que introduce el Cristianismo en relación al mundo de los enfermos tuvo al menos las siguientes consecuencias:

La consideración del sentimiento de ayuda al enfermo como un deber religioso y por tanto la creación de instituciones dedicadas a este fin.

La condición igualitaria del tratamiento: No hay diferencia entre griegos, bárbaros, hombres libres y esclavos, pobres y ricos. Todos son atendidos sin que exista discriminación, como ocurría en el mundo pagano.

La incorporación metódica del consuelo. En cierto sentido "técnico" una especie de psicoterapia en la acción del médico y del cuidador.

La asistencia gratuita. Sólo por caridad al enfermo.

La valoración moral y terapéutica de la convivencia del dolor. El dolor y sufrimiento eran sobrellevados pacientemente.

El amor al semejante centra la atención de toda una sociedad y tiene unas repercusiones importantes para la Enfermería. Los grupos de personas dedicadas al cuidado lo atestiguan: La Comunidad Cristiana, las Vírgenes, las Viudas, las Matronas Romanas... grupos determinados que dedican su vida a la atención a los enfermos y necesitados, primero en sus domicilios y después en los Hospitales (Donahue, 1989).

Jacob Burckhardt estudiando esta etapa nos habla de que ya en Constantinopla y Alejandría existía un grupo numeroso, "de más de mil y quinientos" servidores, el de los llamados Parabolanos o fossores, enfermeros y enterradores respectivamente (Burckhardt, 1945).

Dodd que estudia los problemas sociales y económicos de esta época nos confirma estos datos (Dodd, 1975). Sobre lo que hacían o en que consistía su trabajo no hemos encontrado datos, pero sí hay constancia de la ayuda que prestaban a los enfermos tanto en sus domicilios como en las instituciones que a partir del Emperador Constantino y Juliano el Apostata se fueron creando.

Una tradición escrita: Desaparecido el Imperio Romano, con la invasión de los pueblos germanos y escandinavos, la vida social se hace insegura. En este tiempo la cultura se repliega y se centra y conserva en los monasterios estos se convierten en centros no sólo religiosos sino culturales y de poder pues los monjes son tenidos por los emperadores y reyes como consultores y como médicos (Hernández, 1996).

Es en los primeros monasterios, donde se empieza a regular la enfermería, que inicialmente se centra en el cuidado a los propios monjes; después se abre a la sociedad. Las reglas de los monjes establecen ya por escrito los principios de la enfermería y fundamentan la ayuda al enfermo desde el "a mi me lo hacéis", del evangelio (Mat. 25,46) de tal forma que se convierte en principio y máxima para el enfermero monástico.

Es en la segunda mitad de la Edad Media cuando la enfermería alcanza un relieve y reconocimiento social más amplio. La Iglesia sale de los monasterios para cristianizar Europa a través de las Ordenes Mendicantes. Una de ellas fundada por el español, Domingo de Guzmán se diversifica y da cabida no sólo a religiosos, sino que incorpora a laicos en la denominada Orden Tercera que, siguiendo los mismos principios doctrinales, se abren a las necesidades sociales, sobre todo a la atención a los enfermos en sus propios domicilios. La aparición de estos grupos representa ya una aproximación a lo profesional, pues el trabajo que realizan es reconocido y reclamado socialmente, de tal forma que dieron respuesta a las necesidades sociales sobre todo en momentos de enfermedad y en las grandes pestes.

El legado escrito de la enfermería iniciado en las Reglas Monásticas se amplía cuando éstas intentan fundamentar todo ese quehacer con los enfermos. Así, se recopila y aparece ya en 1269 en el libro de Humberto de Romans DE OFFICIIIS ORDINIS PRAEDICATORUM, transcrito posteriormente al latín en Roma (1889). El libro, en su capítulo 27, "acerca del oficio del enfermero" empieza por definir quién es y lo expresa así: *"El enfermero es el que tiene el cuidado general de los enfermos y de la enfermería"*. Define al profesional y su campo de acción; dice, además de las cualidades que debe poseer, su competencia en cuanto al oficio, en cuanto al cuidado del enfermo y de la enfermería; acerca de los cuidados y conocimientos que debe tener sobre los remedios terapéuticos y de la relación y trato con los enfermos; establece una atención personalizada y una jerarquización del oficio enfermero, hablando de

un enfermero que lleva la responsabilidad de la enfermería y otro al que se le asignan enfermos en concreto (Romans, 1889).

Sorprende que en esta etapa se describa con tanta amplitud a esta figura como "experto": No le limita a realizar algo rutinario, sino que está en juego la persona como ser individual.

Sin duda que son los reglamentos de hospitales una de las mejores fuentes históricas para conocer cual ha sido el trabajo realizado como "expertos en el cuidado" y en la organización de la atención sanitaria. Estos Reglamentos son la expresión de todo el quehacer de un oficio que en el ámbito hospitalario tiene una muy amplia función. Esta documentación, aunque sigue el mismo esquema, no por ello todos aportan la misma información, pues en el devenir de los hospitales nos encontramos que existen de todo tipo según el origen y vinculación o dependencia, número de camas, tipo de enfermos que atienden y esto marca en realidad la forma de funcionar. Definen el puesto de trabajo, la función, el grado de dependencia e independencia del enfermero frente a la institución y al médico, la organización de la enfermería, las actividades y campos de actuación, la cultura, la responsabilidad y ética profesional. Todo en conjunto marca la relación con el paciente y la conducta profesional.

Los de mayor riqueza, en cuanto a contenido, proceden de las épocas en que la enfermería tiene campo de actuación más amplio, mayor dependencia de los administradores y menor del médico; también una mayor autonomía en cuanto al cuidado y responsabilidad. Los Hospitales no son centros de curación sino de cuidados y predominan éstos en la atención. Es entre los siglos XIII al XVII cuando al médico le son requeridos sus servicios y éste tiene unas horas para visitar a los enfermos en el hospital, lugar donde la figura central y con presencia continua es el enfermero.

Todo lo anterior nos permite afirmar que es el cuidado, en esta época, el núcleo sobre el que gravita la asistencia al enfermo. Un estudio de las Ordenes Religiosas como los Hermanos de San Juan de Dios, los Religiosos Camilos, las Hijas de la Caridad (Comelles, 1992).

Los Hermanos Obregones y los Religiosos Belemitas desde su historia, sus reglas y los reglamentos de los hospitales nos confirmarían este paso hacia la profesionalización (I Congreso de Historia de la Enfermería, 1994). Estos reglamentos que versan acerca de la función de la enfermería, van definiendo sus actividades propias y especificando algunas acciones que el enfermero está autorizado a realizar en ausencia del médico; diferencian asimismo una jerarquía profesional con distintos tipos de trabajadores y diversas competencias laborales.

A partir de la segunda mitad del XVIII se medicaliza la asistencia; se inician los avances y los grandes descubrimientos de la medicina. Ahora es el médico el que toma la responsabilidad del hospital y se revisan todos los reglamentos, que se hacen más parcos, regulándose las profesiones sanitarias, con lo que la actividad de la enfermería queda supeditada plenamente a la medicina, como mero ayudante y sin cualificación alguna.

Etapa profesional. La enfermería en la etapa preprofesional ha tenido un papel muy limitado, en los tres aspectos que caracterizan a los grupos profesionales: en el análisis intelectual de los problemas que trataba y la toma de decisiones sobre los mismos; en la subordinación total a la medicina, aunque este extremo no siempre fue así, y en el prestigio social tanto de la clientela como de los discípulos.

Es a partir del siglo XIX y con especial relevancia en el siglo XX cuando se producen los cambios que nos van acercando a los cánones de profesión, iniciándose la reflexión intelectual sobre nuestro quehacer profesional, pues mientras la conservación de la vida fue la preocupación principal del hombre, los esfuerzos por conocer las leyes que regulaban la salud y la enfermedad fueron sus principales inquietudes, y este conocimiento lo ha garantizado el saber médico. Cuando este saber va cumpliendo su objetivo: garantizar la vida, en cuanto a "cantidad de vida", a lo cual la enfermería ha contribuido con una grandísima dignidad, a la sociedad le aparece otra necesidad de carácter cualitativo, la "calidad de la vida"; y esta calidad la garantiza el cuidado. En el colectivo de enfermería siempre ha estado presente la idea de que la eficacia de su acción no radicaba exclusivamente en la destreza técnica y se apeló a todo aquello que de arte ha tenido nuestra profesión para explicar qué es lo que hay en el cuidado que permite, por ejemplo, distinguir entre el prestado por un novato y el de un experto, o sencillamente entre un buen o mal cuidador y que no se explica por la escrupulosa ejecución de las prescripciones facultativas. Es aquí donde la enfermería va realizando la reflexión de cuáles son los aspectos principales de esta calidad, utilizando para ello el conocimiento de la ciencia médica, de la ciencia psicológica y de las ciencias sociales, comenzando a configurarse de esta manera el conocimiento enfermero, o si preferimos la ciencia enfermera. Pero es la definición de salud de la O.M.S. "*...como máximo estado de bienestar....., y no sólo la ausencia de enfermedad.*", la que marca un giro y abre un campo de posibilidades donde la enfermería comienza a explicar el por qué de sus acciones y cómo éstas actúan para proporcionar mayor calidad al cuidado. No es ya sólo el procurar conservar la vida (misión principal del quehacer médico), sino la calidad de la vida (misión principal del quehacer enfermero) lo que la sociedad comienza a reclamar.

Si la enfermería continúa tratando de desarrollarse profesionalmente, se le hará cada vez más necesario, identificar qué hacemos, cómo lo hacemos, para qué lo hacemos y por qué son necesarios nuestros servicios. Lograrlo implica describir, identificar, comparar y establecer relaciones entre los fenómenos de nuestra competencia (Rodrigo, 1993).

Phaneuf inspirada en Riehl y Roy y en Adam, considera que una profesión, cualquiera que sea su campo de actividad debe de estar en condiciones de definir: El objeto de su profesión; la finalidad de su actividad; su rol; las dificultades con que tropieza el cliente al que atiende; la naturaleza de su intervención en el cliente, y las consecuencias de esta intervención. Para dar respuesta a estas cuestiones las investigadoras han identificado cuatro conceptos que están presentes en todos sus modelos conceptuales: Persona, Entorno, Salud y Cuidados de Enfermería (Phaneuf, 1994).

Esta línea de análisis conceptual tiene sus orígenes en el siglo XIX cuando Florence Nightingale en su inquietud por sacar a la enfermería de su rezago "...no sólo significa la administración de medicinas y cataplasmas..."- , realiza una serie de observaciones que la llevan a reconocer el valor peculiar del cuidado - "...debe significar el uso adecuado de aire fresco..., y todo ello con el menor gasto de energía vital para el paciente", tratando de demostrar todo con datos estadísticos, lo que la lleva a definir la enfermería como: "*Poner al paciente en las mejores condiciones para que la naturaleza actúe*". Por todo ello la tradición Nightingale consideró que "*la enfermería es una vocación que requiere sujetos aptos e inteligentes a los cuales hay que remunerar por la calidad de su servicio*" (Nightingale, 1990).

Ha tenido que pasar un siglo para ver publicado en 1952 el primer Modelo Conceptual de Enfermería en la obra de Hildegarden Peplau que lleva por título "*Interpersonal Relations in Nursing*" (Marriner, 1994).

En este mismo año aparece la revista *Nursing Research* que se convierte en un órgano de difusión, de primer orden, de investigación. De gran relevancia para la profesión ha sido la aportación de Virginia Henderson con su definición, de la función propia de la enfermera, sobradamente conocida y adoptada en 1961 por el Consejo Internacional de Enfermería (Consejo Internacional de Enfermería, 1961). En estos años, la búsqueda de un método que permitiera a las enfermeras avanzar en la profesionalización de su quehacer, ha llevado a diversas autoras a iniciar el estudio de lo que se ha dado en llamar Proceso de Atención de Enfermería, pero no es hasta 1953 cuando Vera Fray, enfermera norteamericana, audazmente utilizó el término Diagnóstico de Enfermería afirmando que: "*Una vez que las necesidades del paciente son identificadas pasamos al siguiente apartado, el Diagnóstico de Enfermería*". La aparición de este nuevo concepto provoca continuos debates y confusiones sobre el uso del término diagnóstico y las connotaciones médicas que implicaba. Un grupo multidisciplinario empezó a investigar en los años sesenta acerca del diagnóstico. Al comienzo de la década de los setenta Gebbie, K. y Lavin, M.A., profesoras de la Escuela de Enfermería de San Luis, crearon el Grupo Nacional para la Clasificación de Diagnósticos de Enfermería, que en 1973 organiza la First National Conference for the Classification of Nursing Diagnosis (Primera Conferencia Nacional para la Clasificación de los Diagnósticos de Enfermería). En la Quinta Conferencia Nacional sobre Clasificación de los Diagnósticos de Enfermería (1982) se aprobó la creación de la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA). Los Diagnósticos de Enfermería están suponiendo un avance para la profesión, que se evidencia en el reconocimiento que la Organización Mundial de la Salud ha hecho de ellos al aceptar incluirlos en su Clasificación Internacional de Enfermedades, cuando éstos adapten adecuadamente su taxonomía a la de la OMS, lo que ha llevado al Consejo Internacional de Enfermería a realizar una profunda revisión a nivel internacional de este tema.

Por todo lo anterior, no podemos concluir el análisis del componente intelectual de la enfermería sin dejar constancia del gran desarrollo epistemológico que ella está registrando. Constatamos esto, no sólo con los diagnósticos de enfermería, que cada vez más se incorporan a la práctica cotidiana y a la

investigación, si no con la más de una veintena de teóricas, entre las que destacan Henderson, Peplau, Orem, Roy, Rogers,, y todo en tan sólo medio siglo.

De las características que debe cumplir el grupo ocupacional, el desarrollarse junto a una profesión de prestigio, nos permite un cierto optimismo al analizar nuestra evolución, ya que en estos momentos que caminamos hacia un mayor requerimiento social de nuestros servicios y con ello conseguiremos consolidar nuestra presencia en un campo fuertemente profesionalizado como es el campo sanitario, en plano de colaboración y no de subordinación. Como señalábamos arriba la subordinación total a la medicina no siempre fue tan clara como en los dos últimos siglos, donde ésta llevada de un gran desarrollo científico asume un protagonismo social y domina el campo de la salud, quedando la práctica sanitaria regulada por ella y por tanto la de profesiones más débiles como la enfermería y la farmacia, según reconoce el sociólogo Richard Hall

La última característica que perfila la primera etapa, el prestigio social de la clientela y de los discípulos, marca claramente la escasa consideración social de la enfermería, toda vez que la profesión atiende, a lo largo de su historia, a las clases más desfavorecidas, a las clases marginales, a los desheredados (leprosos, presos, niños expósitos, etc.) y en cambio la medicina se ocupa de la atención a las clases más elevadas: El médico acudía a casa de los nobles y los enfermeros, y más tarde enfermeras, atendían al pobre en los hospitales o en sus domicilios. Con la socialización de la medicina y la consideración de la asistencia sanitaria como un derecho de la persona, ya en nuestro siglo, la enfermería comienza a atender a todos los estratos sociales y por tanto a diversificar su oferta. Esto explicaría, junto a otros factores, cómo en las últimas décadas la profesión despegaba vertiginosamente en su desarrollo, más que ninguna otra, y cómo se le presenta un futuro esperanzador en plano de igualdad y colaboración con otras profesiones en el marco de la sanidad.

Segunda etapa: establecimiento de procedimientos institucionalizados de selección y formación de los candidatos para la profesión.

Esta formación, según Wilensky, debe ser dada por los profesionales de la misma, aunque no necesariamente en exclusiva. Este aspecto es la consecuencia directa de la etapa anterior e implica cualificar adecuadamente a las personas que pretenden ejercer la ocupación y para ello se seleccionan a los candidatos adecuados, *"ya que una actividad que pretende lograr el status profesional no puede permitirse el que sea considerada como refugio para los que no tienen cualificación"* (Elliot, 1975).

Reflexiones de esta índole fue lo que, probablemente, empujó a Florence Nightingale a elegir entre la aristocracia inglesa a las estudiantes de su escuela del Hospital St. Thomas de Londres, no sólo porque si los profesionales tienen elevado prestigio social su profesión también lo tendrá, aspecto este que ha sido tildado no pocas veces como elitista y clasista, sino porque en la época victoriana solamente las mujeres de las clases altas disponían de una formación académica que garantizara una adecuada base para conocer las

leyes que rigen la naturaleza, requisito éste que valoró en gran medida la autora, y que se extiende a otras escuelas de la época.

Génesis de la enfermería moderna. Analizar esta segunda etapa desde la historia de nuestra profesión, nos obliga a remitirnos al Renacimiento, el cual no supone un rompimiento con la Edad Media, al contrario, este inicio vino preparado por ella. Ronald Mousnier, se afirma que el Renacimiento más que una doctrina y un sistema, fue un conjunto de aspiraciones y un despliegue científico que renovó la vida, la inteligencia y los sentidos, el saber y el arte, y tuvo una gran repercusión en la sociedad y también en la medicina. La salud, preocupación fundamental del hombre de todas las épocas, no quedó al margen ni tampoco la evolución de las ciencias y disciplinas que trataban de ella. La asistencia sanitaria prestada en los hospitales en los siglos XV al XVII va a experimentar un importante avance por la preocupación de los monarcas en mejorarla, tanto con la construcción de hospitales como en la reglamentación de los mismos. Esto tuvo un gran eco para el desarrollo de la enfermería, que verá en poco tiempo todo un despliegue de su acción que quedará plasmado, no ya sólo en los reglamentos de estos hospitales, sino también en los primeros manuales donde se recoge todo el quehacer y el saber del enfermero de la época (García y cols, 1996).

El avance de la enfermería en España podemos afirmar que se gesta entre 1550 1650, donde se dio la confluencia de hechos de gran trascendencia para la profesión, que marcaron el devenir de la misma:

Constitución y expansión de órdenes y congregaciones españolas dedicadas exclusivamente a la prestación de cuidados: Orden Hospitalaria de San Juan de Dios, Congregación de los Enfermeros Obregonos y la Orden Belemita.

Composición de manuales escritos por y para enfermeros.

Desarrollo de las funciones básicas en enfermería

Estos tres fenómenos son los suficientemente relevantes como para considerar a este período como punto de transición de la Enfermería medieval a la moderna.

Es a finales del Siglo de Oro, en 1617, cuando se publica en España el primer manual sobre cuidados de enfermería escrito por un Enfermero para enfermeros. Son las primeras aproximaciones a todo un tratado de Enfermería bajo el título " Instruccion para enfermeros..." (García y Hernández, 1993) en el que se describen no sólo las técnicas para aplicar los remedios que los médicos ordenan, sino que es un compendio del saber de la época sobre cuidados y remedios. En él se describen:

Técnicas y procedimientos terapéuticos realizados por enfermeros.

Prestación de cuidados de enfermería en determinadas situaciones de urgencia.

Preparación, indicación y administración de distintas formas medicamentosas.

Conceptos de anatomía. Descripción de órganos y regiones anatómicas.
Consejos y orientaciones dietéticas.
Priorización en los tratamientos prescritos por el médico.
Terapéutica y Enfermería.
Tareas y funciones del enfermero

El libro de Directorio de Enfermeros de Simón López de 1650, del que se recuperó recientemente su manuscrito y que se publica ahora, junto con un análisis del mismo, continúa en esta misma línea y que como el autor indica *"...es una obra realizada con el objetivo de formar e instruir tanto a los que se inician en este oficio de enfermeros, los principiantes o aprendices, como a los que se encuentran ejerciendo ya la profesión"*

Este manual, al igual que el anterior, supone los primeros intentos de delimitación de los conocimientos propios del enfermero y con ello la definición de la profesión, estableciendo la relación de los enfermeros con otros profesionales como médicos, boticarios, cirujanos y los marcos de actuación con respecto a los mismos. Los dos textos representan un paso importante en el desarrollo de la enfermería moderna al señalar las funciones del profesional, indicando ya aquí cuáles eran las funciones propias del enfermero y cuáles las dependientes del médico. Esta línea de formación de los aprendices se continúa a partir de esta época en todas las órdenes dedicadas al cuidado, hasta bien entrado el siglo XIX

La Ley de Instrucción Pública en 1857 regula, desde una óptica más moderna, todos los estudios, entre ellos los de Practicantes y Matronas. Una situación similar a la española es la del resto de la Europa católica; a diferencia de la Europa protestante y en especial en Inglaterra, donde tras la expulsión de las órdenes religiosas católicas, la asistencia a los enfermos quedó en manos de personal incompetente, caricaturizado por el propio Charles Dickens (García, 1997).

En esta situación Florence Nightingale, formada en la Europa continental y en instituciones religiosas -Hijas de la Caridad y Diaconisas de Kaisserwert- (Hernández, 1996), traspasa el modelo educativo en el que ella se formó, a una Inglaterra secularizada en materia sanitaria. Este modelo rápidamente se traslada a los Estados Unidos de Norte América, y en el momento actual se ha transformado en una de las enfermerías más avanzadas. Estos hechos, junto a la pujanza de la cultura anglosajona de nuestros días, explica que en no pocas ocasiones se lea y oiga cómo Nightingale es la inventora de la enfermería moderna; afirmación esta, que a la vista de nuestro estudio no podemos asumir en toda su extensión, aunque sí hemos de admitir su enorme aportación a la modernización de nuestra profesión.

A la par de esos acontecimientos surge en España el Movimiento Reformista, que centrado en la figura de Concepción Arenal promueve la reforma de los Hospitales y en ella la reforma de la enfermería, centrada en la asistencia, el cuidado, la dimensión práctica de la profesión. Trabaja por el establecimiento de una enfermería laica con una formación que irá cristalizando con el paso del tiempo (Siles, 1996).

Entre los años 1860-1870, estando en Inglaterra Federico Rubio y Galí, eminente cirujano, y siendo testigo del acontecimiento de la creación de la Escuela de F. Nightingale, a su regreso fundará, en 1896, en el Instituto Terapéutico en Madrid, la Primera Escuela de Enfermería en España (Hernández y Pinar, 1994).

De lo que fue la Escuela nos interesa el que se funda *"como centro donde formar enfermeras diplomadas que puedan prestar sus servicios a los enfermos, aprendiendo cuanto corresponda al arte de atender y cuidar de modo artístico y científico"*. Las señas de identidad de la misma son el *"bienestar para el paciente y el bien hacer de las Alumnas"* (Hernández y Pinar, 1997).

Este fue un paso importante para que después, en 1915, a instancia de la Congregación de las Siervas de María, se apruebe "oficialmente" el temario para la enseñanza de la profesión de enfermería.

Aprobada la Ley de Bases de la Sanidad de 1944 que cristalizará en la creación del Instituto Nacional de Previsión de la Seguridad Social, los avances de la medicina y el desarrollo hospitalario, harán necesaria la aparición de un personal más técnico que responda a las necesidades sanitarias del momento. Por ello, en 1953 se gesta la unificación de tres carreras en España: practicantes, matronas y enfermeras y se establece el plan de formación y la creación de las Escuelas de Ayudantes Técnicos Sanitarios que formarán a las enfermeras en orden a la demanda sanitaria y social.

Sin embargo el paso definitivo para la enfermería se lleva a cabo con la entrada, en 1977, de sus estudios en la Universidad, que no sólo tiene importancia formativa para los discípulos, ya que la selección de candidatos se realiza entre los más cualificados del alumnado, sino que implica el acceso de la enfermería a la docencia con capacidades plenas, tanto en el ámbito de las responsabilidades docentes como en la ocupación de cargos unipersonales en las Escuelas, lo que redundará, forzosamente, en un enfoque más centrado en la enfermería y en su papel autónomo en el campo del cuidado. Por consiguiente, la juventud de la Enfermería como profesión es indiscutible.

Tercera etapa. La formación de una asociación profesional. El desarrollo de una profesión requiere del establecimiento de modelos y normas que definan la función ocupacional y establezcan las relaciones con grupos competitivos. Este cometido es propio de las organizaciones profesionales creadas y autogobernadas por ellos mismos, las cuales establecen criterios de admisión/exclusión, impulsan un alto nivel de competencia y tratan de elevar con ello el status socioeconómico de los miembros (González, 1994).

A lo largo de la historia esto fue un requerimiento básico y consustancial del elevado status de las profesiones clásicas; hasta el punto que las acciones de los profesionales - sacerdotes, jueces y médicos - no estaban sujetas al control de la ley civil sino de una de carácter profesional-moral y establecida y administrada por ellos mismos, perdurando esta situación hasta bien entrado el siglo XVIII. Esto va generando una cultura profesional que conlleva, entre otras

cosas, un lenguaje y símbolos asociados a los diferentes tipos de trabajo profesional, lo cual servirá de diferenciación de los profesionales con los intrusos (Gracia, 1992).

No parece posible que ningún colectivo llegue a asociarse si previamente no se dan unas condiciones determinadas y en el caso de la enfermería, dada la complejidad de su origen histórico, se ha hecho mucho más difícil.

Los Colegios Profesionales se originan en España a partir de la Ley General de Sanidad de 1855, mediante la que se instituyó en cada Provincia un juzgado médico-farmacéutico para fines disciplinarios y arbitrales, y alrededor de este organismo oficial fueron surgiendo agrupaciones profesionales.

En 1898 se implantó la colegiación obligatoria de médicos y farmacéuticos. Estos hechos permitieron la colegiación de practicantes y matronas que tuvieron que nacer supeditados a aquellos. En el marco de la Instrucción General de Sanidad de 1904 se previó la creación de colegios por parte de todas las profesiones sanitarias reconocidas, así la colegiación oficial y obligatoria de los practicantes se establece mediante la Real Orden de 28 de diciembre de 1929. Inmediatamente después por la Real Orden de 7 de mayo 1930 se concedía la colegiación obligatoria a las matronas. Sin embargo la colegiación de las enfermeras no llegaría hasta más tarde. Con la Ley de Bases de Sanidad de 1944 se instituyeron los Colegios Oficiales de Auxiliares Sanitarios: practicantes, matronas y enfermeras y su Consejo General, siendo aprobados sus estatutos en 1945. En el Real Decreto 1856/1978 de 29 de junio se aprueban los Estatutos de la Organización Colegial de ATS cuya finalidades principales son: ordenar el ejercicio de la profesión y representar a ésta y defender sus intereses.

Cuarta etapa. El reconocimiento público y el apoyo legal. No es suficiente con una autorregulación del quehacer profesional a través de asociaciones en nuestros días, para un control del acceso a la profesión y de las formas en que ésta debe ejercerse se hace imprescindible e incluso exigible, una legitimación no sólo social sino legal. Las profesiones pretenden tener responsabilidad única sobre algún aspecto del bien público, y saber cómo conseguir ese bien El desarrollo de una profesión se ha de basar en ese reconocimiento público ya que ésta no es lo que sus miembros digan de ella sino lo que necesite y determine la sociedad. Este reconocimiento público se consolida en una autorización de la comunidad, formal o informal -licencia, certificación, registro-, que garantiza que el profesional ha sido sometido a un programa formativo específico para ese ejercicio y ha superado las pruebas que avalan su cualificación. De esta forma se está luchando contra el intrusismo (Martín, 1982).

El reconocimiento social ha de cristalizar en una legislación que permita, de un lado, delimitar sus competencias y responsabilidades (el Código Penal, por ejemplo, recoge los actos de denegación de auxilio), defendiéndola del intrusismo y exigiendo su actuación cuando sea preciso, y de otro, regulando su ejercicio profesional específico mediante una legislación laboral concreta.

La utilidad y el prestigio social reconocidos son excelentes indicadores del reconocimiento público de esa profesión (Martín, 1982).

Si el prestigio que una profesión tiene en la sociedad es superior a la utilidad social percibida de esa profesión (indicados estos aspectos sobre una escala numérica, por ejemplo), estamos en el fondo ante una crítica latente de la sociedad sobre el excesivo poder que tiene esa ocupación. Si ocurre al revés, es decir, el prestigio social es inferior a la utilidad social percibida, nos encontramos ante la justificación de las ideas de reivindicación porque el prestigio es bajo. Este es el caso de la Enfermería, ya que en la sociedad actual se percibe la importancia y utilidad sanitaria que esta profesión tiene para la buena consecución de la salud de la población, pero por contra, su prestigio social es bajo, o al menos inferior a su utilidad, cuantitativamente hablando; situación ésta que favorece nuestras reivindicaciones ya que tendrían una buena acogida social.

La institucionalización de la profesión. El paso efectivo hacia la institucionalización de la enfermería conlleva no sólo el reconocimiento legal, con la aprobación de los planes de estudio, sino con el despliegue de la misma a nivel práctico. A inicios del siglo XX existe un reconocimiento a la par social y oficial de la enfermería que se pone de manifiesto a raíz de la creación del Instituto de Reformas Sociales, que para la puesta en marcha de su plan de acción requiere de la colaboración de la enfermería tanto en la Escuela Nacional de Puericultura, Escuela Nacional de Sanidad, Patronato de Asistencia Social Psiquiátrica, como en la participación de la lucha antituberculosa y antivenérea. Todo un despliegue de la enfermería en esos ámbitos (Siles, 1996).

Sólo recientemente la enfermería dispuso de una regulación legal que tiene sus raíces en 1857 cuando se reconoce la titulación de los practicantes en la Ley de Instrucción Pública de 9 de septiembre, desarrollándose en 1888 sus funciones profesionales mediante el reglamento para las carreras de practicantes y matronas de 16 de noviembre. La Instrucción General de Sanidad Pública de 1904, define las profesiones sanitarias y reorganiza nuevamente los estudios, establece la legitimidad de los títulos existentes y contempla la posibilidad de crear otras titulaciones. Amparada en esta Ley, en 1915 (RO 7 de Mayo de 1915) es reconocida como carrera. La unificación de las tres carreras de Auxiliares Sanitarios (practicantes, matronas y enfermeras) se produce en 1953 con la unificación, anteriormente citada, de los planes de estudio, de tal manera que las primeras disposiciones legales que regulan las funciones de esta nueva profesión surgen en 1956 (Decreto 26 Julio 1956), completándose en 1960 (Decreto 17 Diciembre 1960) con la regulación del ejercicio profesional del ayudante técnico sanitario, practicante, matrona y enfermera. Esta legislación mantiene en la actualidad, sin apenas modificación, las funciones del profesional de enfermería que le sitúan en un papel de subordinación: "auxiliar del médico", y práctica técnica.

Es a partir de 1957 cuando se regulan las especialidades de enfermería que se mantendrán hasta 1987 (RD 3 de Julio de 1987), año en el que se establecen las especialidades de los Diplomados en Enfermería: Enfermería Pediátrica, de

Salud Mental, de Salud Comunitaria, de Cuidados Especiales, Geriátrica, Gerencia y Administración de Enfermería y Obstétrico-Ginecológica (Matrona), de las cuales solamente esta última es desarrollada en 1992.

Son dos hitos en el avance de la enfermería en España la regulación legal de las Direcciones de Enfermería, que permiten a la profesión autorregular su ejercicio, y las Consultas de Enfermería, que favorecen una relación con el paciente más directa y autónoma esto seguramente propiciará el reconocimiento por parte de la sociedad de nuestra contribución específica a la salud desde el cuidado.

En México la práctica profesional está regulada por la legislación general basada en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, La Ley General de Profesiones, entre otros. La participación de los colegios y asociaciones profesionales todavía no participan de manera decidida en la regulación de la práctica lo que da como resultado que los profesionales que desempeñan la función sean de distintas formaciones con todas las consecuencias que de ello se derivan.

Quinta etapa: La elaboración de un código formal de ética de deberes profesionales, en los estudios que realizó Parsons sobre las expectativas que la sociedad tenía respecto a los médicos, se obtuvo una imagen ideal que incluía ciertas características tales como: universalismo, neutralidad afectiva y orientación a la colectividad (Parsons, 1976).

El universalismo es la característica que consiste en tratar a todo el mundo sin excepción de personas (que no diferencia entre personas por sus rasgos personales), y que se espera de las profesiones y no así de los oficios. La neutralidad afectiva implica que un profesional no se dejará llevar por lo bien o mal que a uno le caiga una persona y tampoco utilizará las transferencias positivas o negativas bien para aprovecharse o rechazar a las personas que tiene que tratar. Orientación hacia la colectividad supone el ejercicio de su rol a pesar de que ello no representase provecho personal alguno. Del profesional se espera que tenga una ética elevada, una excelencia ética - en el sentido de contraposición a derecho que es la característica propia de los oficios. Esta ética se considera en el profesional a priori y constituye una imagen sociológica de la profesión realmente bella (Gracia, 1992).

La elaboración del Código de ética es una de las características más importantes de una profesión y constituye en sí mismo un mecanismo de autocontrol profesional. Indica la aceptación por parte de la profesión de la responsabilidad y la confianza que en ella ha depositado la sociedad. La enfermería española asumió en su día el Código Internacional del CIE; en los momentos en los que ha logrado entrar en la Universidad y controlar la enseñanza de la misma elaboró su propio Código (Organización Colegial de Enfermería, 1989), el cual recoge, además, los derechos de los enfermos y aspectos bioéticos relativos a la responsabilidad del sistema sanitario y la ecología. Eso mismo le obligará a ser revisado con frecuencia. El código actual aunque no deja de ser descriptivo y muy genérico, se basa en mayor grado en la confianza que la enfermera merece al público y en ese sentido constituye un

cambio, frente al anterior y confiere a la enfermería un mayor reconocimiento, autoridad y credibilidad. Esto ha significado un gran avance para la profesión en España. Será necesaria la creación de la Comisión Deontológica que controle la realidad de la conducta profesional.

La enfermería es una profesión que estamos en condiciones de afirmar hoy, un hoy joven, un hoy de pocos lustros. Nos aventuramos a realizar esta afirmación tras el análisis desde el punto de vista sociológico realizado a partir de los datos disponibles por la historia de la enfermería.

La existencia del grupo ocupacional de enfermería desde los inicios de la historia parece una cuestión inapelable y de gran importancia, tan conocida y asumida que no debe ser puesta en entredicho. Otra cuestión es si este grupo ocupacional merece el calificativo de profesional, algo no tan claro para los sociólogos, y de ser así cuándo lo alcanza.

La condición de profesión se logra cuando una actividad, indispensable para la sociedad, se realiza con un elevado nivel intelectual en sus decisiones. En qué medida la enfermería ha respondido o responde a esta exigencia. En los albores de la historia se quiere ver a la madre y esposa como prototipo de la primera enfermera, si bien esto no constituye un verdadero grupo ocupacional, ya que no hace otra cosa que cubrir una necesidad doméstica de subsistencia. Sin embargo, es en la Antigüedad Clásica cuando aparecen ya grupos dedicados al cuidado. Sabemos que no gozaron de prestigio social, puesto que eran actividades serviles, propias de esclavos, aunque ejercieron una actividad laboral concreta de la que se beneficiaron las clases sociales más desfavorecidas.

Desde que aparecen estos colectivos laborales y hasta muy recientemente, el cuidado es una actividad que no cumple con la primera condición que nos impone Wilensky, y esta no es otra que la posesión de un cuerpo de conocimientos sustancial y teórico que avale la toma de decisiones, con un carácter eminentemente intelectual.

En los últimos siglos la adquisición de conocimiento mediante la ciencia ha gozado de un elevado prestigio y los conocimientos así adquiridos de altísima fiabilidad. La ciencia, no obstante, no tiene el monopolio de la verdad, pero generalmente toda actividad moderna y sobre todo las de carácter sanitario, la utilizan para obtener conocimiento profundo sobre los problemas que tratan. A este respecto hay que hacer dos consideraciones: ni es ciencia toda forma de conocimiento, ni es un científico todo aquel que maneja elementos cuyo funcionamiento está basado en principios científicos.

La historia de la enfermería no dispone de datos para afirmar que la enfermería poseía un cuerpo de conocimientos propio que justificara sus decisiones. Las fuentes documentales proporcionan datos que nos permiten argumentar que el saber referente a la salud estaba en las mentes de los filósofos, de los médicos, etc. No podemos afirmar lo mismo de la enfermería. Probablemente nuestra historia, todavía esta escrita sobre una historia hecha

por médicos, pero esto no nos autoriza a escribirla a nuestro capricho, sin base documental y sólo basada en una idea más reivindicativa que científica.

La emergencia del pensamiento teórico enfermero se produce principalmente en la segunda mitad de este siglo. En este crecimiento, que supone el complejo marco de modelos filosóficos y teóricos, va encontrando más su carácter y la respuesta al pleno reconocimiento profesional. Si bien esto es realidad, la juventud de la enfermería quizá ha provocado la excesiva cantidad de modelos teóricos, como consideraba la propia Virginia Henderson (Henderson, 1994).

Quien al respecto comentó que *"se ha escrito tanto que es incomprendible -no sabes de lo que hablan- o no es lo suficientemente interesante para que te permita recordarlo"* (Smith, 1996), y plantea como desafío la contrastación empírica -requisito imprescindible en toda teoría (González, 1989)-, *"todo aquel que haya escrito sobre la teoría de enfermería practique lo suficiente para decirnos cómo hay que convertir sus teorías de la enfermería en enfermería práctica"* (Smith, 1996).

Un factor de profesionalización que gran cantidad de autores valoran como un aspecto independiente y que en Wilensky podríamos incluir en la primera etapa, es la autonomía de la profesión. Una profesión, como actividad que reclama la sociedad y que cubre una parte de sus necesidades, debe mantener una relación directa con el colectivo al que atiende y ser responsable, al menos, de una parcela concreta de ese problema. En caso de compartir parcelas del problema con otros profesionales, la actividad de la que tratamos debe de relacionarse con la otra u otras en plano de colaboración y nunca de subordinación.

La enfermería no es todavía considerada como una profesión autónoma ya que lo largo de su historia no existe una línea continua ascendente que vaya de unos niveles de menor a mayor autonomía, como se demuestra desde el monasticismo y desde la aparición de los hospitales. En el monasticismo mantuvo conexiones con médicos o con monjes expertos, y en la asistencia hospitalaria su dependencia fue o de los administradores o de los médicos. Admitiendo como cierto que órdenes hospitalarias masculinas tuvieron mayor margen de independencia, esto generó sus problemas, pero siempre estuvieron supeditados a las órdenes médicas. Posteriormente, en el siglo XIX, el hombre-enfermero, como afirma Martín Barroso, tecnifica fuertemente aquellos campos donde se asienta, confiriéndoles una mayor autonomía y un mayor grado de profesionalización: practicantes, fisioterapeutas, podólogos (Martín, 1978).

Mientras que la mujer no ha sido reconocida socialmente capaz de ocuparse de alguna actividad intelectual productiva, ha estado sometida al dictamen de un médico que le indicaba cual era el recto proceder profesional. En los momentos de la historia en los que la asistencia sanitaria proporcionada por instituciones con mayoría de hombres va siendo sustituida por congregaciones de mujeres, va perdiendo el grado de autonomía del que gozó. Esta situación se afianza con el gran desarrollo de la medicina de los siglos XIX y XX que somete toda acción sanitaria al dictamen médico, llegando hasta nuestros días manuales en

los que las ideologías dominantes imponen al profesional de enfermería "...*el médico es superior del ATS por dignidad y por ciencia...*" (Domínguez, 1986). Sin embargo, hoy, estamos ante una modificación de estos parámetros de referencia, debido a la fuerte incorporación de la mujer, no sólo al mercado de trabajo, sino al mundo cultural y científico y le ha permitido una mayor y mejor preparación y la posibilidad de acceder a puestos de responsabilidad en plano de igualdad.

La enfermería, al igual que otras actividades profesionales, fue antes un hacer que un saber, lo que durante muchos siglos dio la impronta particular al cuidado de los enfermos. Pero aunque recientemente, como hemos justificado en el punto anterior, se comenzó con más vigor a analizar nuestro quehacer peculiar, desarrollando así un cuerpo teórico propio, ya hace siglos que se consideraba la gran trascendencia de este hacer y lo imprescindible de un saber que lo acompañara. Al menos dos siglos antes de que Florence Nightingale comenzase a enseñar a ser enfermera a la alta sociedad inglesa, en España, Andrés Fernández y Simón López, ambos enfermeros, escribieron sendos manuales, para instruir a sus discípulos.

Analizando este hecho -que no deja de ser insólito en esta época- se percibe cómo este saber hacer, al que responde el total del contenido del libro, conlleva además todo un intento de exigencia docente: aparece cómo explicar cuando alguien no lo entiende; define algunos conceptos, separando en distintos apartados la diferencia entre el concepto y el desarrollo de la técnica; hasta incluso entrando en las causas. En estos manuales queda asimismo constancia de cómo se preocupan estos hermanos de la organización docente de sus centros, de manera que garanticen la óptima formación de los discípulos.

Se podría pensar que estos manuales aparecen para cubrir necesidades específicas de unas órdenes muy concretas, y quizás en cierta medida así sea. No obstante hay que considerar que la obra "Instrucción para Enfermeros" tuvo durante un siglo cuatro ediciones. Pero lo importante de este hecho es constatar que ya en el siglo XVII existe la preocupación por formar a aquellos que van a ejercer el cuidado de los enfermos. Esta preocupación, aunque a base de acontecimientos muy difuminados en el tiempo, la vamos constatando con la proliferación en este y el siguiente siglo de instituciones dedicadas a la formación de profesionales, algunas de las cuales gozaban de gran prestigio en toda Europa, como fue la Escuela de París de las Hijas de la Caridad o la Escuela de las Diaconisas de Kaiserwerth; lo cual viene a demostrar que aquellos manuales no fueron un hecho aislado, sino el inicio de una conciencia profesional que viene a cimentar el desarrollo que se continua hasta nuestros días, de este segundo e imprescindible requisito de profesionalización.

Ahora, en estos momentos, nos encontramos en la fase de consolidación, no sin altibajos, de la docencia de la profesión. La formación en enfermería ha avanzado en los últimos tiempos de forma tan imparable, que incluso en algunos países ya ha alcanzado el nivel académico que se destina a las áreas más desarrolladas del conocimiento humano. Nuestro país desde la entrada de los estudios en la universidad está siguiendo la tendencia de las enfermerías

más avanzadas y está sirviendo de modelo para otros países de nuestro entorno, perfilándose de esta manera una línea de no retorno.

Este camino no se recorre sin la lógica impaciencia de quienes vivimos acontecimientos de éste alcance histórico, ya que nos parece que nunca se llegará a alcanzar nuestro ideal: quedan pendientes el acceso a un segundo y tercer ciclo y un programa completo de especialidades que cristalice en una carrera profesional que está por llegar.

El interés que la enfermería está mostrando por formarse, para ejercer una mejor práctica profesional, lo demuestra el gran auge de los cursos de postgrado que están surgiendo en todo nuestro territorio nacional, y que han podido extenderse por la desaparición de especialidades oficiales, diseñadas desde la administración central y que con criterios de formación de especialistas vía <residencia>, pudieran propiciar una adecuación a las necesidades asistenciales de la población y una adaptación a los modos de hacer del sistema sanitario español. Los cursos organizados por diferentes entidades públicas y privadas no siempre han respondido a las expectativas, de la profesión y del sistema sanitario, de ser diseñados desde el rigor científico que busca un alto grado de cualificación intelectual y laboral. El hecho de no haber imperado la coherencia y la honestidad, nos ha llevado a perder tiempo, pero nunca a pararnos. Si analizamos los avances en los últimos cincuenta años con perspectiva histórica, no podemos sino estar esperanzados con nuestro futuro.

El reconocimiento social y legal es otro aspecto que configura grandemente a una profesión y que en nuestro caso también tiene sus luces y sus sombras. La regulación legal de la enfermería debe abordar el análisis de tres aspectos:

- La titulación que confiere la capacidad profesional a nivel nacional,
- El desarrollo de las funciones
- La carrera profesional

Aún siendo cierto que tenemos plenamente reconocido nuestro ejercicio mediante un título oficial que nos capacita para la práctica, que ya viene siendo una realidad desde principios de siglo.

Las funciones desde el punto estrictamente legal, están desarrolladas de forma muy limitada, con alguna modificación posterior, donde por un lado se desarrollan profusamente las administrativas, de conservación del material y del medio, y por otro los comentarios lacónicos sobre la función asistencial nos remite constantemente a un papel auxiliar y completamente subordinado al médico, lo que en el momento actual no se corresponde con la preparación del profesional. Esta contradicción es un impedimento a la hora del reconocimiento social. A pesar de esta realidad, y aunque la práctica va siempre delante de la voluntad del legislador, está siendo evidente cómo los jueces, en aquellos casos en los que se ve implicado un profesional de enfermería, están aplicando el criterio de reconocer las capacidades profesionales en virtud de la preparación académica, de forma que, ya no es excusable la inacción o mala acción basada en una prescripción o ausencia de ésta; la autonomía

profesional que no nos otorga la ley, tal vez la sociedad, a través de sus tribunales de justicia, nos la exige.

En el plano laboral y a nivel institucional, el desarrollo de nuestras cuatro funciones ha tenido un desarrollo desigual:

Función asistencial. En el ámbito de la atención especializada sería asumible todo lo expuesto más arriba referido al Real Decreto de funciones. Si bien es constatable cómo en los últimos años la enfermería va adquiriendo una mayor capacidad y solvencia en aquello que de autónomo tiene su quehacer, no es menos cierto que la presión asistencial obliga al profesional a someterse a los imperativos terapéuticos, limitándose a realizar tareas delegadas por la prescripción facultativa y otras con un marcado carácter burocrático. En estos años en que los éxitos científicos han garantizado un buen nivel de salud de la población, la sociedad se plantea como reto otras prioridades sanitarias: los ancianos, el incremento de enfermos crónicos debido a la eficacia de la terapéutica ante los problemas agudos, y a ellos está respondiendo la enfermería con gran dignidad, aportando no sólo la eficacia en el cuidado, sino la calidad en el mismo desde los aspectos humanos y la relación, consiguiendo que el cuidado centre el interés clínico de grupos que asociados se dedican al estudio de aspectos concretos -derechos de los enfermos, ética, humanización de la asistencia, cuidados paliativos- y que de no ser tratados en plano de interdisciplinariedad pueden acabar despojando a la enfermería de su principal capital. Donde más se está consolidando nuestro papel autónomo es en la atención primaria de salud, donde la enfermería puede lograr de manera más sencilla y directa el objetivo de su labor, el cuidado, y dar a conocer a la población cuál es el servicio directo que podemos ofrecer. Esta oferta, tarde o temprano, por la tendencia mundial de utilizar una clasificación de diagnósticos de enfermería reconocidos por la O.M.S., forzará a los países modernos que se precien de tener un buen sistema sanitario a asumirlos.

Función Administrativa. Una tendencia de toda ocupación con aspiraciones de profesionalidad y por tanto de autonomía, es autorregularse. A partir de la Constitución Española y fundamentalmente con la Ley de Sanidad de 1986, se desarrolla un sistema sanitario en el que tienen cabida las distintas profesiones que intervienen en la salud y configura el nuevo hospital en el que la enfermería aparece en su organigrama como parte del equipo directivo. Este hecho aunque parezca parcial tiene una gran repercusión para su desarrollo, pues se le reconoce de esta manera su peculiaridad y mayor autonomía al desvincular su control de las jefaturas de servicio y al posibilitar su participación en la gestión hospitalaria en un nivel más equilibrado con otras profesiones. Esto le permite entrar, con pleno derecho, en la gestión de un bien público que es la salud de los ciudadanos, desde las instituciones nacionales e internacionales.

Función Docente. No sólo implica la educación del paciente en aras de un mejor autocuidado, sino que tiene su expresión fundamental en la formación de los candidatos a ejercer la profesión. Hasta los años setenta la enfermería participaba en la formación de pregrado como monitor de prácticas y no en la formación teórica, destinada ésta, casi exclusivamente, a los médicos, al

menos en la dirección de las escuelas de enfermería. A raíz de la incorporación en la universidad, los profesionales de enfermería pudieron acceder a la docencia y ocupar plazas de profesor Titular de Escuela Universitaria, cargo que confiere todas las capacidades docentes de las que disfrutaban otros titulados y permitiendo la ocupación de cargos unipersonales -Dirección de Escuela y de Departamento, etc.-. A pesar de este logro, no todo está hecho, ya que al no disponer del grado de doctor, queda francamente limitada la carrera docente del profesional, aunque como en otras ocasiones hemos comentado, no está dicha la última palabra; tampoco en este asunto.

Función Investigadora. Relacionada íntimamente con la función anterior, es la función esencial para el desarrollo del cuerpo de conocimientos propio. Parece evidente que si la investigación no va a tener proyección en un logro concreto, la falta de motivación para iniciar o continuar investigaciones propiciará el abandono de ésta función capital. Si pensamos en una enfermería dedicada secularmente al cuidado continuo del paciente, con poco tiempo para ocuparse de otras cuestiones, comprenderemos la falta de incentivos para dedicar sus horas de libres a la investigación, si de ello no se deriva la obtención del grado de doctor o la valoración curricular que permita un progreso en su carrera profesional. Obtener la plena capacidad investigadora permitiría diseñar proyectos desde la enfermería y centrados en el cuidado, y dirigir proyectos de investigación a nivel oficial -universidad, centros de investigación, obtención de financiación para proyectos de investigación, etc.-, no como ocurre en la actualidad donde los proyectos oficiales han de dirigirlos doctores de otras ramas. Este problema surgió también en la enfermería americana de los años cincuenta-sesenta, y de ello se lamentaba V. Henderson que observó como la investigación enfermera estaba excesivamente polarizada hacia aspectos sociológicos del cuidado, donde la preocupación principal era la figura de quien cuida más que el cuidado y su resultado en el paciente(Henderson, 1994: 48-59); lo que se debía a que los profesores de metodología de la investigación eran sociólogos en su mayoría y formaban y proponían a sus alumnos, trabajos basados en aspectos sociales más que en los clínicos. Ella propone centrarse en una investigación clínica de la que la medicina y otras disciplinas obtienen sus principales éxitos y fuente de conocimientos. En la actualidad, a pesar de todo lo anterior, la enfermería ha mostrado un pundonor y un interés por fundamentar y agrandar el conocimiento enfermero, dignos de encomio. La proliferación en las dos últimas décadas de revistas de enfermería -la Revista ROL lleva en el mercado 20 años, y otras se han iniciado posteriormente como Enfermería Científica, Enfermería Clínica, etc.- y demás publicaciones son testigos de ésta afirmación, y en ellas, cada vez con más frecuencia, podemos encontrar trabajos de investigación, con un buen diseño metodológico, que en muchas ocasiones alcanzan un gran nivel.

La ausencia absoluta de una regulación de la carrera profesional es un grave riesgo que está en el origen de la desmotivación que padecen muchos profesionales, lo que les lleva de un lado a caer en una rutina, que busca también el no tomar más responsabilidades que las estrictamente necesarias, y por otro el tan estudiado problema del abandono profesional. Esta ausencia se hace evidente en un colectivo, que en el ejercicio de la asistencia clínica el día de la obtención del título y la consecución de su primer contrato laboral, ha

concluido su carrera y sólo puede desarrollarla vía administrativa (supervisión, adjunto a la dirección, subdirección y dirección), cargos éstos muy vinculados a los avatares político-administrativos más que a un adecuado curriculum. El auténtico reconocimiento y aprovechamiento de los conocimientos adquiridos en el ejercicio profesional, vendría dado por una estructura sanitaria que permitiera distintos niveles de responsabilidad y también retributivos, que fueran incentivando la adquisición de conocimientos y competencias profesionales. Todos estos niveles competenciales se alcanzarían obteniendo una cualificación en años de ejercicio y formación, configurando un curriculum que propiciara el acceso a dichos niveles

5.2- Antecedentes históricos del proceso de enfermería:

La ciencia de la enfermería se basa en un amplio sistema de teorías. El proceso de enfermería es el método mediante el cual se aplica este sistema a la práctica de la enfermería. Se trata de un enfoque deliberativo para la solución de problemas que exige habilidades cognoscitivas, técnicas e interpersonales y va dirigido a cubrir las necesidades de la persona o del sistema familiar.

La aplicación del método científico en la practica asistencial enfermera es el método conocido como proceso de atención de enfermería (P.A.E.) este método permite a las(os) enfermeras(os) prestar cuidados de una forma racional y lógica y sistemática.

El proceso de enfermería ha evolucionado en su estructura, hacia un proceso de cinco fases compatibles con la naturaleza evolutiva de la profesión; May (1955) lo describió por primera vez como un proceso distintivo. Jhonson (1959), Orlando (1961) y Wiedenbach (1963), desarrollaron un proceso de tres fases diferentes que contenía elementos rudimentarios del proceso de cinco fases actual. En 1967 YUra y Walsh fueron los autores del primer texto en el que se describía un proceso de cuatro fases: valoración, plantación, ejecución y evaluación. A mediados de los años 70, Blonch (1974), Roy (1975), Mundinger y Jauron (1975) y Aspinall (1976) añadieron la fase diagnostica, dando lugar a un proceso de cinco fases.

Desde ese momento el Proceso de enfermería ha sido legitimado como sistema de la práctica de la enfermería. La ANA utilizo el proceso de enfermería como guía para el desarrollo de las pautas de la asistencia. El proceso de Enfermería ha sido incorporado al sistema conceptuase de la mayor parte de los planes de estudio de enfermería

El proceso de enfermería es el sistema de la practica de la enfermería, en el sentido de que proporciona el mecanismo por lo que el profesional de enfermería utiliza sus opiniones, conocimientos y habilidades para diagnosticar y tratar la respuesta del cliente a los problemas reales o potenciales de la salud (Yura y Walsh 1988) afirman que el "Proceso de enfermería es la serie de acciones señaladas, pensadas para cumplir el objetivo de la enfermería, mantener el bienestar óptimo del cliente, y ,si este estado cambia, proporcionar

la cantidad y calidad de asistencia de enfermería que la situación exija para llevarle de nuevo al estado de bienestar. En caso de que este bienestar no se pueda conseguir, el proceso de enfermería debería contribuir a la calidad de vida del cliente elevando al máximo sus recursos para conseguir la mayor calidad de vida posible y durante el mayor tiempo posible.

El objetivo principal del proceso de enfermería es proporcionar un sistema dentro del cual se puedan cubrir las necesidades individuales del cliente, de la familia y de la comunidad. El proceso de enfermería consiste en una relación de interacción entre el cliente y el profesional de enfermería, con el cliente como centro de atención. El profesional de enfermería valida las observaciones con el cliente y de forma conjunta utiliza el proceso de enfermería. Esto ayuda al cliente a enfrentarse a los cambios en el estado de salud y da lugar a una asistencia individualizada.

El proceso de enfermería está organizado en cinco fases: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación.

Valoración.-es la primera fase del proceso de enfermería pudiéndose definir como el proceso organizado y sistemático de recogida y recopilación de datos sobre el estado de salud del paciente a través de diversas fuentes: estas incluyen a la persona como fuente primaria, al expediente clínico, a la familia o a cualquier otro profesional que presta atención al paciente.

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 previos para realizar una adecuada valoración del cliente, estos requisitos previos 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, 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 práctica, 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 céfalo caudal. 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 anatomofisiológico, se valora el aspecto general y las constantes vitales, y a continuación cada sistema o aparato de forma independiente, comenzando por las zonas más afectadas.

Criterios de valoración por Patrones Funcionales de Salud, la recogida de datos pone de manifiesto los hábitos y costumbres del individuo/familia determinando el funcionamiento positivo, alterado o en situación de riesgo con respecto al estado de Salud.

Formas de valoración, existen dos tipos:

Valoración de datos fundamentales, esta dirigida a la recopilación exhaustiva de datos fundamentales de la persona y de sus procesos vitales (Carpenito 1987) psicológicos, fisiológicos, socioculturales de desarrollo y espiritual, así como de los patrones de interacción con el medio, generalmente se utiliza durante el primer contacto con el paciente.

Valoración de datos específicos o valoración focalizada (Aspinall y Tanner C. 1985) se recogen datos seleccionados o específicos sobre un problema concreto ya identificado puede realizarse durante el primer contacto, pero a menudo parte de una valoración diaria continua.

Los tipos de datos a indagar: Un dato es una información concreta, que se obtiene del paciente, referido a su estado de salud o las respuestas del paciente como consecuencia de su estado. Nos interesa saber las características personales, capacidades ordinarias en las actividades, naturaleza de los problemas, estado actual de las capacidades.

Los datos subjetivos, no se pueden medir y son propios de paciente, lo que la persona dice que siente o percibe, solamente el afectado los describe y verifica (sentimientos).

Los datos objetivos se pueden medir por cualquier escala o instrumento (cifras de la tensión arterial)

Los datos históricos o antecedentes de la salud. Son aquellos hechos que han ocurrido anteriormente y comprenden hospitalizaciones previas, enfermedades crónicas o patrones y pautas de comportamiento (eliminación, adaptaciones pasadas, etc.). Nos ayudan a referenciar los hechos en el tiempo (hospitalizaciones previas).

Los datos actuales, son datos sobre el problema de salud actual.

Los métodos para obtener datos más comunes: La Entrevista Clínica, es la técnica indispensable en la valoración, ya que es a través de ella se obtienen el mayor número de datos. Existen dos tipos de entrevista, ésta puede ser formal o informal. La entrevista formal consiste en una comunicación con un propósito específico, en la cual la enfermera realiza la historia del paciente. El aspecto informal de la entrevista es la conversación entre enfermera y paciente durante el curso de los cuidados.

La entrevista es un proceso que tiene cuatro finalidades, éstas son:

Obtener información específica y necesaria para el diagnóstico enfermero y la planificación 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.

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. **El 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 o semiestructurados para la recogida sistematizada y lógica de la información pertinente sobre el paciente.

El cierre; es la fase final de la entrevista no se deben introducir temas nuevos, es importante resumir los datos más significativos, también constituye la base para establecer las primeras pautas de planificación.

La entrevista clínica tiene que ser comprendida desde dos ámbitos: Un ámbito interpersonal en el que dos o más individuos se ponen en contacto y se comunican; Otro ámbito de la entrevista es el de una habilidad técnica.

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, se identifican tres tipos de interferencias:

Interferencia cognitiva: Consisten 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 profesional, agresividad, excesiva valoración de sí mismos, excesiva proyección sobre los pacientes e incluso falta de responsabilidad en las obligaciones.

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 verbales, como 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, las 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 y siguiendo a Briggs, concretaremos las cualidades que debe tener un entrevistador: empatía, calidez, concreción, y respeto.

Empatía: Entendemos por empatía la capacidad de comprender (percibir) correctamente lo que experimenta nuestro interlocutor. Pero Borrell (1989), nos aporta que 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 él preservando su forma de pensar, sus valores ideológicos y éticos. En palabras de Cibanal (1991), implica el aprecio de la dignidad y valor del paciente y el reconocimiento como persona.

Concreción: Es la capacidad del entrevistador para delimitar los objetivos mutuos Y compartidos de la entrevista. Otra característica es la autenticidad, ésta supone que «uno es él mismo cuando lo que dice está acorde con sus sentimientos».

La observación, es 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 estas 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.

La exploración física. La actividad final de la recolección de datos es el examen físico, debe explicarse al paciente en qué consiste el examen y pedir permiso para efectuarlo.

Exploración física. Se centra en: determinar en profundidad 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.

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

Palpación. Consiste en la utilización del tacto para determinar ciertas características de la estructura corporal por debajo de la piel (tamaño, forma, textura, temperatura, humedad, pulsos, 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 ayudarán en la valoración

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 el pulmón normal lleno de aire y timpánicos: se encuentra al percutir el estómago lleno de aire o un carrillo de la cara.

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

Una vez descritas las técnicas de exploración física pasaremos a ver las diferentes formas de abordar un examen físico: Cefalocaudal, por sistemas y aparatos corporales y por patrones funcionales de salud:

Cefalocaudal: 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 utilizemos.

La validación de datos significa que la información que se ha reunido es verdadera (basada en hechos), esto es, aseguramos 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 consideran datos verdaderos aquellos datos susceptibles de ser evaluados con una escala de medida precisa, peso, talla, perímetros, signos vitales, etc.

Los datos observados y que no son medibles, en principio, se someten a validación confrontándolos con otros datos o buscando nuevos datos que apoyen o se contrapongan a los primeros.

Organización de los datos. Es el cuarto paso en la recolección de datos, en esta etapa se trata de agrupar la información, de forma tal que nos ayude en la identificación de problemas, el modo más habitual de organizar los datos es por necesidades humanas, 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 apartado 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 y los tratamientos prescritos, valoración física patrones funcionales de salud.

La valoración mediante patrones funcionales (funcionamiento) se realiza en términos mensurables y no abstractos (necesidades), en este sentido los patrones funcionales de salud facilitan la valoración, aunque no por ello hay que entender que la valoración de los patrones funcionales es opuesta a la valoración de necesidades; antes al contrario se complementan.

Aquí aportaremos que los diagnósticos de enfermería nos ayudan en la tarea de fundamentar los problemas detectados en las necesidades humanas, esto

es, nos confirmarán la carencia de las necesidades básicas. Este tipo de fundamentación debería ser estudiado profundamente.

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:

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 (véase tema referente a la garantía de la calidad de los cuidados enfermeros).

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

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.

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

C) Se deben evitar las generalizaciones y los términos vagos como, «normal," «regular", etc.) 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 las abreviaturas de uso común.

Fase de diagnóstico. El paso final del proceso de valoración o la segunda fase 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.

Diagnóstico de enfermería real se refiere a una situación que existe en el momento actual. Problema potencial se refiere a una situación que puede ocasionar dificultad en el futuro.

Un diagnóstico de enfermería no es sinónimo de uno médico. Las funciones de Enfermería tienen tres dimensiones, independiente, interdependiente e dependiente, 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.

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.)

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 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.

Los pasos de esta fase son: La Primera consiste en la 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.

La segunda fase consiste en la formulación del problema, diagnóstico de enfermería y problemas interdependientes, los componentes de las categorías diagnósticas aceptadas por la NANDA. 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 especificaba estos beneficios; En Investigación: Para poder investigar sobre los problemas de Salud que los profesionales de enfermería están formados para cuidar, 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 une 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: 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 las ya identificadas, mediante el desarrollo y validación de nuevos diagnósticos.

En la Docencia: la inclusión de los diagnósticos de enfermería en el *currículum* básico debe iniciarse y continuarse de forma coherente y prolongarse de forma progresiva a lo largo de todo el currículum lo cual permite:

Organizar de manera lógica, coherente y ordenada los conocimientos de Enfermería que deben poseer los alumnos

Disponer de un lenguaje compartido con otros profesionales, con los enfermeros docentes y con los propios alumnos, lo cual facilita la transmisión de ideas y conceptos relacionados con los cuidados.

En lo Asistencial: El uso de los diagnósticos en la práctica profesional, favorece la organización y profesionalización de las actividades de enfermería, al permitir:

Identificar las respuestas de las personas ante distintas situaciones de Salud.

Centrar los cuidados brindados en las respuestas humanas identificadas a través de una valoración propia.

Aumentar la efectividad de los cuidados al prescribir actuaciones de Enfermería específicas orientadas a la resolución o control de los problemas identificados.

Organiza, definir y desarrollar la dimensión propia del ejercicio profesional.

Delimitar la responsabilidad profesional teniendo como beneficio secundario crear la necesidad de planificar y registrar las actividades realizadas.

Diferenciar la aportación de enfermería a los cuidados de salud de las planeadas por otros profesionales.

Unificar los criterios de actuación ante los problemas o situaciones que están dentro de nuestra área de competencia.

Mejorar y facilitar la comunicación inter. e intradisciplinar.

Algunas de las ventajas que comportan la utilización de los Diagnósticos de Enfermería en este ámbito son:

Ayuda a determinar los tiempos medios requeridos y por tanto, las cargas de trabajo de cada unidad o centro, al facilitar la organización y sistematización de las actividades de cuidados.

Permite una mejor distribución de los recursos humanos y materiales.

Favorece la definición de los puestos de trabajo, ya que ésta podría incluir la habilidad para identificar y tratar los diagnósticos de enfermería que se dan con mayor frecuencia.

Posibilita la determinación de los costos reales de los servicios de Enfermería, y consecuentemente, los costos reales de los cuidados brindados al usuario.

Facilita el establecimiento de criterios de evaluación de la calidad de los servicios de Enfermería brindados en un centro o institución.

Identifica las necesidades de formación para grupos profesionales específicos.

Los componentes de las categorías diagnósticas, aceptadas por la NANDA para la formulación y descripción diagnóstica, en 1990 novena conferencia se aceptaron 90 categorías diagnósticas. Cada categoría diagnóstica tiene 4 componentes:

Etiqueta descriptiva o título: ofrece una descripción concisa del problema (real o potencial). Es una frase o término que representa un patrón.

Definición: Expresa un significado claro y preciso de la categoría y la diferencia de todas las demás

Características definitorias: Cada diagnóstico tiene un título y una definición específica, ésta es la que nos da el significado propiamente del diagnóstico, el título es solo sugerente

Las características que definen a los diagnósticos reales son los signos y síntomas principales siempre presentes en el 80-100% de los casos. Otros signos y síntomas, que se han calificado como secundarios están presentes en el 50-79% de los casos, pero no se consideran evidencias necesarias del problema

Factores etiológicos y contribuyentes o factores de riesgo: Se organizan entorno a los factores fisiopatológicos, relacionados con el tratamiento, la situación y la maduración, que pueden influir en el estado de salud o contribuir al desarrollo del problema. Los diagnósticos de enfermería de alto riesgo incluyen en su enunciado los factores de riesgo, por ejemplo:

Factores Fisiopatológicos (biológico y psicológicos): shock, anorexia nerviosa

Factores de Tratamiento (terapias, pruebas diagnósticas, medicación, diálisis, etc.)

De medio ambiente como, estar en un centro de cuidados crónicos, residuos tóxicos, etc.

Personales, como encontrarnos en el proceso de muerte, divorcio, etc.

Factores de Maduración: paternidad/maternidad, adolescencia, etc.

Tipos de diagnósticos:

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

Los Reales son los que representan 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 parte del enunciado en un Diagnóstico de Enfermería real. Consta de tres partes, formato PES: problema (P) + etiología, factores causales o contribuyentes (E) + signos/síntomas o manifestaciones (S). Estos últimos son los que validan el diagnóstico.

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. 1°.- 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).

Diagnósticos Posibles: 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 contribuyentes (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 si 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.

La planificación de los cuidados de enfermería. Una vez que se ha concluido con 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 los problemas detectados.

Establecer 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.

Planteamiento de los objetivos del cliente con resultados esperados. Esto es, determinar los criterios de resultado. 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 mensurables, realistas y tener en cuenta los recursos disponibles. En el trato con grupos y familiares hay que 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 objetivos a corto y largo plazo.

Por último es importante que los objetivos se decidan y se planteen de acuerdo con la familia y/o la comunidad, que se establezca un compromiso de 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. Las actividades propuestas se registran en el impreso correspondiente y deben especificar: qué hay que hacer, cuándo hay que hacerlo, cómo hay que hacerlo, dónde hay que hacerlo y quién 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 del problema, monitorizar su inicio.

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.

Determinación de prioridades. Es un paso en la fase de planeación en la que se debe priorizar, qué problemas serán los que se incluyan en el plan de cuidados y a tratar, éstos deben consensuarse con el paciente, 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 terapéutica.

Se trata de establecer las necesidades que son prioritarias para el paciente. Es de interés indicar aquí, que bajo una concepción holístico-humanista, la insatisfacción de las necesidades básicas provoca la enfermedad, Maslow (1972), 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 las situaciones de emergencia, como problemas de carácter biofisiológico, con excepción de la urgencia en los procesos de morir o en los que se encuentra en riesgo la vida.

Por lo tanto daremos preferencia a aquellos diagnósticos de enfermería y complicaciones potenciales, referidos a las necesidades que el paciente da prioridad consensuadamente con la enfermera/o. 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, Maslow (1972), favorece en gran medida la recuperación de la enfermedad.

Se hace hincapié en la importancia que tienen las acciones de promoción de la salud enfocadas desde el cambio de estilo de vida, actividades que son exclusivamente responsabilidad de la enfermería y que aún no se han asumido.

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 qué se quiere conseguir, cómo, cuándo y cuánto. Existen dos tipos de objetivos o criterios de proceso y objetivos del paciente/persona o criterios de resultado. Existen normas generales para la descripción de objetivos así tenemos que se deben redactar en términos que sean observables y puedan medirse. Describir 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 y señalar un tiempo específico para alcanzar cada objetivo.

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; 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 deberán de responder a preguntas sobre: capacidades limitaciones y recursos del individuo que se pueden fomentar, disminuir / aumentar o dirigir.

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 él mismo, a la enfermedad, al medio que le rodea, etc., esto es, reconocer y comprender sus sistemas de vida y sus recursos.

Los objetivos de enfermería se describen en el tiempo como:

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.

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

Objetivos a largo plazo. los resultados que requieren de un tiempo largo. Existen dos tipos: Uno, abarca un período prolongado y requiere de acciones continuas de enfermería, que median directamente entre el objetivo y su logro y el otro se obtiene mejor a través de una secuencia de objetivos a corto plazo. Este segundo tipo no requiere de la acción directa de enfermería, dado que las acciones de enfermería acompañan a los objetivos a corto plazo.

Objetivos del paciente. Al describir los objetivos debemos entender que estamos prefijando 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/o. Los objetivos del cliente se anotan en términos de lo que se espera que haga el cliente, esto es, como conductas esperadas. Las principales características de los objetivos del cliente son tres: Deben ser alcanzables, esto es, asequible para conseguirlos. Deben ser medibles, así se

describen con verbos mensurables 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, cómo, cuándo, dónde, etc.). Así, al verbo se le añaden las preferencias e individualidades, Ejemplo: el paciente caminará (verbo) por el jardín (dónde) después de comer (cuándo) durante 15 minutos (cuánto).

Los contenidos se describen como verbos y como ya hemos dicho que sean mensurables. En cuanto a los objetivos cuyo contenido es el área de aprendizaje, la taxonomía que B. Bloom hace del aprendizaje, nos es de utilidad para la definición de los mismos en la necesidad educativa.

Cognoscitivos, estos objetivos se fundamentan en las funciones mentales superiores que precisen actividades 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 proponen el desarrollo muscular o motor, ciertas manipulaciones de materias u objetos, o actos que precisan coordinación neuromuscular y las habilidades.

Actuaciones de Enfermería: Las actuaciones enfermeras son aquellas intervenciones específicas que van dirigidas a ayudar al paciente al logro de los resultados esperados. Para ello se elaboran 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.

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:

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

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

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 cualificación de los distintos estamentos que van a intervenir con nosotros; también influyen los recursos financieros.

Actividades de Enfermería:

Independientes: Son aquellas actividades de la enfermería dirigidas hacia las respuestas humanas que está legalmente autorizada a atender, gracias a su formación y conocimientos son actividades que no requieren de otro profesional para su ejecución.

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, fisioterapeutas médicos, etc.

Dependientes: Son las actividades relacionadas con la puesta en práctica de la terapéutica médica. Señalan la manera en que se ha de llevar a cabo una actividad delegada.

Las características de las actuaciones de enfermería son las siguientes: Serán coherentes con el plan de cuidados, es decir, no estarán en desacuerdo con otros planes terapéuticos de otros miembros del equipo.

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 las enfermedades.
- Restablecer la salud.
- Rehabilitación.
- Acompañamiento en los estados agónicos.

A este tipo de actividades hay que añadir las actividades de estudio, diagnóstico y tratamiento de la enfermedad delegadas por la medicina, por ejemplo realización de pruebas diagnósticas, aplicación de fármacos, y otros.

Las acciones más habituales de la planificación de los cuidados de enfermería son integrales, entorno a los diferentes tipos de diagnóstico enfermero y a los problemas interdependientes son:

En el diagnóstico enfermero real:

- 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,
- 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:

- 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 las más adecuadas 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 problema/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
- 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 valoraciones frecuentes para controlar al paciente y detectar complicaciones.
- Remitir la situación al profesional adecuado cuando existan signos y síntomas de complicaciones potenciales, y
- Ejecutar las actividades interdependiente de enfermería prescritas por el médico (por ejemplo: lavado de sonda nasogástrica cada 2 horas con suero fisiológico).

Las directrices específicas para los cuidados de enfermería se denominan órdenes de enfermería y se componen de los siguientes elementos:

La fecha.

El verbo, con los calificativos que indiquen claramente la actuación.

Especificación de quién (sujeto).

Descripción de qué, dónde, cuándo, cómo y cuánto

Las modificaciones a un cuidado estándar

La firma

Para terminar este apartado, 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.

Documentación del plan de cuidados de Enfermería:

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, según Griffith-Kenney y Christensen (1986), "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:

- Los cuidados individualizados,
- La continuidad de los cuidados,
- La comunicación, y
- La evaluación.

Tipos de planes de cuidados:

Tipos de planes de cuidados: individualizados, estandarizados, estandarizados con modificaciones y computarizados.

Individualizado: Permiten documentar los problemas del paciente, los objetivos del plan de cuidados y las acciones de enfermería para un paciente concreto. Se tarda más tiempo en elaborar.

Estandarizado: Según Mayers (1983), «un plan de cuidados 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»

Estandarizado con modificaciones: Este tipo de planes permiten la individualización, al dejar abiertas opciones en los problemas del paciente, los objetivos del plan de cuidados y las acciones de enfermería

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

Kahl (1991) indican que con la informatización de los servicios de salud, la documentación tiende a disminuir, los objetivos de la informatización de los planes de cuidados, mediante la revisión de autores que hace Serrano Sastre, M.R. (1994), recoge de autores como Hannah (1988), Hoy (1990), Kahl (1991) y otros, los objetivos para informatizar los planes de cuidados de enfermería son:

Registrar la información de manera rápida, clara y concisa

Recabar la información precisa sobre el estado de salud, que permite una óptima planificación de los cuidados, su revisión y la mejora del plan.

Facilitar la continuidad de los cuidados, tanto en el hospital como la comunicación con otros servicios de salud.

Evitar la repetición de los datos.

Facilitar datos a la investigación y a la educación.

Posibilitar el cálculo del coste-beneficio del servicio hospitalario.

Los beneficios que se obtienen tras la informatización de la documentación son:

Eliminación del papeleo.

Los planes de cuidados mantienen su flexibilidad y son personalizados.

Los datos incluidos son más relevantes y más exactos.

Ejecución del plan de cuidados: 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 recolección y valoración de datos.

Realizar las actividades de enfermería.

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

Dar los informes verbales de enfermería,

Mantener el plan de cuidados actualizado.

El enfermero (a) 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 debemos profundizar en la valoración de datos que quedaron sin comprender, y por otro lado la propia ejecución de la intervención es fuente de nuevos datos que deberán ser revisados y tenidos en cuenta como confirmación diagnóstica o como nuevos problemas.

La evaluación del plan de cuidados: 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 un objeto, acción, trabajo, situación o persona, comparándolo con uno o varios criterios.

Los dos criterios más importantes que valora la enfermería, en este sentido son: la eficacia y la efectividad de las actuaciones.

El proceso de evaluación consta de dos partes:

Recolección 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.

La evaluación es un proceso que requiere de la valoración de los distintos aspectos del estado de salud del paciente. Las distintas áreas sobre las que se evalúan los resultados esperados (criterios de resultado), son según Iyer las siguientes áreas:

Aspecto general y funcionamiento del cuerpo:

Observación directa, examen físico.
Examen de la historia clínica

Señales y Síntomas específicos

- Observación directa
- Entrevista con el paciente.
- Examen de la historia

Conocimientos:

- Entrevista con el paciente
- Cuestionarios (test),

Capacidad psicomotora (habilidades).

Observación directa durante la realización de la actividad

Estado emocional:

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

Información dada por el resto del personal

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 para plantear correcciones en las áreas estudio, veamos las 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 Caballero (1989) la evaluación se compone de:

Medir los cambios del paciente/cliente.
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 ésta es continua, así podemos detectar como va evolucionando el cliente y realizar ajustes o introducir modificaciones para que la atención resulte más efectiva

Propiedades del Proceso de Enfermería

El proceso de Enfermería tiene seis propiedades: Es intencionado, por que va dirigido a un objetivo, sistemático porque consiste en la utilización de un enfoque organizado para conseguir su propósito, este método premeditado favorece la calidad de la enfermería y evita los problemas asociados a la intuición o a la prestación de la asistencia tradicional.

Dinámico, porque esta sometido a continuos cambios se trata de un proceso continuo enfocado en las respuestas cambiantes de la persona que se identifican a través de la relación con el profesional de enfermería.

Interactivo, porque se basa en as relaciones reciprocas que se establecen entre el profesional de enfermería la persona, la familia y otros profesionales sanitarios. Este componente asegura la individualización de la atención.

Flexible, porque se puede demostrar en dos conceptos: Se puede adaptar a la práctica de la enfermería en cualquier marco o área de especialización que trate con individuos, grupos o comunidades y sus fases se pueden utilizar de forma consecutiva y concurrente.

Base teórica. El proceso se ha ideado a partir de una amplia base de conocimientos, incluyendo ciencias y humanidades y se puede aplicar a cualquiera de los modelos teóricos de la enfermería.

Conveniencias en el uso del proceso de atención de enfermería

El uso del proceso de enfermería en la práctica, tiene conveniencias para la profesión de la enfermería, para el cliente y para cada profesional de enfermería en particular.

Conveniencias para la profesión:

En el ámbito profesional el proceso de enfermería demuestra inconcreto el alcance de la practica de la enfermería esto indica con claridad que campo de la enfermería es mas amplio que la simple ejecución del plan de cuidados, y tal como ha sido prescrito por el medico

Además el procesote enfermería ha sido incorporado a las directrices para la practica de la enfermería clínica desarrolladas y publicadas Por la ANA (1991)

Conveniencias para el paciente

El empleo del proceso de enfermería es beneficioso para el paciente y para la familia, les anima a participar en forma activa en la atención, al incluirse en las cinco etapas del proceso.

El paciente proporciona datos para la valoración, valida el diagnostico de enfermería, confirma los resultados y las actuaciones, ayuda en su ejecución y proporciona antecedentes para la evaluación.

Consecuencia para el profesional de Enfermería:

El proceso de enfermería aumenta la satisfacción por el trabajo y potencia el desarrollo profesional. El desarrollo de relaciones significativas entre el profesional de enfermería y cliente se va facilitando por el proceso de enfermería, las recompensas obtenidas por la practica suele derivar de la capacidad del profesional de enfermería para ayudar al cliente a cubrir las necesidades identificadas. Un agradecimiento sincero, independientemente de la forma que sea expresada por los clientes y sus familiares, suelen superar a cualquier tipo de reconocimiento (<http://www.terra.es.personal/dueñas.htm>)

5.3.-Conceptos básicos del modelo de Virginia Henderson

Henderson inicialmente no pretendió elaborar una teoría de enfermería, ya que en su época tal cuestión no era motivo de especulación lo que a ella le llevo a desarrollar su trabajo fue la preocupación que le causaba el constatar la ausencia de una determinación de la función propia de la enfermera.

La cris talización de sus ideas se recoge en una publicación de 1956 en el libro "the Nature of Nursing" en el que define la función propia de la enfermera de la siguiente manera:

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

A partir de esta definición, y con base en los conceptos del metaparadigma de La Enfermería, se extraen una serie de conceptos y subconceptos básicos .

1.- Persona

Necesidades básicas

2.- Salud

Independencia

Dependencia

Causas de la dificultad o problema

3.- Rol profesional

Cuidados básicos de enfermería

Relación con el equipo de salud

4.- Entorno

Factores ambientales

Factores socioculturales

La persona y las 14 necesidades humanas

De acuerdo con la definición de la función propia de la enfermera, y a partir de ella Henderson precisa su conceptualización del individuo o persona, sujeto de cuidados, así *cada persona se configura como un ser humano único y complejo con componentes biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales* que tiene 14 necesidades Básicas o requisitos que debe satisfacer para mantener su integridad (física y psicológica) y promover su desarrollo y crecimiento. Estas necesidades son comunes a todos los individuos, si bien cada persona en su unidad tiene la habilidad y capacidad de satisfacerlas de modo diferente con el fin de crecer y desarrollarse a lo largo de su vida.

1. Necesidad de oxigenación
2. Necesidad de nutrición e hidratación
3. Necesidad de eliminación
4. Necesidad de moverse y mantener una buena postura
5. Necesidad de descanso y sueño
6. Necesidad de usar prendas de vestir adecuadas
7. Necesidad de termorregulación
8. Necesidad de higiene y protección de la piel
9. Necesidad de evitar los peligros
10. Necesidad de comunicarse

11. Necesidad de vivir según sus creencias y valores
12. Necesidad de trabajar y realizarse
13. Necesidad de jugar o recreación / participar en actividades recreativas
14. Necesidad de aprendizaje.

Estas necesidades son comunes a todos los individuos, si bien cada persona, en su unidad tiene la habilidad y capacidad de satisfacerlas de modo diferente con el fin de crecer y desarrollarse a lo largo de la vida. Las diferencias personales en la satisfacción de las 14 necesidades básicas vienen determinadas por los aspectos biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales, inherentes a cada persona. Así como la *estrecha interrelación* existente entre las diferentes necesidades, que implica que cualquier modificación en cada una de ellas pueda dar lugar a modificaciones en las restantes desde un punto de vista holístico, esto quiere decir que el estudio por separado de cada una de estas necesidades, en ningún momento nos da la visión del ser humano en su totalidad.

La salud, independencia / dependencia y causas de la dificultad.

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

Salud.- la calidad de la salud, más que la vida misma, es el margen de vigor físico y mental, lo que permite a una persona trabajar con la máxima efectividad y alcanzar su nivel más alto de satisfacción en la vida

Persona.- es todo ser humano que requiere asistencia para alcanzar la salud y la independencia o llegar a una muerte tranquila, la mente y el cuerpo y el espíritu son inseparables. La persona y su familia y la comunidad son consideradas como una unidad y requieren de intervención de enfermería para alcanzar mejores niveles de bienestar, salud y vida.

Independencia.- puede ser definido como la capacidad de la persona para satisfacer por sí misma sus necesidades básicas es decir llevar a cabo las acciones adecuadas para satisfacer sus necesidades de acuerdo con su edad, etapa de desarrollo y situación de salud-enfermedad.

El modo de satisfacer las propias necesidades así como la forma de manifestar que esta necesidad está satisfecha, es totalmente individual. Por ello los niveles de independencia en la satisfacción de las necesidades también son específicos y únicos para cada individuo.

Estas necesidades son comunes a todos los individuos, si bien cada persona en su unidad tiene la capacidad de satisfacer de modo diferente con el fin de crecer y desarrollarse a lo largo de la vida, las diferencias personales en la

satisfacción de las catorce necesidades básicas están determinadas por los aspectos biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales, inherentes a cada persona.

Independencia.-puede ser considerada en una doble vertiente por un lado, la ausencia de actividades llevadas a cabo por la persona con el fin de satisfacer las 14 necesidades, por otro lado puede ocurrir que se realicen actividades que no resulten adecuadas o sean insuficientes para conseguir la satisfacción de las mismas.

Los criterios de dependencia deben considerarse al igual que los de independencia de acuerdo con los componentes específicos de la persona (biofisiológicos, Psicológicos, socioculturales y espirituales).

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

1.- *Falta de fuerza* de la persona. Se interpreta por fuerza no solo la capacidad física o habilidades mecánicas de las personas, sino también la capacidad del individuo para llevar a término las acciones pertinentes a la situación. Lo cual vendrá determinado por el estado emocional, el estado de las funciones psíquicas, capacidad intelectual y la interacción social relacionada.

2.-*Falta de conocimiento.*- En lo relativo a las cuestiones esenciales sobre la propia salud y situaciones de enfermedad, la propia persona (autoconocimiento) y sobre los recursos propios y ajenos disponibles para el cuidado a su salud.

3.- *Falta de voluntad.*- Entendida como la capacidad o limitación de la persona para comprometerse en una decisión adecuada a la situación y en la ejecución y mantenimiento de las acciones oportunas para satisfacer las catorce necesidades.

Factores que influyen en la satisfacción de las necesidades:

Son los componentes que individualizan su esencia y permiten identificar los valores adecuados en su satisfacción desde la unidad de la persona, estos factores son:

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

Psicológicos, se refiere a sentimientos, pensamientos, emociones, inteligencia, memoria, psicomotricidad, nivel de conciencia, sensopercepción y habilidades individuales y de relación (estrategias o habilidades de afrontamiento)

Socioculturales, se refieren al entorno físico de la persona (próximo y mas lejano) y a los aspectos socioculturales de este entorno que están influenciados a la persona así, el entorno físico mas lejano se refiere al de la comunidad donde vive el individuo (clima, orografía, contaminación etc.) el entorno sociocultural incluye lo relativo a los valores y normas que proporcionan la familia, la escuela, las leyes y la política por lo que se rige la comunidad de referencia (Fernández.1982).

5.4.-El adulto mayor

El reconocimiento de que los adultos mayores son diferentes de los adultos jóvenes no es ninguna novedad. Prácticamente desde que hay evidencia de la existencia humana, se ha dicho este reconocimiento. Las evidencias históricas subrayan ante todo una diferenciación cultural y social antes que biológica.

Aunque el interés por los cambios que ocurren con el envejecimiento puede rastrearse hasta tiempos de Aristóteles, su estudio sistemático y científico es relativamente nuevo al grado de que exista una especialidad para el cuidado de la salud en el área de Enfermería, Biología, Medicina, Psicología y otras.

La biología del envejecimiento tiene una historia reciente, prácticamente iniciada en el presente siglo. En efecto, uno de los primeros estudios publicados sobre el tema data de 1904, cuando Mechnikov -Premio Nóbel de Medicina- expone una teoría del envejecimiento e introduce por primera vez el término de gerontología. En tanto, el término geriatría aparece por primera vez en Estados Unidos en 1909, en la obra de I. L. Nacer, *Geriatrics: the diseases of old age and their treatment*.

Ahora bien, aunque ambos términos nacen en un ámbito eminentemente científico, biológico, actualmente su acepción es mucho más amplia. Geriatría y gerontología son frecuentemente confundidas, y utilizadas indiscriminadamente. Para abordar el entendimiento de sus semejanzas y diferencias, algunas definiciones frecuentes y comunes a sus lenguajes (Gadis, 1987).

Gerontología: Del griego *Geronto* = anciano, y *logos* = tratado; es el estudio de la vejez. Entendemos esto como el conjunto de conocimientos y estudio del fenómeno del envejecimiento en su totalidad. Por lo tanto, la Gerontología abarca las aportaciones de todas las disciplinas científicas, filosóficas, artísticas, etcétera, sobre el envejecimiento. Es muy vasta, y la Geriatría constituye la parte eminentemente biológica, médica, de la Gerontología.

Geriatría: Del griego *Geron*= vejez, y *tría*= curación; es la rama de la Medicina Interna, que estudia los aspectos fisiológicos y las enfermedades de la vejez. La Geriatría es una parte de la Gerontología.

Anciano: Existen muchas acepciones del término basado en un convencionalismo surgido en la Asamblea Mundial del Envejecimiento en

Viena, Austria (organizado por la OMS en los 80), México adopta la definición de “toda persona de 60 y más años”. Aunque arbitraria, esta definición es necesaria para organizar la investigación, la enseñanza y la asistencia de todo un país y un sistema, para los ancianos.

Comorbilidad: Es la coexistencia de varias enfermedades simultáneamente en el paciente. Los ancianos son el sector de la población con mayor comorbilidad.

Cuidador primario: La persona, (remunerada, no remunerada, familiar o amigo) que atiende la mayor parte de necesidades de un anciano. Con frecuencia, el estado funcional de un anciano guarda estrecha relación con el desempeño del cuidador primario.

Fragilidad: Significa una reducción en la reserva homeostática del organismo, que conlleva a una menor capacidad para adaptarse a las agresiones del medio, y una mayor susceptibilidad para la enfermedad, las complicaciones, la discapacidad y la muerte. Es lo contrario a “robustez”.

Funcionalidad: Término gerontológico. A diferencia de los índices tradicionales de la Medicina para medir el estado de salud de una población (esperanza de vida, tasas de mortalidad y morbilidad), el estado de Funcionalidad expresa la capacidad de un anciano para satisfacer sus necesidades de manera autónoma, independiente y satisfactoria para sí mismo. A pesar de que pueda padecer varias enfermedades, la Geriatria considera que un anciano funcional es un anciano sano. (La OPS enfatiza que la salud en los ancianos debe medirse en términos de conservación de la funcionalidad, no en razón del déficit)

Institucionalización: Es la sustracción del anciano de su medio ambiente sociofamiliar habitual. Generalmente se refieren a la hospitalización y el asilamiento. Se considera un gran factor de riesgo para la discapacidad, los accidentes, la comorbilidad, el deslizamiento, la pérdida de la vitalidad, la depresión y la muerte en los ancianos.

“Viejismo”: Traducción del inglés “ageism”, que en castellano quizás no tenga el mismo “sonido cultural o conceptual”. Se usa para describir a toda una ideología médico-social que mira el envejecimiento como sinónimo de pérdida, rigidez, déficit e incapacidad. Las investigaciones recientes aportan pruebas de que el “viejísimo” se apoya en mitos, prejuicios y estereotipos sin sustento científico (En México, a veces la palabra “senil” se usa peyorativamente con ese sentido).

Así, de acuerdo con estas definiciones, el estudio del envejecimiento social es gerontológico, en tanto que el del envejecimiento pancreático es geriátrico. Las actitudes socioculturales, las manifestaciones en el arte y la historia del envejecimiento, forman parte de la gerontología. Las políticas económicas y los servicios asistenciales hacia los ancianos también. Considerar que la pérdida de la memoria es normal en los ancianos es un mito viejista, las caídas son más frecuentes en los ancianos institucionalizados y son un indicador de fragilidad; la mayoría de los ancianos son funcionales y las mejores estrategias

de tratamiento incluyen el trabajo con los cuidadores primarios del anciano (Lozano, 2000).

La geriatría

La Geriatría tiene como lugar de nacimiento la Gran Bretaña: desde la década de los 30 se empezó a practicar un tipo de medicina hospitalaria diferente y especialmente enfocada a los ancianos, pero no fue sino hasta mediados de los 40 cuando se inicia formalmente la geriatría como especialidad médica. 25 años más tarde la primera generación de geriatras alcanza los 300 *geriatric consultants*, que eran médicos especializados procedentes de la Medicina Interna.

A partir de entonces la geriatría ha ido extendiéndose de manera progresiva por el mundo. Quizá debido a la configuración de la pirámide poblacional, sin embargo, ha sido en los países industrializados donde ha tenido más historia, reconocimiento, desarrollo y auge. En los países latinoamericanos la geriatría tiene, como parte de su herencia cultural histórica, el antecedente de los asilos y hospitales religiosos coloniales. Esto es, por lo tanto, válido en el caso de México. Por supuesto, desde entonces las ideas y enfoques hacia el cuidado y servicio al anciano han cambiado. Puede señalarse que la diferencia sustancial radica en los motivos y objetivos entre aquellos y estos días. El motivo y objetivo central de los religiosos era entendido en términos de caridad mientras que actualmente los servicios al anciano se entienden con base en conceptos de justicia social, derechos humanos y necesidades sanitarias prioritarias.

El resultado de ambas diferencias también establece de entrada un contraste profundo entre la calidad de la atención, no relacionada a los cambios tecnológicos seculares, sino relacionada a la forma de otorgar dicha atención, pues antiguamente carecía de programa, que ahora resulta un requisito indispensable en la planeación de cualquier estrategia sanitaria.

En México la geriatría inicia un impulso perceptible, notorio, en la década de los 70's. Reconocido pionero en nuestro país es el Dr. Arturo Lozano Cardoso. No obstante, es hasta inicios 1993 cuando el Consejo Universitario de la UNAM, aprueba el plan académico propuesto por el Dr. Luis Miguel Gutiérrez Robledo, y se inicia formalmente el Curso de Geriatría, como subespecialidad de la Medicina Interna. Como puede verse, la historia académica en la UNAM de la geriatría mexicana, es muy reciente. Ello no menoscaba la calidad de los geriatras previos a esta época, cuando muchos de ellos procedían de escuelas extranjeras, o son también médicos gerontólogos con una experiencia vasta y sólida trayectoria, en cuyo intenso trabajo descansan los cimientos en que se construye hoy la geriatría de México. Los primeros cursos médicos y hospitalarios de geriatría en México se deben a estos geriatras. El hito marcado por el Dr. Gutiérrez Robledo consiste en el inicio de la formación de especialistas en nuestro propio país, con el reconocimiento universitario de la máxima instancia nacional y un plan académico uniforme.

El perfil de la licenciada en enfermería y su incursión en el cuidado de la Salud en el Anciano, ofrecen elementos básicos de Gerontología y Geriatría, la historia es reciente (Langarica, 1984).

La vida humana tiene tres edades: la infancia (0-15 años), primera edad; la adultez (15-60 años) segunda edad; y la vejez (60 años en adelante) tercera edad, que se relaciona con tres status de la vida familiar, somos hijos en una etapa, en otra somos padres y en la tercera somos abuelos

Edad adulta es la etapa en la cual los individuos han adquiridos todo su crecimiento físico, un gran desenvolvimiento social y emocional, un grado mayor de desarrollo, de actualización de confianza en si mismo, en su capacidad de tomar decisiones, gozando de mas independencia y mantenimiento intimidad consigo mismo y con otras personas.

El envejecimiento es un proceso biológico psicológico y social, endógeno, intrínseco, progresivos irreversible que se caracteriza por un deterioro bioquímico y fisiológico que conduce a una disminución de las capacidades del organismo para adaptarse tanto a su medio interno como el medio externo, a la detención de nuestros sistemas autorregulados y que lleva inevitablemente como destino final a la muerte.

Características del envejecimiento se considera que es individual todas las personas envejecen en forma distinta, dependiendo de varios factores intrínsecos y extrínsecos.

Los organismos no envejecen a la misma velocidad dentro de un individuo, depende de la interacción con el medio ambiente y de factores como el trabajo, emocionales, nutricionales etc.

El envejecimiento es un proceso dinámico que empieza con la concepción, es decir con la unión del óvulo y espermatozoide y acaba con la muerte.

En su clasificación se considera un periodo de prevejez, de los 45 a los 60 años, es cuando la persona adulta sufre cambios fisiológicos en su organismo que si son realizados en forma adecuada le permitirán pasar a los otros periodos conservando sus facultades y capacidades prácticamente integras y libres de enfermedades; es la etapa de la prevención de los trastornos de la vejez.

Senescencia o vejez verdadera: de los 60 a los 74 años, es aquel en el cual se presentan la mayoría de las enfermedades "propias" de la vejez que no son propias ya que pueden presentarse en otras edades, solo que en los viejos tiene una expresión muy particular y una evolución muy especial.

Senilidad o vejez – ancianidad: de los 75 años en adelante hasta terminar en la decrepitud. Aquí los procesos patológicos o enfermedades pueden llegar a un extremo irremediable, sin embargo se puede intentar detenerlas en su progresión o bien iniciar procesos de rehabilitación (Salgado, 1992).

En la vejez como en todo proceso humano se puede definir en algunos aspectos y participar en el, mejorando y planificando para asegurar que en la vejez se es capaz de vivir, compartir, amar y ser útil a la familia y a la sociedad, según las capacidades de cada individuo y los demás se beneficien de su experiencia.

En el proceso de envejecimiento influyen factores endógenos y exógenos se encuentra el régimen de la vida, la alimentación, el clima y el medio ambiente.

Se ha estudiado a través del tiempo una serie de teorías para comprobar el proceso de envejecimiento:

La más antigua consiste en considerar las manifestaciones de la vejez como una especie de desgaste de las células y los órganos del cuerpo estas señales puede ser comprobadas claramente, en la disminución de la fuerza corporal y de las funciones de los órganos de los sentidos, por ser visible fue considerada durante siglos como única.

Hoy la mayoría de los gerontólogos están de acuerdo en que no existe una causa determinada del envejecimiento, es multicausal.

Evidencias recientes sugieren que el proceso de envejecimiento aparece como consecuencia de la pérdida de información a nivel del ADN (alteración o mutación genérica) o bien por cambios de la estructura de las macromoléculas como las proteínas, carbohidratos o fosfolípidos, que están integradas a membranas o a sistemas metabólicos (alteración epigenética) ambos mecanismos operan simultáneamente y no son excluyentes.

Actualmente se acepta la teoría termodinámica que parece satisfacer mejor las exigencias del pensamiento científico actual. Esta teoría considera al organismo como un sistema en constante actividad, el cual requiere consumo de energía que es obtenido de una fuente cuyo contenido energético es mayor que su equivalente en el trabajo producido, es decir que el individuo intercambia energía con el medio, de esta manera tiene una alternativa de sobrevivir o morir

Esta teoría ubica al hombre y a la mujer como parte del ambiente provocando intercambio de influencias y estímulos que a su vez convergen en la estructura genética y pueden ser vistos como un sistema total en el cual cada uno forma un subsistema básico.

Es fundamental trabajar con los problemas fisio-patológicos y sociales de la vejez, para mejorar la calidad a los años.

El personal de enfermería debe estudiar a las personas en la edad mayor desde el punto de vista social y la influencia que los ancianos pueden tener en el desarrollo y evolución del país.

Con el crecimiento de la población, los cambios económicos y el estilo de vida, la familia y la comunidad se interesan menos en la generación mayor, esperando que el sector público, sin estar preparado para ello se haga cargo de esta situación; esto ha traído como consecuencia la pérdida del rol y del status en la sociedad.

Características físicas y psicológicas del adulto mayor.

La consideración psicosocial del anciano nos lleva a plantear que los cambios propios del proceso de envejecimiento ocurren desde tres perspectivas :

Cambios Biológicos: Cambios orgánicos que afectan a sus capacidades físicas

Cambios Psíquicos : Cambios en el comportamiento, autopercepción, valores y creencias.

Cambios Sociales : Cambios del rol del anciano en la comunidad.

Cambios Biológicos : La involución caracterizada por la disminución del número de células activas, alteraciones moleculares, titulares y celulares afecta a todo el organismo, aunque su progresión no es uniforme.

Modificaciones celulares: Desde el punto de vista macroscópico se observa una disminución del volumen de los tejidos y microscópicamente se observa un retardo en la diferenciación y crecimiento celular lo cual provoca el descenso del número de células. También hay un descenso del agua intracelular. Y existe un aumento del tejido adiposo, descenso del tejido adiposo superficial y aumento del tejido adiposo profundo .

Envejecimiento en la piel y anejos cutáneos: El envejecimiento desde el punto de vista funcional produce: alteración de la permeabilidad cutánea, disminución de las reacciones inflamatorias de la piel, disminución de la respuesta inmunológica, trastorno de la cicatrización de las heridas por disminución de la vascularización, pérdida de elasticidad de los tejidos, percepción sensorial disminuida, disminución de la producción de la vitamina D, palidez y velocidad de crecimiento disminuida.

Desde el punto de vista estructural : En la Epidermis hay variaciones en el tamaño, forma y propiedades de las células basales, disminución de melanocitos y células de Langerhans y aplanamiento de la unión dermoepidérmica . En la Dermis existe una reducción del grosor, de la vascularización y la degeneración de las fibras de elastina. En la Hipodermis hay un descenso del número y atrofia de las glándulas sudoríparas .

Envejecimiento del cabello: Existe una disminución de la velocidad de crecimiento del pelo, aparecen las canas por la pérdida de melanina en el folículo piloso. Pérdida de pelo frontotemporal (alopecia androgénica) en los varones. También puede aparecer alopecia difusa por deficiencia de hierro,

hipotiroidismo. Hay un aumento del vello facial en las mujeres, sobre todo si tienen piel clara y en los hombres en los pabellones auriculares, cejas y orificios nasales. Envejecimiento en las uñas: El crecimiento continúa, suelen ser más duras, espesas. Pueden aparecer estrías por alteración de la matriz ungueal.

Envejecimiento óseo: Hay una pérdida de masa ósea por la desmineralización de los huesos, la mujer suele perder un 25% y el hombre un 12%, este proceso se denomina osteoporosis senil o primaria, se produce por la falta de movimientos, absorción deficiente o ingesta inadecuada de calcio y la pérdida por trastornos endocrinos. Esto propicia las fracturas en el anciano.

Existe una disminución de la talla, causado por el estrechamiento de los discos vertebrales. Aparece cifosis dorsal que altera la estática del tórax. En los miembros inferiores los puntos articulares presentan desgastes y se desplaza el triángulo de sustentación corporal, esto propicia la aparición de callosidades y altera el equilibrio, la alineación corporal y la marcha.

Envejecimiento articular: Las superficies articulares con el paso del tiempo se deterioran y las superficies de la articulación entran en contacto, aparece el dolor, la crepitación y la limitación de movimientos. En el espacio articular hay una disminución del agua y tejido cartilaginoso.

Envejecimiento muscular: La pérdida de fuerza es la causa principal del envejecimiento, hay un descenso de la masa muscular, pero no se aprecia por el aumento de líquido intersticial y de tejido adiposo. Hay una disminución de la actividad, la tensión muscular y el periodo de relajación muscular es mayor que el de contracción.

Envejecimiento del Sistema Cardiocirculatorio: Cambios de la estructura cardiovascular: El corazón puede sufrir atrofia, puede ser moderada o importante, disminuye de peso y volumen. También existe un aumento moderado de las paredes del ventrículo izquierdo y que está dentro de los límites normales en individuos sanos, sólo está exagerado en individuos hipertensos. El tamaño de la aurícula izquierda aumenta con la edad. El tejido fibroso aumenta de tamaño, algunos de los miocitos son sustituidos por este tejido también existe un aumento en su tamaño. Las paredes de los vasos arteriales se vuelven más rígidas y la aorta se dilata, ello no es atribuible al proceso ateroscleroso, puede deberse a cambios de cantidad y naturaleza de la elastina y el colágeno, así como el depósito de Calcio. Aparecen rigidez valvular debidos al engrosamiento y pérdida de la elasticidad. También se depositan sustancias en las paredes de los vasos dando lugar a la esclerosis y una disminución de la red vascular.

Cambios en la Función cardiovascular: Existe enlentecimiento del llenado diastólico inicial y es atribuido por cambios estructurales en el miocardio del ventrículo izquierdo. Puede existir un cuarto ruido cardiaco llamado galope auricular. La hemodinámica está alterada; no se debe por la insuficiencia del fuelle aórtico, sino del aumento de las resistencias periféricas provocadas por

la esclerosis y la disminución de la red vascular, provocando un aumento de la frecuencia en cuanto a ritmo, fuerza y aumento de la presión arterial.

También el desequilibrio hemodinámico se manifiesta por la disminución de la tensión venosa y de la velocidad de circulación. El gasto cardiaco está disminuido y el tiempo de recuperación tras un esfuerzo aumenta .

Existen pocos cambios en la composición de la sangre, sólo aparecen pequeñas alteraciones del número de hematíes, también la respuesta leucocitaria frente a la infección e inflamación está disminuida.

Envejecimiento del Sistema Respiratorio: El envejecimiento no sólo afecta a las funciones fisiológicas de los pulmones, también a la capacidad de defensa. Las alteraciones debidas a la edad en la ventilación y la distribución de los gases se deben a alteraciones de la distensibilidad de la pared torácica, como la pulmonar. Con la edad la fuerza de los músculos respiratorios es menor. También existe rigidez, pérdida de peso y volumen, y eso produce un llenado parcial. Existe una disminución del número de alvéolos y eso provoca dilatación en los bronquiolos y conductos alveolares. Hay alteraciones en el parénquima pulmonar debida a la pérdida del número y del calibre de los capilares interalveolares con una disminución del PO_2 , afectando a la ventilación pulmonar y difusión alveolo capilar. La distensibilidad de la pared torácica disminuye de manera gradual al avanzar la edad, probablemente como consecuencia de la osificación de las articulaciones condrocostales, el incremento del diámetro ánteroposterior del tórax, la cifosis y el aplastamiento vertebral. Las respuestas a la hipoxia y a la hipercapnia disminuyen con la edad, por este motivo los ancianos son más vulnerables a la reducción de los niveles de Oxígeno.

Existe una pérdida del reflejo tusígeno eficaz, esto contribuye a la propensión a la neumonía, también existe una disminución a la inmunidad humoral y celular que facilitan la infección.

Envejecimiento del Aparato Digestivo: No hay grandes cambios a nivel anatómico, tan solamente la reaparición del epitelio columna en la parte inferior del esófago, la aparición de varicosidades y engrosamiento de la túnica del colón. Existe una disminución de la movilidad y de los movimientos peristálticos, la reducción del tono muscular de la pared abdominal, atrofia de la mucosa gástrica, la disminución de HCl generan en el anciano dificultades. También la disminución del tamaño, funcionalidad del hígado, la lentitud del vaciado vesicular y el espesamiento de la bilis contribuyen a aumentar estas dificultades. Existe pérdida de piezas dentarias que dificultan la masticación y la disminución en la producción de saliva, contribuyen a la sequedad bucal y a la pérdida de la sensación gustativa. En el colon existe atrofia e insuficiencia funcional por la disminución del peristaltismo.

Envejecimiento del Sistema Genitourinario: El aumento de la edad produce una pérdida de masa renal, y el peso del riñón disminuye desde el valor normal de 250-270 a 180-200. La pérdida de la masa renal es principalmente cortical, el número de glomérulos disminuye. En el túbulo renal existen una serie de

modificaciones microscópicas leves, aparecen divertículos en la nefrona distal, éstos pueden evolucionar en forma de quistes de retención simples. Existen alteraciones esclerosas de las paredes de los vasos renales grandes, estas son más intensas en la hipertensión. Los vasos pequeños no aparecen afectados. El flujo sanguíneo renal disminuye, pasando de los 1.200 ml/minuto a 800 ml/minuto, se debe a modificaciones anatómicas fijas más que un vasoespasmo. También hay una pérdida de volumen y de la capacidad de concentrar la orina el riñón. Se produce un debilitamiento del esfínter de la uretra, la vejiga pierde tono y se pierde la capacidad de la micción completa, quedando orina residual.

Los órganos genitales aparecen cambios como la pérdida de vello pubico, atrofia, pérdida de secreción, facilitándose las infecciones. En la mujer disminuyen de tamaño y los senos se vuelven flácidos a consecuencia de la atrofia de los tejidos y la falta hormonal de secreción. En el hombre hay un descenso de tamaño y peso de los testículos, pérdida de vello pubico y un aumento del tamaño de la próstata.

Envejecimiento del Sistema Endocrino: La secreción hormonal disminuye con la edad por dos motivos: el descenso de la producción hormonal y la falta de respuesta de los órganos a las hormonas, hay una disminución a la tolerancia de glucosa; en la mujer hay una pérdida de estrógenos y progesterona.

Envejecimiento del Sistema Inmunitario: Las enfermedades infecciosas en individuos de edad avanzada tienen mayor gravedad, debido a que el sistema inmunitario es menos sensible y más susceptible a la infección.

La involución del timo contribuye de dos formas distintas a la inmunidad: proporciona el ambiente adecuado para que evolucionen los precursores de los linfocitos y produce una serie de hormonas que inducen a una mayor proliferación. La cantidad de linfocitos T y B en sangre se modifica. Existe una notable pérdida de la capacidad funcional de la inmunidad celular, que se pone de manifiesto por un descenso de reacciones de hipersensibilidad. También existe depresión de la inmunidad celular y suelen deberse a defectos de los linfocitos T asociados con la edad. También el reflejo tusígeno está disminuido por lo que se predispone a la infección respiratoria. Existe una disminución de la producción de los anticuerpos.

Envejecimiento del Sistema nervioso y de los Órganos de los Sentidos: Las células del sistema nervioso no se pueden reproducir, y con la edad disminuyen su número. El grado de pérdida varía en las distintas partes del cerebro, algunas áreas son resistentes a la pérdida (como el tronco encefálico) Una modificación importante es el depósito del pigmento del envejecimiento lipofuscina en las células nerviosas, y el depósito sustancia amiloide en las células. Existen mecanismos compensadores que se ponen de manifiesto cuando existe una lesión, estos son menores. El cerebro pierde tamaño y peso se pierde tono al perder neuronas y existe un enlentecimiento de los movimientos. A nivel funcional hay una disminución generalizada de la sensibilidad gustativa dolorosa y aparece el temblor senil.

Sobre los órganos de los sentidos el envejecimiento produce una disminución en la vista: la agudeza y la amplitud del campo visual disminuyen con la edad existe una disminución de las células de la conjuntiva que producen mucina lubricante para el movimiento del ojo, esto causa la queratinitis seca. La conjuntiva también puede manifestar metaplasia e hiperplasia, que conduce a la acumulación de líquido en el espacio de unión entre la esclerótica y la cornea.

En la esclerótica se depositan depósitos de sales de calcio y colesterol, esto se denomina arco senil. Con la edad la pupila tiende a hacerse más pequeña reacciona de forma más perezosa a la luz y se dilata más lentamente en la oscuridad y experimentan dificultad cuando pasan de un ambiente luminoso a otro más oscuro. Hay un agrandamiento del cristalino con la consecuente pérdida de acomodación para el enfoque de los objetos cercanos (presbicia). La secreción lacrimal disminuye en cantidad y calidad.

En el oído existe una pérdida de la agudeza auditiva como consecuencia de la degeneración del nervio auditivo. Anatómicamente existe un aumento del tamaño del pabellón de la oreja por crecimiento del cartílago. La membrana timpánica está engrosada. Hay una proliferación de pelos y acumulo de cerumen en el oído.

El gusto y el olfato suele estar disminuido por la disminución de papilas gustativas, atrofia de la lengua, y el nervio olfativo se degenera. El tacto suele estar disminuido, sobre todo la sensibilidad térmica y dolorosa profundas.

Cambios Psíquicos: Envejecimiento de las Capacidades Intelectuales. A partir de los 30 años se inicia un declive de las capacidades intelectuales y se acelera con la vejez. Existe pérdida de la capacidad para resolver problemas. Falta de espontaneidad en los procesos de pensamiento. La capacidad de lenguaje y de expresión suelen estar alteradas. La creatividad y capacidad imaginativa se conservan. Existe alteraciones en la memoria suele padecer de amnesia focalizada en el tiempo.

Carácter y Personalidad: La personalidad no suele alterarse, a menos que se produzcan alteraciones patológicas. La capacidad de adaptación suele estar disminuida por el miedo ante situaciones desconocidas.

Cambios Sociales: Cambio de rol individual.

Los cambios de rol individual se plantean desde tres dimensiones, el anciano como individuo. Los individuos en su última etapa de vida se hacen patente la conciencia de que la muerte está cerca. La actitud frente la muerte cambia con la edad. Uno de los aspectos del desarrollo del individuo es la aceptación de la realidad de la muerte. Esta es vivida por los ancianos como liberación, como el final de una vida de lucha, preocupaciones y problemas, para otros es una alternativa mejor aceptada que el posible deterioro o la enfermedad. Otros ancianos rechazan el hecho de morir y suelen rodearse de temor y angustia.

El anciano como integrante del grupo familiar. Las relaciones del anciano con la familia cambian, porque suelen convivir con sus nietos e hijos. Las etapas de relación con sus hijos y nietos pasan por distintas etapas: La primera etapa cuando el anciano es independiente y ayuda a los hijos y actúa de recadero, la segunda etapa cuando aparecen problemas de salud, las relaciones se invierten, y la familia suele plantearse el ingreso del anciano en una residencia.

El anciano como persona capaz de afrontar las pérdidas. La ancianidad es una etapa caracterizada por las pérdidas (facultades físicas, psíquicas, económicas, rol, afectivas). Las pérdidas afectivas caracterizadas por la muerte de un cónyuge o un amigo van acompañadas por gran tensión emocional y sentimiento de soledad. El sentimiento de soledad es difícil de superar.

Cambio de rol en la comunidad: La sociedad valora sólo al hombre activo: es aquel que es capaz de trabajar y generar riquezas. El anciano suele estar jubilado y es una persona no activa, pero tiene más posibilidades de aportar sus conocimientos y realizar nuevas tareas comunitarias. Su papel gira alrededor de dos grandes actividades: la actividad laboral y las tareas comunitarias, tales como asociaciones, sindicatos, grupos políticos. El hecho de envejecer modifica el rol en que se ha desarrollado, pero no el individual.

Cambio de rol laboral: El gran cambio es la jubilación del individuo, pero el anciano debe de tomar alternativas para evitar al máximo sus consecuencias negativas. La jubilación es una situación de una persona que tiene derecho a una pensión después de haber cesado de su oficio, las consecuencias de la jubilación: La adaptación es difícil porque la vida y sus valores están orientados en torno al trabajo y la actividad. Las relaciones sociales disminuyen al dejar el ambiente laboral los recursos económicos disminuyen el anciano debe de conocer las consecuencias de la jubilación, para prevenir sus efectos negativos, y para mantener la calidad de vida digna para las personas jubiladas, deberá prepararse antes de la jubilación (Gadis, 1987).

5.5.- Insuficiencia renal crónica. bases conceptuales

La Insuficiencia Renal Crónica, es el resultado final de una serie de situaciones patológicas que finalmente ocasionan un daño irreversible sobre las diversas estructuras del riñón y la pérdida progresiva de la función renal hasta ocasionar la muerte del paciente, si es éste no recibe tratamiento de reemplazo renal (diálisis) o trasplante renal.

Es de entender, que existen enfermedades que potencialmente pueden ocasionar daño estructural al riñón en forma irreversible y que deben ser reconocidas. Esta población, podemos llamarla población en riesgo. Sin embargo, no toda la población en riesgo evoluciona hacia la insuficiencia renal crónica, para cada situación existen marcadores que aumentan los riesgos de progresión de la enfermedad hacia el daño renal. Por ejemplo en la diabetes mellitus, algunos de estos marcadores son la evidencia de hiperglicemia no controlada, el hallazgo de microangiopatía retinal o el desarrollo de

microalbuminuria. Determinar los marcadores de riesgo de daño renal en cada persona, es clave para ejercer prevención primaria de la insuficiencia renal.

Cuando la insuficiencia renal finalmente se ha establecido, la velocidad del deterioro de la función renal es variable para cada paciente, aún cuando la causa del daño renal fuere la misma. Por ejemplo, la sobrecarga proteica dietética, aumenta la velocidad del daño funcional renal, así como el uso de nefrotóxicos, independientemente de la etiología del daño renal. Conocer las causas que aumentan la velocidad del deterioro de la función renal y utilizar esta información en cada paciente según su condición cultural y fisiopatológica, es una tarea muy importante que puede retardar significativamente el desarrollo de la fase terminal de la insuficiencia renal y constituye una tarea de prevención secundaria, esta vez encaminada a evitar la muerte renal.

En situaciones extremas y cuando el paciente se encuentra con un deterioro total de la función renal, lo importante es evitar la muerte del enfermo y ejercer el uso eficaz y eficiente de las terapias de reemplazo dialítico o el trasplante renal. En esta situación, los objetivos del tratamiento son:

- Evitar la muerte del paciente,
- Minimizar la comorbilidad dependiente de la situación deficitaria de la función renal o del tratamiento que recibe.
- Optimizar la calidad de vida.
- Promover la rehabilitación social.

Epidemiología de la insuficiencia renal crónica.

La insuficiencia renal es una situación mórbida que afecta la población general con una tasa de incidencia de alrededor de 100 personas por millón de habitantes y una prevalencia que alcanza valores entre 350 a 800 personal por millón de habitantes Principalmente afecta a la población adulta Por lo tanto, la insuficiencia renal afectará en mayor proporción a las poblaciones con un componente de grupos etéreos mayores.

Las causas que originan Insuficiencia Renal Crónica, suelen ser diferentes según áreas geográficas y desarrollo económico de países. En términos muy generales diremos que la insuficiencia renal puede ser causada por enfermedades que afectan primariamente y casi exclusivamente al riñón y por enfermedades sistémicas que terminan comprometiendo la función renal como parte de su evolución natural. En nuestro país, al igual que en otros de la región, la mayor cuantía de pacientes que llegan a una falla renal avanzada, suelen ser por causa de una enfermedad glomerular primaria. En otros países, la diabetes mellitus es la principal causa de insuficiencia renal. El examen de las etiologías más frecuentes que ocasionan el daño renal, permite definir las probabilidades de ejercer mecanismos de prevención primaria.

En los pacientes con enfermedades glomerular primaria, esto es, en quienes se detecta glomerulopatía crónica sin enfermedad sistémica ni daño funcional renal, no hay hasta la actualidad evidencias que permitan sostener que una determinada intervención médica cambie el curso de la enfermedad. En términos generales, el reconocimiento temprano de la enfermedad glomerular (aún sin pérdida de la tasa de filtración glomerular), suele ser una situación favorable para las intervenciones farmacológicas exitosas (esteroides, inhibidores de la enzima convertidora u otros). La presencia de hipertensión arterial y una gran proteinúria suelen ser factores de riesgo para el posterior desarrollo de insuficiencia renal. El examen rutinario de la búsqueda cualitativa de proteinúria (en el examen de orina) en las poblaciones, debe ser considerado el patrón de oro para la detección temprana de enfermedad glomerular primaria.

En los pacientes con enfermedad diabética, una larga historia de la enfermedad con un pobre control de la glicemia, la evidencia de microangiopatía retinal o de hiperfiltración glomerular y la presencia de microalbuminuria suelen ser indicadores que alertan al médico sobre el riesgo futuro de desarrollar insuficiencia renal crónica.

En los pacientes con hipertensión arterial (HTA), el riesgo está dado por una larga historia de hipertensión arterial. Es claro sin embargo que aunque el adecuado control de la Hipertensión arterial previene del riesgo de enfermedad cardiovascular, el daño renal secundario a la HTA (nefroangioesclerosis) parece no haberse afectado en forma particular con el desarrollo de nuevos fármacos antihipertensivos. El hecho parece residir en la necesidad imperiosa de disminuir no sólo la HTA sistémica, sino sobre todo, de disminuir la hipertensión glomerular. En este sentido, algunos ensayos clínicos a largo plazo sugieren que los inhibidores ECA, podrían disminuir el riesgo de progresión hacia la IRC terminal, probablemente más por el efecto de disminuir la proteinúria o el tráfico de macromoléculas en el mesangio y la MBG que por el mismo control de la hipertensión arterial sistémica. En nuestro país una causa frecuente de insuficiencia renal crónica es la originada por una serie de situaciones que producen uropatía obstructiva, encabezadas por la obstrucción de la vía urinaria por adenoma de próstata. Es claro que un programa encaminado a la detección y solución de esta etiología de la insuficiencia renal empieza en la formación de una conciencia en los varones mayores de 50 años de reconocer las manifestaciones tempranas de la obstrucción urinaria por el adenoma y termina en la factibilidad de solucionar temprana y oportunamente esta uropatía obstructiva.

Un grupo importante de nefropatías tubulares e intersticiales representan otras causales de insuficiencia renal crónica. Entre las más relevantes pueden ser citadas las nefropatías producidas por fármacos como por ejemplo el uso crónico y por largos períodos de analgésico, la nefritis intersticial secundaria a gota t la nefropatía por reflujo entre las más importantes. Es de remarcar que estas entidades en su conjunto antiguamente eran denominadas como pielonefritis crónica. El término ha ido cambiando hacia las descripciones más precisas referidas a la entidad que origina el daño renal.

Un último grupo al que haremos referencia es el de la enfermedad renal poliquística del adulto como factor importante de insuficiencia renal. Esta entidad, de componente hereditario, suele dar manifestaciones de insuficiencia renal crónica entre la quinta y

sexta década de la vida y por lo general se presenta clínicamente relacionada a grupos familiares.

Clínica de la insuficiencia renal crónica

La insuficiencia renal crónica podría dividirse claramente en algunas etapas de acuerdo a su relación entre las manifestaciones clínicas, los trastornos metabólicos que ocurren y la función renal remanente.

Etapa I: Se caracteriza por la pérdida silente de la filtración glomerular hasta en un 50% aproximadamente. En esta etapa no hay manifestaciones clínicas específicas de la insuficiencia renal ni manifestaciones bioquímicas significativas detectables en el laboratorio rutinario. Metabólicamente sin embargo, una incapacidad temprana en la capacidad absorbiva del calcio intestinal y una temprana pérdida de la capacidad de excreción tubular de fósforo, manifiestan uno de los problemas más serios de la insuficiencia renal: las anormalidades en el manejo del Ion divalente (calcio, fósforo y magnesio).

Etapa II: En esta etapa, hay una pérdida entre el 50 y el 20% de la filtración glomerular. Probablemente se aprecie un discreto y sostenido incremento de los valores de la urea y la creatinina séricas, una incapacidad de concentrar la orina, una leve anemia normocítica y normocrómica, una leve y sostenida pérdida de peso inexplicable y muy probablemente, una sutil anorexia.

Etapa III: En esta etapa el paciente desarrolla manifestaciones claras de la enfermedad porque su función renal remanente está entre el 5 y el 20% de lo normal. Generalmente hay una notable pérdida de peso, una anemia importante objetiva en una palidez notoria; la anorexia suele estar casi siempre presente; también puede haber una serie de manifestaciones gastrointestinales como estreñimiento severo o a veces diarreas, un sabor metálico en la boca que incrementa la anorexia y la nicturia suele ser la manifestación de la incapacidad para concentrar la orina. Los cambios del carácter y del humor del enfermo, suelen ser también manifestaciones importantes de la enfermedad en el área neurológica. El paciente tiene una abulia permanente o a veces un estado anímico muy irritable.

En el laboratorio la creatinina y la urea sérica suelen estar definitiva y sostenidamente altos, usualmente con una tendencia a ir en aumento en el tiempo. Sin embargo, cuando el paciente ha perdido gran cantidad de peso y la anorexia es muy severa, no debe extrañar el hecho de que los valores de urea y creatinina no se encuentren muy elevados. Se debe recordar que la creatinina es un producto metabólico de la degradación de proteínas musculares y si estas han sido consumidas en forma significativa, el valor sérico de la creatinina se encontrará relativamente bajo. La urea es también el resultado del consumo proteico exógeno entre su componente más importante, si el paciente está en una anorexia importante, la urea no se elevará. Se debe recordar que hay una relación

urea/creatinina séricas de 20/1 en una situación estable. Si la anorexia es lo predominante, esta relación disminuirá. Por el contrario, ante una situación imprevista de una enfermedad intercurrente, esta relación aumentará como por ejemplo ante un sangrado digestivo (a veces oligosintomático) o un estado hipercatabólico, generalmente secundario a un proceso infeccioso. En estas situaciones, es fundamental evaluar la función renal mediante la depuración de la creatinina para definir la real función renal residual.

Desde el punto de vista metabólico, el paciente en esta etapa pierde su capacidad de gobernar su medio interno y es detectable una acidosis metabólica, inicialmente con anion gap normal, dado que una manifestación temprana de la insuficiencia renal es la pérdida de la capacidad de acidificar la orina, pero en una situación avanzada de la enfermedad, la acidosis metabólica es con anion gap alto, por la incapacidad de eliminar la carga de ácidos por el riñón.

El hiperparatiroidismo como respuesta a una hipocalcemia persistente es claro. La hiperfosfatemia suele ser una constante, a no ser que el paciente esté ante una anorexia severa o se encuentre en tratamiento con agentes quelantes del fósforo en el tracto digestivo.

En esta etapa, el paciente tiene una gran labilidad inmunológica y es susceptible a ciertas infecciones, que rápidamente descompensan su medio interno y su función renal y ponen al paciente en una situación crítica de emergencia con manifestaciones de uremia aguda que requiere usualmente soporte dialítico transitorio.

Etapa IV: En esta etapa, también llamada insuficiencia renal crónica terminal (IRCT), el paciente tiene generalmente manifestaciones inequívocas de UREMIA. La función renal es inferior al 5% de lo normal, la urea y la creatinina están marcadamente elevados y el paciente se encuentra con una acidosis metabólica grave con anion gap alto. Otros trastornos del medio interno graves suelen ser hiperkalemia severa, sobrehidratación con hiponatremia e hipocalcemia sintomática (Cieza, 1999).

En esta etapa, el paciente suele tener manifestaciones múltiples de diversos órganos y sistemas. La presión arterial puede estar elevada por efecto de la hipervolemia cuando la diuresis se ha reducido notablemente o el paciente está oligoanúrico, la frecuencia respiratoria puede estar incrementada como respuesta a la acidosis metabólica presente y la frecuencia cardíaca puede estar elevada si no hay hiperkalemia, pero en su presencia, la bradicardia y la extrasistolia pueden ser indicadores de una situación de extrema gravedad.

Como manifestaciones neurológicas, el paciente puede ir desde el coma hasta la apatía extrema o la irritabilidad descontrolada, desde un flapping evidente en el examen clínico o sólo un leve tremor digital. Como manifestaciones digestivas el paciente puede presentarse sólo con anorexia o tener un sangrado digestivo importante. Como manifestaciones cardiorrespiratorias el paciente puede estar ante un edema pulmonar

severo o sólo ante algunas extrasístoles detectables electrocardiográficamente. Como manifestaciones hematológicas el paciente tiene evidencias de sangrados múltiples y severos, pero ocasionalmente sólo la anemia es el único hallazgo de algún trastorno hematológico. En la piel, su sequedad y pérdida de tersura es el hallazgo más frecuente.

En esta fase, el paciente requiere obligatoriamente ser sometido con urgencia a tratamiento dialítico de soporte (hemodiálisis regular tres veces por semana o diálisis peritoneal crónica de 4 o 5 cambios diarios), o trasplante renal si las condiciones del paciente lo permiten.

Alteraciones bioquímicas más relevantes: El examen de oro para valorar la función renal es la depuración de la inulina. Pero dado que este examen requiere una serie de condiciones especiales para su realización, generalmente se usa la depuración de la creatinina endógena. Si bien este examen sobrestima la verdadera filtración glomerular entre 10 y 50%, su facilidad de ejecución permite su uso clínico masivo. Existen otras pruebas que correlacionan mejor la depuración de inulina que la depuración de la creatinina, como las que se realizan con marcadores radioisotópicos que siempre deben considerarse.

La medida de la urea y la creatinina sérica, indica indirectamente el nivel de la filtración glomerular, pero lamentablemente observar cambios sobre valores considerados normales en la población, ocurren cuando por lo menos el 50% de la función renal ya se ha perdido.

La creatinina y la urea son productos de la degradación proteica, la primera proviene del metabolismo proteico muscular y la segunda del aporte exógeno de proteínas, su relación usual es de 1/20 y esta relación se alterará si es que existiera por ejemplo una situación de un notable consumo muscular (la creatinina puede aparecer muy disminuida en relación a la depuración de creatinina medida) o si acaso el paciente se encontrara con un bajo aporte exógeno nutricional de proteínas (la urea no se encontrará tan elevada como se esperaría para el nivel de creatinina medido). Por ejemplo, si un paciente ha perdido el 50% de función renal, la creatinina sérica se esperaría estuviera en 2 mg/dl y la urea en 40 mg/dl. Obsérvese que la urea y la creatinina se relacionan como 20 a 1. Pero si el paciente deja de comer y la función renal permanece constante, entonces la urea estará en un valor inferior a 40 mg/dl y la relación será inferior a 20 a 1. Si el paciente es sometido a una carga proteica, la relación se tornará mayor de 20 a 1, situación que podría ocurrir cuando hay excesos dietéticos en el paciente o cuando hay un sangrado digestivo, pero también ocurrirá cuando exista un estado de hipercatabolismo endógeno, como por ejemplo en situaciones de infecciones severas o septicemia. Si acaso el problema fuera relacionado a un paciente también con 50% de pérdida de la función renal, pero con una situación de desnutrición severa y con un aporte proteico balanceado, la creatinina se encontrará en un valor inferior a los 2 mg/dl y la urea en 40 mg/dl. En esta situación, la creatinina es la que se encuentra en un inesperado valor inferior a lo previsto según la depuración de la creatinina.

Otras anomalías bioquímicas importantes halladas en la insuficiencia renal crónica son las relacionadas al calcio sérico (el que usualmente se encuentra disminuido por la

incapacidad de ser absorbido en el intestino delgado), al fósforo sérico (el que se encuentra elevado por la incapacidad de ser excretado por el riñón enfermo), al aumento de la hormona paratiroidea, al aumento de la fosfatasa alcalina y al hallazgo de una anemia normocítica y normocrómica.

Entre las alteraciones más importantes del equilibrio ácido-base, se suele encontrar una acidosis metabólica con anión gap normal en las fases tempranas de la insuficiencia renal y con anión gap alto en las etapas avanzadas de la insuficiencia renal. La natremia puede estar disminuida por factores dilucionales y el potasio suele encontrarse elevado en la etapa final de la insuficiencia renal. Es importante también subrayar que el magnesio sérico puede encontrarse discretamente elevado.

Objetivos generales para el cuidado del paciente con insuficiencia renal crónica

Dependiendo de la etapa en que se encuentra la función renal, las medidas terapéuticas pueden ser variadas. Sin embargo, existen algunas medidas generales útiles para casi todas las etapas de la enfermedad con excepción de la fase terminal.

El primer objetivo debe consistir en evitar el deterioro progresivo de la función renal. En este sentido, es importante el tratamiento específico de la enfermedad de fondo. Por ejemplo en la mayoría de enfermedades glomerulares primarias, el tratamiento con prednisona, citotóxicos, ciclosporinas u otros fármacos pueden posponer significativamente el ingreso de los pacientes a diálisis o trasplante renal. Igualmente la solución de una uropatía obstructiva puede detener el progreso de la insuficiencia renal y a veces, inclusive hasta volver a valores de filtración glomerular superiores a los inicialmente detectados al enfermo. En la nefropatía diabética el control de la glicemia puede inicialmente retardar la progresión de la enfermedad.

Dentro de este gran objetivo es importante subrayar que el uso correcto de fármacos, evitando aquellos que tienen nefrotoxicidad definida, suele ser de gran importancia. Esto no es equivalente a contraindicar su uso, sino a usarlos sólo si es indispensable su acción farmacológica y en las dosis recomendadas para una función renal deteriorada.

Evitar la hipoperfusión renal es otra pauta que no se debe olvidar. El hecho es de mayor significado si además el paciente será expuesto a fármacos potencialmente nefrotóxicos como aminoglicósidos o sustancias de contraste y es aún de mayor relevancia si el paciente es anciano. Cuadros relativamente moderados de pérdidas como diarreas, náuseas y vómitos u otros, pueden deteriorar rápidamente la función renal y generar una insuficiencia renal aguda sobreagregada al daño crónico ya existente.

El control dietético es muy importante para preservar la función renal remanente. Una dieta restringida de proteínas (0.6 a 0.7 mg/kg peso/día) suele ser saludable. Resulta claro que no es recomendable restricciones proteicas cuando el paciente se halla ante

una situación nutricional comprometida, básicamente en su componente proteico). Algunos nutrientes suelen ser recomendados como tratamientos complementarios como por ejemplo Ácido Fólico, suplementos de Vitamina B y otros, sobre todo en pacientes sometidos a diálisis de mantenimiento.

En el aspecto farmacológico, los inhibidores ECA, han mostrado en algunos ensayos clínicos, capacidad de retardar el progreso de la enfermedad renal hacia la falla terminal. Los mejores ejemplos han podido observarse en diabéticos en estadios tempranos y en glomerulopatías primarias.

Un segundo objetivo del tratamiento es evitar el daño óseo. Para ello es muy importante el control adecuado de la hiperfosfatemia y en este sentido el uso de quelantes del fósforo intestinal deben usarse tempranamente. Cuando se usa carbonato de calcio con esta finalidad, el fármaco debe suministrarse unos quince minutos después de las comidas. Sin embargo, en situaciones (sobre todo de enfermedad renal avanzada) especiales, resulta indispensable el suministro del 1.25 (OH)₂ colecalciferol (rocatrol[®]) al paciente para controlar el hiperparatiroidismo y mejorar la absorción del calcio intestinal. Debería evitarse el uso indiscriminado de antiácidos con contenido de magnesio en estos pacientes.

Un tercer objetivo es mejorar la anemia. Dado que esta se presenta fundamentalmente asociada en forma causal a la falta de eritropoyetina, el uso de ésta, es por lo general el tratamiento de elección. Sin embargo, es pertinente recordar que la anemia puede estar siendo mantenida por pérdidas sanguíneas constantes (metrorragia, epistaxis o sangrado oculto en el tracto digestivo). En tal caso es importante eliminar la causa de pérdidas y reponer hierro antes de usar la eritropoyetina.

Un cuarto objetivo es mantener una presión arterial controlada. La gran mayoría de pacientes con IRC tienen como componente fundamental de la hipertensión arterial, la sobrecarga de volumen. Controlar y regular esta sobrecarga, es tan importante como evitar situaciones de hipotensión arterial que conllevan hipoperfusión renal y caída de la función renal. Es menester recordar por ejemplo que ante la sospecha de lesión vascular renal (generalmente arteriosclerótica), el uso de los inhibidores ECA pueden asociarse a una marcada pérdida de la función renal remanente, efecto de la disminución de la presión en la arteriola eferente. En este punto debe señalarse que la restricción de sal en la dieta sólo está indicada en situaciones de hipervolemia e hipertensión arterial.

Un quinto objetivo es la rehabilitación psicológica y social del paciente. Este punto es tanto o más importante que los anteriores porque suele ser la clave para un buen cumplimiento de los objetivos antes propuestos. Debe recordarse que en este punto, el equipo de soporte de los pacientes con insuficiencia renal crónica contará con un psicoterapeuta y una asistente social. La preparación para el ingreso a programas de diálisis de soporte y trasplante renal pasan necesariamente por una adecuada aceptación del paciente y su familia a su nueva situación de vida. La rehabilitación laboral es parte indispensable de los conceptos que se deben transmitir al paciente y a su familia.

Hemos dejado para la parte final el objetivo más valioso a perseguir y el que prima ante cualquiera de los anteriores, aunque obviamente es complementario. Este objetivo es el de evitar la muerte del paciente.

En términos generales, este evento es más probable en la medida que el paciente avanza en el deterioro de la función renal. Cuando el enfermo se encuentra en la etapa de insuficiencia renal crónica terminal, el tratamiento de elección inmediato es la diálisis en cualquiera de sus modalidades. Sin embargo, esta puede ser necesaria aún antes de que la función renal haya llegado a estar seriamente deteriorada, por ejemplo en casos en que el paciente se encuentra gravemente enfermo (generalmente hipercatabólico) por efecto de una infección generalizada o una actividad inmunológica grave (lupus eritematoso sistémico). Mostramos la supervivencia de pacientes con IRCT sometido a diversas modalidades de tratamiento

La enfermedad renal se caracteriza por una progresión inexorable; pese a la eliminación de la causa original del daño, la velocidad del deterioro depende de la naturaleza de la enfermedad primaria. Esta progresión se piensa que emerge de las respuestas "adaptativas" (compensatorias) del tejido renal remanente. Estas respuestas son contraproducentes y llevan al daño renal irreversible.

La hiperfiltración glomerular (debido al aumento de la presión intraglomerular) y la hipertrofia glomerular son mediadores importantes en el daño renal. La hipertensión glomerular es el resultado de la dilatación de la arteriola aferente y la constricción selectiva de la arteriola eferente (mediada por la angiotensina II). La etiología de la hipertrofia glomerular es desconocida; puede ser secundaria a la hiperfiltración glomerular o a la liberación local de factores de crecimiento por el tejido renal remanente.

Se debe hacer mención de la proteinúria, no únicamente como un marcador de daño glomerular y de hiperfiltración, sino como causa de inflamación intersticial y de cicatrización. Asimismo la hipertensión arterial sistémica, acidemia, ingesta proteica, hiperfosfatemia, hiperlipidemia y los mecanismos inmunológicos contribuyen al daño renal.

Se piensa que el daño renal es producto de un mismo camino, que parece ser la combinación de estas respuestas hemodinámicas "adaptativas" (hiperfiltración, hipertensión e hipertrofia glomerular) y algunas de las consecuencias de la enfermedad renal (proteinuria, HTAS, hiperlipidemia, hiperfosfatemia y acidosis) que agravan el daño renal.

Independientemente de la etiología primaria, la intervención para retrasar la progresión se enfoca a controlar algunas de las respuestas compensatorias "adaptativas" del riñón.

Restricción proteica.

La proteína de la dieta regula la función renal tanto en riñones sanos como enfermos. El efecto de la ingesta de proteínas en la hemodinamia glomerular esta mediada por el tono disminuido de la arteriola Aferente produciendo así un aumento del flujo sanguíneo renal. Como la arteriola Eferente no se dilata al mismo grado, la presión capilar glomerular y el índice de filtración aumentan. La restricción proteica ha mostrado retardo de la progresión del daño glomerular tanto en pacientes con diabetes mellitus como en nefropatía no diabética.

La restricción de proteínas tiene otras ventajas, ya que las proteínas dietéticas son también la fuente principal de fosfato y de la carga ácida que pueden agravar la acidosis metabólica que se ve en la insuficiencia renal, así como el hiperparatiroidismo con la pérdida mineral ósea secundaria. Una de las preocupaciones es la desnutrición sin embargo en los estudios realizados no se ha demostrado que la disminución en la ingesta de proteínas a niveles de 0.8 g/Kg/día) la favorezca.

Al limitar la cantidad de proteínas ingeridas, se deberán vigilar el estado nutricional del paciente, la albúmina y la transferrina séricas para garantizar una evolución estable. El paciente diabético ofrece un problema adicional pues se deberá también restringir la ingesta de potasio, carbohidratos refinados, sal, líquidos y lípidos.

En resumen, en los pacientes con insuficiencia renal temprana se limitará el consumo de proteínas de alto valor biológico a 0.8 g/kg/día. En aquellos con GFR < 55 ml/min y >25 ml/min será de 0.7 a 0.8 g/kg/día y los pacientes con daño renal avanzado a 0.6 g/kg/día.

Control de la hipertensión arterial (HTAS).

Existe evidencia de que el control de la presión arterial retrasa la progresión de la insuficiencia renal, especialmente en aquellos pacientes que cursan con proteinuria. A pesar de que el control de la HTAS con cualquier antihipertensivo retrasa la insuficiencia renal, los resultados muestran que los inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina son más renoprotectores que otros. Algunos calcioantagonistas también han mostrado propiedades renoprotectoras. Sin embargo el control adecuado de la HTAS sin importar con que medicamentos se logra, es mejor que la HTAS descontrolada.

Inhibidores de la ECA.

El efecto renoprotector de los inhibidores de la ECA parece ser independiente de su efecto antihipertensivo. Disminuyen la proteinúria y retrasan la progresión de la enfermedad renal. Inicialmente se comprobó en pacientes con nefropatía diabética, sin embargo resultados muy alentadores han sido obtenidos en nefrópatas no diabéticos. Los efectos benéficos de los ECA pueden estar relacionados con la capacidad de dilatar las arteriolas eferentes, disminuyendo la presión intraglomerular, así como la restauración de la selectividad sobre la permeabilidad en pacientes con proteinuria.^{7,8} Esto explica por qué los ECA

retrasan la progresión de la falla renal en pacientes diabéticos normotensos con microalbuminuria.

A pesar de que no todos los ECA han sido probados en la nefropatía diabética, no hay evidencia fisiológica que indique que un miembro de esta clase de fármacos es superior a otro. Los antagonistas del receptor de angiotensina II probablemente tienen los mismos efectos que los ECA, sin embargo no se han realizado estudios a gran escala en nefropatía diabética. En ocasiones existe el temor de provocar deterioro agudo de la función renal e hiperkalemia con su uso, sin embargo la insuficiencia renal aguda se ha visto en pacientes con enfermedad renovascular bilateral o en aquellos pacientes con disminución efectiva del volumen circulante.

En conclusión, los ECA retrasan la progresión de la insuficiencia renal en una gran variedad de nefropatías y deben ser iniciados en forma temprana y oportuna, los pacientes con proteinúria son aquellos que se pueden beneficiar más.

Calcioantagonistas

A pesar de no estar tan estudiados como los ECA, parecen tener también efectos renoprotectores. El mecanismo renoprotector parece diferir entre las dehidropiridinas (amlodipina, nifedipina, felodipina) de los otros como el verapamil o diltiazem. Estos dos últimos reducen la presión intraglomerular en forma similar a los ECA. Algunos estudios han demostrado su beneficio al disminuir la progresión y la proteinúria en pacientes con enfermedad renal, comparados contra atenolol. Se ha demostrado en un estudio el efecto aditivo en la reducción de la proteinúria con dosis bajas de ECA combinado con verapamil.

Las dehidropiridinas son agentes antihipertensivos bien tolerados pero no disminuyen la proteinúria, sin embargo son tan efectivos como los ECA en retrasar la progresión de la enfermedad renal. Las dehidropiridinas ejercen su efecto renoprotector al disminuir la hipertrofia más que la reducción de la presión intraglomerular.

Los calcioantagonistas deberán ser agregados al ECA si coexiste con hipertensión arterial descontrolada o en aquellos que no toleran los ECA.

Restricción de fosfatos

El papel de la hiperfosfatemia ha sido demostrado en modelos animales, sin embargo la restricción y el retraso en la progresión en humanos es aún oscuro. Habitualmente la dieta baja en proteínas lo es también en el contenido de fósforo. Hasta el momento su restricción es para prevenir el hiperparatiroidismo secundario y su efecto sobre el contenido mineral del hueso.

Control de la hiperlipidemia

De importancia extrema es en aquellos pacientes con proteinúria significativa como en el síndrome nefrótico. La hiperlipidemia ejerce su efecto deletéreo al agravar la lesión renal ya que incrementa la proliferación mesangial y la inflamación local. Estos factores interactúan para aumentar la glomérulo esclerosis. El control de la hiperlipidemia con medicamentos ejerce su efecto preventivo a nivel cardiovascular con posible efecto benéfico simultáneo a nivel renal.

Control de la hiperglucemia.

El estudio DCCT mostró que en pacientes con DMID, el control estricto de la glucemia retrasó la presencia de microalbuminuria.¹⁰ Desgraciadamente la progresión de la enfermedad renal no puede retrasarse una vez que se llega a macroproteinuria (>500 mg/24hrs).

La acumulación de sorbitol y su papel en la progresión de la nefropatía diabética ofrece un campo de investigación aún no estudiado; por ello los inhibidores de la aldolasa reductasa son atractivos.

La presencia de daño renal en pacientes diabéticos es de 3 a 4 veces mas frecuente en fumadores que en no fumadores por lo que es benéfico es dejar este hábito.

Manejo de las complicaciones

La mayoría de las alteraciones electrolíticas se presentan en forma tardía en la insuficiencia renal. La excreción de sodio alterada se manifiesta como hipertensión, incremento en la volemia y edema por lo que el uso de diuréticos es frecuentemente necesario. El monitoreo de los electrolitos séricos es necesario ya que las alteraciones tubulares en la concentración y dilución nos pueden llevar a hipo e hipernatremia.

La hiperkalemia no se hace manifiesta sino hasta avanzada la insuficiencia renal, en pacientes con enfermedad tubulointersticial pueden presentarla en fases no tan avanzadas. La hiperkalemia es frecuente en pacientes con nefropatía diabética asociada a hipoaldosteronismo hiporreninémico, o bien se puede presentar en estos pacientes que sean manejados con beta-bloqueadores, AINES, ECA, diuréticos ahorradores de potasio, trimetopim y sustitutos de sal. El uso de restricción de potasio, diuréticos de asa, terapia alcalina y resinas de intercambio pueden ser útiles para tratar la hiperkalemia.

La excreción neta de ácido disminuye conforme se deteriora la función renal: la disminución del bicarbonato refleja la acidosis metabólica que acompaña a este deterioro.

La disminución en la ingesta de proteínas mejora la acidosis, pero cuando el bicarbonato sérico cae por debajo de 16 a 17 mEq/L se sugiere el uso de bicarbonato de sodio. El uso de álcalis puede mejorar la perdida excesiva de hueso, de músculo y la inflamación tubular al contrarrestar los efectos adversos de la acidosis.

La restricción de fosfato es importante al disminuir el hiperparatiroidismo secundario. En ocasiones es necesario el uso de antiácidos fijadores de fosfatos, debido al riesgo de hipermagnesemia este tipo de antiácidos deben de evitarse, el uso de antiácidos que contienen aluminio pueden conducir a intoxicación por aluminio. El uso de carbonato de calcio o acetato de calcio son los de elección.

La anemia en la IRC es multifactorial, sin embargo la anormalidad primaria es por disminución en la producción de eritropoyetina (EPO), por lo que el uso de la EPO recombinante puede mejorar los síntomas relacionados a anemia. Es importante mantener las reservas de hierro para optimizar la respuesta a la EPO (Berkow y Fletcher, 1994).

La diálisis

Proceso por el cual se eliminan sustancias tóxicas y exceso de agua a través de una membrana semipermeable. Existe dos tipos de diálisis: Hemodiálisis y diálisis peritoneal

Elementos básicos de la hemodiálisis y diálisis peritoneal: Estructura anatomo funcional del peritoneo y características físico-químicas de la solución.

Principios de la diálisis peritoneal:

1. Difusión: intercambio de solutos entre dos soluciones separadas por una membrana semipermeable. Factores que afectan la difusión: gradiente de concentración, peso molecular, resistencia de la membrana (por ejemplo, en situación de peritonitis), presencia de capas de líquido inmovilizado (en pacientes postrados).

2. Ultra filtración: movimiento de masa del agua.

Principios de la ultra filtración: La dextrosa crea un gradiente osmótico. La ultra filtración es mayor al inicio de un cambio (la gradiente es mayor).

La reabsorción de agua a través del peritoneo ocurre si el dializado se mantiene en permanencia luego del equilibrio osmótico.

Factores que afectan la remoción de agua:

Superficie de área., permeabilidad de la membrana peritoneal (períodos infecciosos van a disminuir la permeabilidad del peritoneo evitando la remoción del agua y la difusión).

Presión osmótica y oncótica.

Formulación electrolítica del dializado (Dianeal):

Sodio : 132.00 meq/lt

Potasio : 0.00 meq/lit

Magnesio: 0.50 meq/lit

Calcio : 3.50 meq/lit

Cloro : 96.00 meq/lit

Lactato : 40.00 meq/lit

Soluciones de diálisis peritoneal:

Dextrosa: 1.5% (uf mín.), 2.5%, 4.25% (uf max.), en volúmenes de 2000, 2500 y 5000 cc.

Cálculos de ultrafiltración

Tiempo	1.5 %	2.5 %	4.25 %
4 horas	300-500	500-800	800-1000
6 horas	100-300	300-500	500-800

Acceso peritoneal:

El acceso a la cavidad peritoneal se realiza por medio de una cirugía menor, colocando un catéter en la cavidad abdominal de silicona o poliuretano. Tiene dos cuff de dracon tiene varios orificios en el extremo distal, tiene una línea contrastante bajo rayos X y poseen memoria.

Con el proceso de la diálisis peritoneal la sangre se "limpia" dentro del cuerpo utilizando la membrana peritoneal como filtro.

El peritoneo es una membrana delgada que forma un saco alrededor de órganos como el hígado, estómago e intestinos. El interior de esta membrana forma la "cavidad peritoneal". Cuando se coloca un líquido de diálisis dentro de la cavidad peritoneal, la membrana actúa como un filtro. Los productos de desecho y el líquido extra pasan a través de las pequeñas aberturas del filtro (el peritoneo) al líquido dializante. Los desechos y el líquido extra se retiran del cuerpo y se eliminan.

Por medio de cirugía menor, se coloca un pequeño catéter en la cavidad peritoneal, catéter de tenkof. Sólo unos centímetros de catéter quedan fuera del cuerpo; la mayor parte queda dentro.

En Diálisis Peritoneal se denomina "intercambio" al proceso mediante el cual el líquido que estaba una serie de horas en el espacio peritoneal se drena por gravedad y es reemplazado por nuevo líquido.

El juego completo de tubos y bolsas de plástico se conectan al catéter que el enfermo lleva en el abdomen tan solo cuando debe hacerse los intercambios eliminándose posteriormente. El resto del tiempo el enfermo puede vivir normalmente con su catéter adosado al abdomen.

Técnica para la dialización:

Material:

- Antiséptico
- 2 pinzas especiales para diálisis
- Bolsas dializantes de 1.5 y 4.25
- Tapones especiales
- Jeringas de 10 ml
- Cubreboca
- Gorro quirúrgico
- Bata quirúrgica
- Cepillo quirúrgico
- Toallas desechables de papel
- Jabón de tocador

Procedimiento: Se realiza el aseo de la tarja y de las llaves de agua. Luego se realiza un lavado de manos quirúrgico completo, y se seca las manos con las toallas desechables, una vez realizado este procedimiento se lleva a cabo la asepsia de la mesa de mayo en la que se colocará la bolsa dializante que se le va a poner al paciente, una vez hecho esto se realiza la pesada de la bolsa que se va a utilizar y se anota el peso de la bolsa ya que varían de peso.

Se le pide al paciente que deje descubierto la guía del catéter de tenkof para poder manejarlo libremente.

Una vez ya realizado todo este procedimiento se quita el empaque de la bolsa dializante teniendo cuidado de no tocarla y se coloca en la mesa de mayo en la parte más cercana del paciente.

Una vez ya realizado este procedimiento, se cepillan las pinzas que se van a utilizar, una vez ya lavadas las pinzas se secan y se colocan en la mesa mayo, para proceder a lavarse de nuevo las manos ya lavadas las manos y secas se procede a pinzar las guías de las bolsas dializante y se procede a conectar la guía que va al catéter de tenkof y se abre el conector del catéter para que el líquido dializante pase a la cavidad peritoneal. Y se espera a que el líquido de la bolsa pase a la cavidad para que luego se desconecte y se cierre la guía de catéter de tenkof durante el tiempo indicado por el médico.

Una vez transcurrido el tiempo se abre el catéter para que el líquido dializante salga por gravedad, para luego pesarlo y registrarlo en su hoja de balance.

Este procedimiento se realiza cada vez que se necesite dializar al paciente.

VI. - Modelo de cuidados desde la perspectiva de las necesidades de Virginia Henderson.

El modelo de Henderson como marco conceptual es perfectamente aplicable Econ el Proceso de Enfermería, en todas y cada una de las etapas del proceso.

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

A.- El grado de independencia /dependencia en la satisfacción de cada una de 14 las necesidades.

B.-Las causas de la dificultad en tal satisfacción

C.-La interrelación de unas necesidades con otras

D.-La definición de los problemas y su relación con las causas de dificultades identificadas

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

3.- Finalmente en la etapa de evaluación, el modelo de Henderson ayuda a los criterios que nos indicaran los niveles de independencia mantenidos y/o alcanzados a partir de la puesta en marcha del plan de cuidado (Fernández Ferrin, 1984:9)

6.1 Presentación del caso clínico

Se trata de una paciente femenina adulta mayor de 64 años de edad de complejión delgada y de estatura baja, casada con tres hijos de religión católica se dedica a las labores del hogar.

Hace dos meses presenta sintomatología de infección de vías urinarias recurrentes por lo que recurre con su médica familiar, la cual le da tratamiento oportuno, pero su evolución fue desfavorable, por lo que actualmente presenta insuficiencia renal crónica, tratada en el área de nefrología del servicio de diálisis peritoneal en la ciudad de Mérida Yucatán.

6.2 Valoración de necesidades

Hallazgos del caso clínico

IDENTIFICACIÓN DE DATOS DE INDEPENDENCIA Y FACTORES DE MEDIANO Y ALTO RIESGO

OXIGENACION	NUTRICION E HIDRATACIÓN
DATOS DE INDEPENDENCIA	DATOS DE INDEPENDENCIA
*FE. 26 X´ *FC. 100 X´ *TA. 160/100 *Llenado capilar distal de Ms ls) 2 por segundo	*Peso :bajo peso referente a su talla *Glucosa capilar 110 mg/dl *Come acompañada no consume una adecuada alimentación
DATOS DE DEPENDENCIA Y FACTORES DE MEDIANO Y ALTO RIESGO	DATOS DE DEPENDENCIA Y FACTORES DE MEDIANO Y ALTO RIESGO
*Insuficiencia respiratoria *Dolor torácico y abdominal *Cianosis generalizada	*No lleva una dieta adecuada a su padecimiento (dieta hiposódica) *Consume alimentos condimentados, usa *dentadura postiza *Ingiere líquidos mas de 1300, ml. diarios *Presenta una desnutrición de de primer grado.
ELIMINACION	MOVIMIENTO Y POSTURA

DATOS DE INDEPENDENCIA	DATOS DE INDEPENDENCIA
<ul style="list-style-type: none"> *Presenta una diuresis controlada *No tiene salida involuntaria de orina *No presenta flujo 	<ul style="list-style-type: none"> *Es independiente para realizar actividades de la vida diaria
DATOS DE DEPENDENCIA Y FACTORES DE MEDIANO Y ALTO RIESGO.	DATOS DE DEPENDENCIA Y FACTORES DE ALTO RIESGO
<ul style="list-style-type: none"> *No orina en un día , *Retiene líquidos por lo cual siempre esta edematizada. * Evacua 4 veces por semana 	

DESCANSO Y SUEÑO	VESTIDO Y TERMORREGULACIÓN
DATOS DE DEPENDENCIA	DATOS DE DEPENDENCIA
<ul style="list-style-type: none"> *No tiene problemas familiares *No ha fallecido ningún ser querido últimamente *Duerme 5 horas diarias 	<ul style="list-style-type: none"> *Viste de acuerdo a la temperatura y la estación *Su vivienda es adecuada para mantener la temperatura normal
DATOS DE DEPENDENCIA Y FACTORES DE ALTO RIESGO	DATOS DE DEPENDENCIA Y FACTORES DE ALTO RIESGO
<ul style="list-style-type: none"> *Su vida a cambiado desde que se tiene que dializar *Presencia de ojeras marcadas *Alteración en el descanso *Presencia de cansancio por no 	<ul style="list-style-type: none"> *Experimenta frío y escalofríos , *Frialdad en la piel *Piel seca y sensible

dormir adecuadamente sus 8 horas diarias	
HIGIENE Y PROTECCION DE LA PIEL	EVITAR PELIGROS
DATOS DE INDEPENDENCIA	DATOS DE INDEPENDENCIA
<ul style="list-style-type: none"> *Se lava las manos antes y después de ir al baño *Las uñas de las manos son de tamaño normal *No tiene úlceras por presión , 	<ul style="list-style-type: none"> *La casa que habita es propia *No tiene problemas para subir o bajar escaleras *Su casa no cuenta con tapetes o alambres en el piso *Su vista le permite darse cuenta del peligro *Su oído le permite escuchar el ruido de un automóvil *Su capacidad y comprensión auditiva es buena *Solo ingiere medicamentos recetados por su medico.

DATOS DE DEPENDENCIA Y FACTORES DE MEDIANO RIESGO	DATOS DE DEPENDENCIA Y FACTORES DE MEDIANO Y ALTO RIESGO
<ul style="list-style-type: none"> *Presenta deshidratación de la piel *Falta de higiene por disminución de la autoestima se baña solamente cuando sus hijas la obligan *Se lava los dientes una vez al día *Sus uñas de sus pies están ligeramente largas. *Presencia de prurito *Presencia de cicatrices en la piel. 	<ul style="list-style-type: none"> *Las calles que están alrededor de su casa están muy transitadas. *Nunca se ha aplicado la vacuna contra la influenza *Hace mas de tres años que se realizo el papanicolau por ultima vez *Disminución de funciones de desgaste y envejecimiento. *No conoce el efecto de los medicamentos que toma ,

COMUNICACIÓN	VIVIR SEGÚN SUS CREENCIAS Y VALORES
DATOS DE INDEPENDENCIA	DATOS DE INDEPENDENCIA
<ul style="list-style-type: none"> *Su agudeza visual de ambos ojos es normal de acuerdo a su edad. *Puede leer sin problemas los artículos y textos de los periódicos *Oye lo suficientemente bien para mantener una conversación en grupo o en un ambiente ruidoso *Vive con 3 personas *La mayoría del tiempo esta acompañada 	<ul style="list-style-type: none"> *Pertenece aun grupo de la iglesia *Va a misa todos los domingos cuando puede *Los ingresos económicos de su esposo cubren todas sus necesidades
DATOS DE INDEPENDENCIA Y FACTORES DE MEDIANO Y ALTO RIESGO	DATOS DE INDEPENDENCIA Y FACTORES DE MEDIANO RIESGO
<ul style="list-style-type: none"> *No dispone de trasporte cuando necesita salir de su hogar *Se siente mal cuando tiene que pedir ayuda *Al pedirle que se describa a si misma se devalúa *Se encuentra deprimida y aislada *Tiene dificultad para expresar sus sentimientos 	

JUGAR O PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS	APRENDIZAJE
DATOS DE INDEPENDENCIA	DATOS DE INDEPENDENCIA

<ul style="list-style-type: none"> *Se siente mal cuando tiene que pedir ayuda *Le gusta realizar actividades manuales para su casa. 	<ul style="list-style-type: none"> *Sabe leer y escribir *Su función mental se encuentra intacta.
DATOS DE INDEPENDENCIA Y FACTORES DE MEDIANO RIESGO	DATOS DE INDEPENDENCIA Y FACTORES DE MEDIANO Y ALTO RIESGO
<ul style="list-style-type: none"> *No realiza ningún tipo de ejercicio *Disminución de la capacidad física *Autoestima baja *Aislamiento en el hospital y en su casa *Su estado emocional es muy vulnerable. *Falta de motivación para relacionarse con los demás pacientes del área de diálisis 	<ul style="list-style-type: none"> *Solo estudio la primaria *Falta de motivación para saber en que consiste su problema de salud *Falta de interés para saber las acciones de los medicamentos que toma *Falta de interés para aprender a dializarse sola en su casa

6.3-Diagnostico de Enfermería y plan de atención.

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA

Necesidad de oxigenación

1.-PATRON RESPIRATORIO INEFICAZ RELACIONADO CON EL RITMO CARDIACO, MANIFESTADO POR CIANOCIS, EDEMA Y DIFICULTAD PARA RESPIRAR

Fuente de dificultad:

Falta de fuerza manifestado por los problemas orgánicos

Objetivo: Disminuir la dificultad respiratoria y la angustia por la imposibilidad de respirar adecuadamente.

Plan de cuidados:

Vigilar la frecuencia, ritmo, profundidad y esfuerzo de las respiraciones

Observar si hay fatiga muscular diafragmática

Observar si aumenta la intranquilidad, ansiedad o falta de aire

Observar si hay disnea y suceso que la mejoren y empeoren

Instaurar tratamientos de terapia respiratoria: oxígeno por puntas nasales continuo a 3 litros por minuto

Mantenerla en posición de fowler o semifowler según vaya mejorando el patrón respiratorio

Reposo de grandes y medianos esfuerzos, en cama.

Mantenerla informada sobre la importancia de conservar la tranquilidad.

Utilizar un enfoque sereno que de seguridad.

Explicar todo los procedimientos ,incluyendo las posibles sensaciones que se ha de experimentar durante el proceso.

Proporcionar información objetiva respecto al tratamiento y pronostico.

Observar si hay signos verbales o no verbales de ansiedad.

Canalizar e instalar catéter periférico para mantener vena permeable.

Cuantificar signos vitales cada hora y posteriormente cada cuatro horas.

Monitorización cardíaca continúa.

Ministración de medicamentos según prescripción médica:(diuréticos antihipertensivos)

Tener preparado el equipo del carro rojo, y el quipo de intubación

Evaluación:

Mediante las intervenciones de enfermería se logra el objetivo dirigido a mejorar el patrón respiratorio ineficaz, la frecuencia respiratoria se mantuvo entre 18/23 por minuto, una frecuencia cardíaca de 80 por minuto y una T/A de 130/ 85, también el dolor torácico mejoro refiriendo la paciente en una escala de 10 un ocho por ciento.

Nutrición e hidratación

2.- DESEQUILIBRIO NUTRICIONAL RELACIONADO CON ANOREXIA, PÉRDIDA DEL GUSTO Y DIETA POCO APETITOSA, MANIFESTADA POR BAJO PESO

Fuente de dificultad.

Falta de fuerza, voluntad y conocimiento manifestado con problemas relacionados con su patología

Objetivo

Mantener una ingesta adecuada de alimentos, para que la paciente logre tener un peso adecuado a su talla a través de la motivación personalizada.

Plan de cuidados

Durante su estancia hospitalaria verificar que se le proporcione

Una dieta adecuada a su patología y en su domicilio ingiera una Dieta hiposódica.

capacitar al paciente y a su familia para que sepan que tipo de alimentación debe ingerir teniendo en cuenta su preferencia

Ayudarla a la ingesta de sus alimentos y explicarle la importancia de ellos y de que lleve una dieta hiposódica

Verificar peso diario a la misma hora, con el mismo tipo de ropa

Llevar un estricto control de líquidos como son los: ingresos y egresos

Medir perímetro abdominal y de miembros inferiores

Estimularla con alimentos de su agrado en pequeñas cantidades y frecuentes para favorecer la digestión de los alimentos (esto dependerá de los alimentos permitidos por el nefrólogo)

Llevar un control de los trastornos que aumentan la pérdida de los nutrientes necesarios (Ej. Náuseas, vómito, anorexia).

Ayudar al paciente a identificar el impacto que tiene la enfermedad sobre el concepto de sí misma

ayudar al paciente/ familia a identificar razones para mejorar

Ayudar al paciente a reexaminar las percepciones negativas que tiene de sí mismo

Ayudar al paciente a identificar: -la fuente de motivación, las conductas que sean autodestructivas

Facilitar la expresión de sí mismo con grupos de estado similar

Realizar regularmente la higiene bucal para mejorar el sabor de la boca.

Evaluación

La paciente y los familiares aprendieron a identificar los alimentos permitidos y juntos con el personal de enfermería y la nutrióloga diseñaron su plan dietético también aprendió a disminuir la cantidad de líquidos ingiriendo hasta el momento de la evaluación la cantidad de 800 1000 ml. Aumentó su peso de 3 kilos de lo que pesaba anteriormente, se sigue un control de ello en el hospital como en su casa por un mes se le incorpora al club de alimentación que integran estos tipos de pacientes con gran interés

Eliminación

3.- DETERIORO DE LA ELIMINACIÓN URINARIA RELACIONADO CON EL DAÑO RENAL, MANIFESTADO POR: EDEMA GENERALIZADO, PALIDEZ DE TEGUMENTOS, PRURITO, TEMBLORES TORÁSCICOS Y DE MIEMBROS INFERIORES, OLIGURIA DE 100 ML. EN 12 HORAS

Fuente de dificultad

Falta de fuerza y conocimiento por no tener una eliminación urinaria como antes de su patología y retiene líquidos.

Objetivo

Que logre eliminar el líquido y tóxicos retenido durante el día para evitar el edema generalizado y mejore su respiración.

Plan de cuidados

Educar a que controle la ingesta de más líquidos de los permitidos. (800 ml al día fraccionado en el desayuno, almuerzo y cena)

Explicarle las razones por las que no puede ingerir mayor cantidad de

los líquidos permitido por el nefrólogo.

Administración de diurético: furocémida 40mg cada 8 horas por vía intravenosa.

Realizar la diálisis peritoneal: realizar 12 recambio de 30 minutos en cavidad y posteriormente cada 6 hrs. hasta completar 24 recambios iniciando 1:1 (entrada por salida) con soluciones de 1.5 %. y posteriormente seguir con la misma solución de 1.5% , al iniciar el recambio 13 se le agregara heparina y cloruro de potasio en cantidades siguientes (heparina 1 ml, y kcl 1ml)

Explicar el procedimiento y propósito de la diálisis peritoneal

Valorar la permeabilidad del catéter de tenkof

Llevar un volumen de flujo de entrada/salida y del equilibrio del liquido parcial y a acumulado

Evitar el exceso de tensión mecánica sobre el catéter de diálisis peritoneal

Controlar los signos vitales

Asegurar una manipularon aséptica del catéter peritoneal y de las conexiones

Medir y registrar el perímetro abdominal

Medir y registrar peso diario

Observar si hay signos y síntomas de retención urinaria incluyendo la frecuencia, consistencia, olor volumen y color

Evaluación

Aprendió la paciente a controlar la ingesta de liquido permitido y el porque no debe de tomar mas de lo permitido ya que esto le ocasionaría problemas de retención de líquidos, con la ayuda de los diuréticos se logro que eliminara una cantidad mas de orina en 12 horas siguientes (350 mls. En 6 horas) con los recambios dializantes realizados a partir de su ingreso ella va evolucionando bien logrando eliminar las toxinas que retenía y al realizarle estudios de laboratorio se comprobó que la creatinina y la urea disminuyo la cantidad que tenia antes de la dialización(cifras que tenia cuando ingreso creatinina de 10.19 mg y cuando finalizo la dialización fue de 6.02 kmg y en la urea de 174.1 mg/dl y posteriormente de 128,5 mg/dl) por lo cual manifiesta sentirse mejor al poder respirar adecuadamente

Evitar peligros

4.- RIESGO POTENCIAL DE INFECCION RELACIONADO CON LA INSERCIÓN QUIRURGICA EN REGION PERITONEAL DE SU CATETER DE TENKOF

Fuente de dificultad

Falta de conocimiento de las normas de asepsia básica en el procedimiento dializante.

Objetivos

La paciente conocerá medidas higiene para evitar alguna infección.
Que el personal de enfermería lleve acabo al máximo medidas de seguridad e higiene cuando realice los recambios de diálisis.
Que el familiar capacitado lleve a cabo los cambios dializantes como se le enseñó tanto en el hospital como en su domicilio.

Plan de cuidado.

Ayudar y ofrecer un ambiente confortable al realizarse su diálisis
Mantener limpia y ordenada el área donde se realiza los recambios dializantes.

Comunicar al medico cualquier elevación de temperatura por encima del rango normal (36°C) del paciente para la evaluación y tratamiento.

Realizar la técnica correcta en la dialización de la paciente.

Mantener un ambiente aséptico mientras se realiza la dualización

Garantizar una manipulación aséptica de su línea dializante

Capacitar al paciente y a su hija en la correcta técnica para su dialización en su casa.

Capacitar al paciente:

-A que realice una correcta técnica de asepsia y antisepsia cuando realice el baño diario en el sitio de inserción con agua y jabón

-A identificar los signos y síntomas de infección en el sitio de

Inserción de su catéter (enrojecimiento, dolor, eritema)

Capacitar: al familiar que va a realizar los cambios dializantes a la paciente:

manos -En la importancia de una buena técnica de lavados de
si la Durante antes de dializar al paciente.
egresos de los -Recolectar muestras del líquido dializado para cultivo
cavidad solución es turbia.
-A llevar el control del balance de los ingresos y
-Líquidos dializantes(líquido que ingresa y egresa de la
Peritoneal)

Evaluación

Se realiza la capacitación tanto al paciente como a su familiar, acerca de todo lo referente a su dialización (técnica, tipos de bolsas que va a usar, etc) la paciente comprende y aprende la importancia de la asepsia en el catéter de tenkof y los signos de una infección en el sitio de su línea, la capacitación que se le brindo tuvo una duración de tres semanas en el cual en las visitas que se realizaron a su domicilio se pudo observar que se realiza una buena técnica para la dialización de la paciente por lo cual se dio por terminada su capacitación.

Descanso y sueño

5.-ALTERACIÓN DEL PATRON DEL SUEÑO RELACIONADO CON LA INCOMODIDAD QUE SIENTE AL DORMIR POR LOS ELEMENTOS AZUADOS Y AMBIENTE HOSPITALARIO MANIFESTADO CON 5 HORAS DE SUEÑO FATIGA, DISNEA, OJERAS MARCADAS, CANSANCIO Y BOSTEZO

Fuente de dificultad

Falta de conocimiento por la presencia de signos y síntomas de la insuficiencia renal por la cual se siente incomoda al dormir.

Objetivo

Propiciar que la paciente que tenga un reposo adecuado, cómodo y que su descanso sea lo más tranquilo posible dentro y fuera del hospital.

Plan de cuidados

Proporcionar un ambiente tranquilo durante su hospitalización y en su casa
Mantener la ropa de cama bien colocada y limpia para favorecer una comodidad de la cama.

Sugerir al paciente que adopte una posición cómoda y adecuada para dormir y para poder realizar sus recambios de diálisis sin que esto le afecte en el sueño
Sugerirle y orientarla sobre medidas de relajación, como leer, realizar ejercicios respiratorios.

Ayudar a eliminar las situaciones estresantes antes de dormir

No programar procedimientos habituales por la noche(Rx.,toma de muestras para laboratorio)

Evaluación

La paciente refiere en el momento de su evaluación que esta descansando mas que antes ya que antes de irse a descansar pone en practica los métodos de relajación (respirar profundamente varias veces) lo que le ayuda a conciliar el sueño fisiológico y teniendo la confianza de que siempre esta acompañada y que puede contar con el personal de enfermería por si necesitara alguna cosa en el transcurso de la noche y en su casa con su hija que esta pendiente de ella.

Higiene y protección de la piel

6.- DÉFICIT DE AUTOCUIDADO EN SU ARREGLO PERSONAL RELACIONADO CON CONOCIMIENTOS DEFICIENTES MANIFESTADO POR DEPRESIÓN, APATIA, SOMNOLENCIA,

Fuente de dificultad

Falta de conocimiento y voluntad para mejorar el estado de su salud.

Objetivo

Modificar pautas de conducta, sobre alternativas de higiene e importancia de la higiene personal y el cambio de ropa diaria.

Plan de cuidados

Motivar a la paciente para que realice el baño diario tanto en el Hospital como en su casa

Se le proporcionara los accesorios de limpieza adecuado para el baño diario de regadera. (Jabón, shampoo, toallas limpias ropa para cambiarse)

Realizar cambios de ropa de cama todos los días y cuando sea Necesario

Explicar y enseñar la orientación adecuada sobre el sitio de inserción de su catéter y cuidado de su línea del catéter de tenkof y la asepsia que le debe mantener ella misma durante y después del baño

Capacitar a la paciente y familiares para reducir el riesgo de Infecciones de vías urinarias (higiene correcta de uretra a recto) cuando realice sus necesidades fisiológicas de eliminación.

Fomentar la relación y cooperación con sus familiares en la asistencia del baño y de su arreglo personal

Motivarla a que se mantenga arreglada y presentable a la hora de la visita

Ayudar al paciente a que acepte las necesidades en las que es dependiente de enfermería y de su familia.

Establecer una rutina de actividades de autocuidado

Comprobar que realice correctamente el baño diario

Proporcionar ayuda hasta que el paciente sea capaz de asumir su autocuidado

Disponer de las prendas personales en una zona accesibles para el paciente

Informar al paciente de la vestimenta disponible que pueda usar

Evaluación

Se logra que la paciente realiza el baño diario con la ayuda de su hija en el cual aprovechan para platicar y entablar una relación mas afectiva, se logra motivarla a la paciente a que realice su arreglo personal para recibir visitas de sus familiares manifiesta ya no tener miedo al realizar el baño y la asepsia en el sitio de inserción de su catéter

Protección de la piel

7.-ALTERACIÓN DE LA INTEGRIDAD CUTANEA RELACIONADO CON LA PRESENCIA DE FOSFATO CALCICO O CRISTALES DE URATO EN EL TORRENTE CIRCULATORIO MANIFESTADO POR EXANTEMA Y PRURITO GENERALIZADO.

Fuente de dificultad.

Falta de fuerza relacionado con los signos y síntomas metabólicos

Objetivo

Proporcionar a la paciente información necesaria para la protección de la piel y del sitio de inserción de su catéter de tenkof.

Plan de cuidados

Mantener limpia y seca la piel para contrarrestar el exantema y prurito

Observar si hay enrojecimiento y pérdida de integridad de la piel

Observar si hay excesiva sequedad o humedad en la piel

Observar el color de la piel, temperatura

Mantener a la paciente con ropa adecuada (que no sea áspera, ni ajustada)

Orientarla sobre la limpieza y el corte de las uñas para evitar que al frotarse se produzcan laceraciones en la piel.

Mantener lubricada la piel con cremas hidratantes para evitar la resequedad.

Administración de medicamentos (hidroxicina) cremas antihistamínicas.

Control del prurito en piel:

-Valoración constante del nivel de tolerancia y molestia del prurito

- realizar exploración física para identificar alteraciones de la piel (lesiones alteraciones sistémicas)
- Aplicar frió para aliviar la irritación (en caso que lo requiera)
- enseñar al paciente a utilizar la palma de la mano para frotarse una amplia zona de la piel o pellizcarse la piel suavemente con el pulgar y el dedo índice para aliviar el prurito.
- Lubricación con cremas antihistamínicas.

Evaluación

Se observa una mejoría en la piel ya que evita frotarse para evitar lesiones en su piel la cual se mantiene integra y lubricada con los productos que utiliza (cremas) y con el medicamento que ingiere para evitar el prurito de la piel el cual comenta que le esta ayudando el medicamento que le receto el doctor.

Vestido y termorregulación

8.- RIESGO DE DESEQUILIBRIO DE LA TEMPERATURA CORPORAL RELACIONADO CON LOS PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS Y DISMINUCION DE LA TASA METABOLICA

Fuente de dificultad.

Falta de fuerza y conocimiento por los procedimientos dializantes que hacen que disminuya su temperatura.

Objetivo

Mantener la temperatura corporal en el cual no disminuya de 36 ° C

Plan de cuidados

Se le proporcionara ropa de cama adecuada de acuerdo al clima y al medio externo que la rodea

Cuantificar signos vitales en el transcurso de sus sesiones de diálisis

Proporcionarle calor por medios artificiales si la paciente lo requiera

Recomendarle a sus familiares que cuando haga frío le eviten la pérdida de calor manteniéndola abrigada y evitando ráfagas de vientos fríos

Pedirle que no agarre agua fría cuando haga frío.

Ajustar la temperatura ambiental a las necesidades del paciente

Instaurar medidas de calentamiento externo (aplicación de bolsas de agua caliente)

Evaluación

Se comprueba que la paciente mantenga una temperatura adecuada 36° C, abrigándola durante el sueño fisiológico y durante el día en el cual la paciente siente una comodidad y manifiesta no tener frío durante la noche y poder descansar bien

Comunicación

9.-ALTERACIÓN DE LA AUTOESTIMA RELACIONADO CON LA VERGÜENZA DE SU ENFERMEDAD MANIFESTADO POR AISLAMIENTO SOCIAL

Fuente de dificultad.

Falta de voluntad, relacionada con la imagen corporal que le causa la resequead y el prurito que manifiesta en la piel por su padecimiento, por lo cual le causa vergüenza ante su entorno social.

Objetivo

Explicar a la paciente de que no debe sentir vergüenza por su enfermedad.

- Durante su estancia hospitalaria fomentar una buena relación

de

- Convivencia con el personal, tanto con el personal de salud, familiares y con sus compañeras.

Plan de cuidados:

Realizar una convivencia con la paciente y con sus familiares.

Exhortarla a que se socialice con los demás pacientes.

Invitándola a participar en juegos de mesa con los demás pacientes.

Brindarle un apoyo efectivo y amigable.

Orientar a los familiares de la paciente para que estos influyan sobre ella y la motiven a no aislarse.

Estimular que la paciente realice sus actividades manuales y prestar interés en ellos y en su realización.

Evaluación

Se logra el conocimiento y la confianza de la paciente para no tener temor al ingresar a realizarse sus recambios ya que este tratamiento la ayuda a sentirse mejor, se observa mayor participación en las actividades de juego en el hospital y en su casa se siente motivada a platicar con el personal y con los pacientes las cosas que realiza en su casa y con su familia durante la sesión de su diálisis en el hospital.

10.- RIESGO DE IMPOTENCIA, RELACIONADO CON SU ENFERMEDAD CRONICA MANIFESTADO POR LA REDUCCION DE LA AUTOESTIMA PERSONAL.

Falta de dificultad.

Falta de conocimiento y voluntad acerca de su enfermedad.

Objetivo: disminuir su estado de impotencia y vergüenza.

Plan de cuidados:

Ayudar al paciente a identificar sus fortalezas y debilidades que aumenten el sentimiento de su propia valía.

Proporcionar una atmósfera de aceptación y apoyo para mantener la autoestima de la paciente.

Canalizar al paciente a un psicólogo para que le ayude en el manejo del problema afectivo y su nueva condición de salud.

Informar al paciente de forma clara y concisa todos los procedimientos.

a realizar, así como la importancia que tiene la recuperación de su salud

Fomentar en la paciente la tranquilidad y la confianza adecuada.

Explicar que no hay razón para limitar la vida social.

Fomentar las visitas de la familia y de los demás allegados a ella.

Motivar a la paciente a mantener el interés por las actividades individuales y sociales de su agrado.

Evaluación

Fue de gran ayuda las terapias que le proporciono el psicólogo ya que la paciente se siente mas confiada y colaboradora con los tratamientos que se le brinda ya que aprendió y comprendió que no es la única con esta patología y que al seguir con el tratamiento lograra sentirse mejor y no faltar a sus citas con el nefrólogo ya que es importante para el seguimiento de su patología

6.4 Evaluación

El presente proceso de atención de enfermería se realizó con la finalidad de que la Sra. M.I.C. lograra la independencia en las catorce necesidades básicas lo cual se logro ya que se cumplieron todos los objetivos planeados inicialmente y mejoro (o por lo menos recupero) su calidad de vida.

La familia de la Sra. .MLC colaboro bastante en su recuperación ya que la hija se dio el tiempo para capacitarse para dializar a su mama en su casa.

El caso de la Sra. MLC. Es especial ya que por lo regular en nuestra entidad es muy común este tipo de patología.

La Sra. .MLC manifestó su agradecimiento en la atención y cuidado que se le brindo tanto en el hospital como en su casa.

Fue gratificante tanto para ella como para mi persona, sabiendo que los cuidados prestados hicieron que la paciente viera de otra forma su enfermedad y comprendiera que no esta sola, que cuenta con el personal de enfermería y su familia que la apoya en todo momento.

La relación Enfermero-paciente tiene una importancia profesional trascendente, debido a que las interacciones son significativas desde el momento que ambos estamos comprometidos en un trabajo común que representa una esperanza para la vida, a través de la lucha diaria y el logro se valora en un esfuerzo comunitario el cual se percibe como gratificante por el deber cumplido.

VII-Conclusión y sugerencias

Los tiempos de avances técnicos y científicos, obligan a las diferentes disciplinas redirigir su practica, en enfermería acorde con esta evolución que ha venido realizando cambios y uno de ellos ha sido la realización del proceso de Enfermería basado en un modelo, el cual le permite la delimitación propia en un hacer, por lo que es conveniente que todo profesional profundice en los conocimientos teóricos y metodológicos que sustenten su practica y le permitan reconocer al ser humano en una dimensión holística que se traduzca en un cuidado integral.

El trabajo que actualmente desarrolla enfermería en Yucatán desde mi punto de vista se encuentra carente de una visión holística que permita mantener estándares de calidad óptimos y asegurar la provisión de cuidados de enfermería por la alta carga de trabajo en las áreas del hospital.

Después de haber incursionado en el conocimiento de las premisas y conceptos contenidos en la teoría de Virginia Henderson y de haber utilizado en forma practica en la atención de un adulto mayor, puedo deducir que el efecto fue benéfico tanto para el paciente como para mi concepción profesional y el logro de mis objetivos como estudiante de la licenciatura de enfermería.

De igual forma puedo constatar que existe una diferencia muy grande en la forma en que se concibe y desarrolla el proceso ya que anteriormente se caracterizaba por tener un enfoque medico y poco se valoraba los avances del paciente en función de los cuidados. Por su parte el proceso que realice me permitió realizar una valoración de enfermería y no medica, en las necesidades identificadas en un adulto mayor, en el establecimiento de diagnostico de enfermería, en la plantación y la realización de los cuidados, en la valoración periódica de los avances de un adulto mayor en función de sus cuidados, en la practica no subordinada al tratamiento medico sino independiente y especifica de enfermería.

Dar mayor difusión al proceso de enfermería para que el personal tome conciencia de su profesión y que no asume roles de otras profesiones.

Dedicarle mas tiempo teórico practico al proceso de enfermería en la formación profesional ya que es importante su desarrollo no solo de una teoría sino de las existentes y así valorar la más adecuada para cubrir las necesidades de salud de diferentes tipos de población.

BIBLIOGRAFÍA

Barroso, Martín, C. (1978) Enfermería: presente y futuro. Madrid: Colegio oficial de A.T.S. p. 12-16

Berkow Roberth y Fletcher Andrew J. (1994), El Manual Merck.- 9a.ed. Española, océano/centrum, . p. 1846 – 1855.

Burckhardt, J. (1998) “Del paganismo al Cristianismo: La época de Constantino el Grande”. México: Fondo de Cultura Económica, p.233-238

Comelles, J.M. (1992) “Cuidar y Curar:. Bases para una historia antropológica de la enfermería hospitalaria”. En: Revista Rol de Enfermería España: No. 172- Año Xv, p. 35-41.

Dodd, E. R. (1995). Paganos y cristianos en una época de angustia. Madrid. Cristiandad, p 58-63

Martín, J. de Miguel A. (1982) Sociología de las profesiones. C.I.S., Madrid:

Donahue, P. (1989) Historia de la Enfermería. Doyma, Barcelona. p 345

Donahue, M. Patricia. (1988) La condición del arte en historia de la enfermería. Tr. María Picazo y Carmen Hernández. Barcelona: Doyma, p 473.

Domínguez-Alarcón, (1986) C. Los cuidados y la profesión enfermera en España Madrid: Pirámide, p. 234-238.

Elliot, P. (1985) Sociología de las profesiones. Madrid: Tecnos,

Fernández, Ferrin Carmen. (1982) El proceso de atención de Enfermería: Estudio de casos. Madrid: Ciencias científicas y técnicas P. 3-12

Gadis Medellín(1997) Crecimiento y desarrollo en el Adulto mayor. 2ª., Interamericana, México p 847-875.

Gracia Guillén, D. (1992) Desarrollo, aportación e imbricación de la enfermería en el avance tecnológico. Iª Jornada Nacional de Investigación en Historia de la Enfermería: "La enfermería en el siglo XX. De oficio a profesión, los momentos del cambio. Seminario Permanente en investigación e Historia de la Enfermería, E.U. E. F. y P. y Departamento de Enfermería de la U.C. de Madrid.

García Martínez, A. C. (1997) “Análisis del Directorio de Enfermeros”: de Simón López. Síntesis, Madrid.

Gil, L. (1969) Terapeia. La medicina popular en el mundo clásico. Guadarrama, Madrid .

González-Anleo, J. (1994) "Las profesiones en la sociedad corporativa". En: Ética de las profesiones, Fernández J.L. y Hortal A. Madrid: Universidad, p 284-289

González González, A. (1989) Diseño y cálculo de test estadísticos para ensayos clínicos y de laboratorio. E.U. de Enfermería. U. Complutense, Madrid. Universidad Complutense, p 123-128.

Henderson, V.A. (1994) La Naturaleza de la Enfermería. Reflexiones 25 años después. Madrid: Interamericana-McGraw-Hill,. p. 178-182.

Hernández Martín, F. (1996) Historia de la Enfermería en España. Desde la Antigüedad hasta nuestros días: Madrid: Síntesis,

Hernández Martín, F. y Pinar García, M. E. (1998) Orígenes Modernos de la Enfermería en España: La Primera Escuela de Enfermería en España. España: Jano XLV11XLVII.Jano P 55-57.

Hernández Martín, F. y Pinar García, M. E. (1997) Primera Escuela de Enfermería. "Santa Isabel de Hungría" Revista de Enfermería Rol. 224, 42-43 Madrid. <http://www.terra.es.personal/dueñas.htm>.

Laín, Entralgo, P. (1976) Historia Universal de la Medicina, Tomo I p. 34-38 Barcelona: Salvat, p. 34 – 38.

Langarica, Salazar Raquel. (1984) Gerontología y Geriatria. 1ª edición, México: Interamericana. p 24-29.

Lozano, Cardoso Arturo.(2000) Introducción a la geriatría. 2ª ed. México: Mendez, p. 245 – 250.

Marriner-Tomey, A. (1994) Modelos y teorías de enfermería, 3ª. ed. Madrid: Mosby-Doyma, – p. 67 – 75.

Nightingale, F. (1990) Notas sobre enfermería: qué es y qué no es". Barcelona: Salvat, . p. 99 – 105.

Organización Colegial de Enfermería (1989) Código Deontológico de la Enfermería española, Madrid.

Parsons, T.(1976) "Estructura social y proceso dinámico: El caso de la práctica médica moderna. En El sistema social", 2ª ed. Revista de occidente, Madrid.

Phaneuf, M. (1994) Cuidados de Enfermería. El proceso de atención de enfermería. Interamericana-McGraw-Hill, Madrid P48-56.

Romana, H. (1889) Libri de officiiis de Orden praedicatorum. Roma.

Rodrigo, Luis. M.T. (1993) Diagnóstico de Enfermería: un instrumento para la práctica asistencial. Doyma, Barcelona P 72-79.

Salgado Alberto y Guillen Francisco. (1992), Manual de Geriatria , Salvat México. P29-35

Siles González, J. (1996) “El Movimiento Reformista durante el Siglo XIX. Su influencia en la Enfermería Española”. En: Historia de la Enfermería en España. Síntesis, Madrid. P256-289

Siles González, J. (1996) “El proceso de Institucionalización de la enfermería española” (1900-1936)” En: Historia de la Enfermería en España. Síntesis, Madrid.

Smith, J.P. (1996) Virginia Henderson. Mis primeros noventa años. Masson, Barcelona P 45-48

ANEXO 1

INSTRUMENTO DE VALORACIÓN DE NECESIDADES

Ficha de identificación

Nombre: _____ registro _____ peso _____ talla _____
Sexo _____ procedencia _____ ocupación _____
Fecha de admisión _____ hora _____ clasificación _____ estado
civil _____
Motivo de ingreso o reingreso _____
Fuente de información _____

1.-NECESIDAD DE OXIGENACION

Subjetivo
Respiración

Disnea: _____ reposo _____ pequeños esfuerzo _____ Medianos
esfuerzos _____
Ortopnea _____ Polipnea _____ Bradipnea _____

Sin alteración _____
Tos si _____ No _____ Productiva _____ seca _____
constante _____
Esporádica _____ secreciones
color _____ olor _____ cantidad _____
Consistencia _____

Amplitud respiratoria profunda _____ superficial _____
Ruidos respiratorios: estertores _____ sibilancias _____
crépitos _____
Dolor de respiración: si _____ asociado a _____ No _____
Permeabilidad de vías aéreas adecuada _____ inadecuada

Objetivo

Alteración en la anatomía del sistema respiratorio _____ ninguna

Cianosis: Si _____ inguinal _____ peribucal _____ piel
marmórea _____
Generalizada _____

Presencia de isquemia _____ necrosis _____ localización _____

Saturación _____ de oxígeno _____ oxígeno _____ en
sangre _____ hemoglobina _____

2.-NECESIDAD DE HIDRATACIÓN Y NUTRICIÓN

Subjetivo

Consume grupo de alimentos 4 _____ 3 _____ 2 _____ 1 _____ comidas al día

Ingesta de líquidos en 24 hrs. _____ ml

Intolerancia alimentaria No _____ Si _____ Especifique _____

Aspecto de dientes Edentulia parcial _____ Edentulia total _____ Prótesis _____
Caries _____

Aspecto de Encías: Gingivitis _____ Heridas _____ Coloración rosada _____

Problemas de masticación Si _____ Especifique _____ No _____

Problemas de la deglución Si _____ Especifique _____ No _____

Apetito bueno _____ Regular _____ Deficiente _____

Presencias de nauseas Si _____ No _____ Vomito _____

Objetivo:

Peso:

Turgencias de la piel: Textura _____

Mucosas: Hidratadas _____ Regularmente Hidratadas _____ Secas _____

Parámetros de somatometría: Presión arterial _____

Frecuencia cardiaca _____ temperatura _____ Frecuencia respiratoria _____

3.-NECESIDAD DE ELIMINACIÓN

Sudor: Escaso _____ Normal _____ Olor Normal

Evacuación

Frecuencia ____ Color _____ Olor _____ consistencia _____

Dolor al evacuar SI _____ NO _____

Diuresis

Frecuencia _____ al día Color _____ Olor _____ Disuria _____

Tenesmo _____ Oliguria _____ Anuria _____ Nicturia _____

Menstruación (durante su etapa adulta)

Frecuencia cada _____ días Duración _____ días Dismenorrea si _____
No _____

Sangrado escaso _____ Regular _____ Abundante _____

Presencia de flujo Si _____ No _____ Características: _____

4.-NECESIDADES DE TERMORREGULACION

Subjetivo

Clima de preferencia _____ Templado _____

Adaptabilidad a cambios de temperatura _____

Presencia de procesos infecciosos Si _____ No _____

Intolerancia al frío _____ Calor _____

Objetivo

Temperatura corporal _____

Oral _____ Axilar _____ Rectal _____

5.-NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER BUENA POSTURA

Subjetivo

Realiza ejercicio diario _____ Cada tercer día _____ Ocasional _____

Nunca _____

Al trabajar realiza esfuerzos físicos Grande _____

Regular _____ Escaso _____

Movimiento Dolor _____ No dolor _____

Objetivo

Medios para desplazarse: Asistida _____ Muletas _____ Andadera _____
Silla de ruedas _____

Tono muscular Rigidez _____ Flacidez _____ Fuerte _____ Debilidad _____

Postura: Erguida _____ Encorvada _____

Movimientos anormales: Temblores _____ Convulsiones _____
Parálisis _____

Vértigo _____ Cefalea _____ Sincope _____ Entumecimiento _____ Fatiga _____

Marcha firme _____ Claudicante _____ Zigzagueantes _____ Lenta _____

Alteraciones físicas: Amputaciones _____ Deformidades _____
Fracturas _____

Alteración patológica limitante _____

Movimiento: Coordinados _____ Incordados _____ Voluntarios _____
Involuntarios _____

Estado de conciencia: Alerta _____ Estupor _____ Sopor _____ Coma _____

Presión arterial sistémica Hipotensión _____ Hipertensión _____
Tensión normal _____

6.-NECESIDAD DE DESCANSO Y SUEÑO

Subjetivo

Sueño: _____ Nocturno _____ Num. De horas _____ Siesta Si _____ No _____
Superficial _____ Profundo _____

Tiempo de descanso en 24 horas _____.

Objetivo

Para conciliar el sueño utiliza :Fármacos _____ Almohada _____ Bebidas
alcohólicas _____ Lectura _____ Música _____ Leche _____

caliente _____ Baño _____ Otros _____

Presencia de insomnio: Si _____ No _____ Asociado a _____
Procesos patológicos que alteran el sueño _____

7.-NECESIDADES DE USAR PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS

Subjetivo

Esta conforme con su forma de vestir : Si _____ No _____

Objetivo

Talla: _____ Peso: _____.

Su vestido es : Limpio _____ Sucio _____ Desgastado _____

Se viste de acuerdo a : Clima _____ Creencias _____ Cultura _____ Rol social _____
Estado de animo _____

Tiene capacidad física para vestirse y desvestirse Si _____ No _____ Requiere ayuda _____

8.-NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCION DE PIEL

Frecuencia del baño: Diario _____ Cada tercer día _____ Semanal _____
Esporádico _____

Tipo de baño: Vespertino _____ Nocturno _____

Frecuencia de lavados de manos: 4 al día Cepillado de dientes 1 al día

Corte de uñas: Manos _____ Pies _____

Objetivo

Presencia de parásitos corporal Si _____ No _____

Ulceras Si _____ No _____ Localización _____

Lesiones o enfermedad de la piel: Si _____ No _____

Métodos invasivos : Si _____ No _____ Especifique: _____

Presencia de heridas y condiciones de la misma _____

Piel :pálida _____ ictericia _____ Enrojecida _____ olor corporal _____

9.-NECESIDADES DE EVITAR PELIGROS

Subjetivo.

Existen condiciones de vivienda/ comunidad que ponen en riesgo su seguridad:
Si_____ No_____ Especifique_____

Convive con animales Si_____ No_____ Especifique_____

Medidas de protección Accidentes: Las conoce Si_____ La aplica_____
Medidas de protección Civil: Las conoce Si_____ Las aplica_____

Visitas periódicas al médico : Si_____ No_____
Ingiere fármacos de acuerdo a la indicación médica: Si_____ No_____
Se automedica _____

Seguridad Psicológica: Familia integrada _____
Desintegrada _____
Sin familia _____ Amistades _____

Seguridad social: cuenta con Empleo _____ Servicio médico _____

Seguridad sexual: uso de métodos anticonceptivos _____

Rol social _____ Rol familiar _____

Objetivo

Hábitos sociales que conciernen peligros _____
Drogadicción _____ Alcoholismo _____ Tabaquismo _____
Vandalismo _____ otros _____

10.-NECESIDAD DE COMUNICARSE

Objetivo

Integridad de los sentidos: Visión _____ Audición _____
Tacto _____
Gusto _____ Olfato _____

Tipos de comunicación: Verbal_____ No verbal_____ No se comunica_____

Idioma/ Dialecto que utiliza _____

Factores Psicológicos que modifican, alteran o evitan la comunicación

Interacciones Sociales: Introversión _____ extroversión _____

Interacciones sexuales: Homosexual_____Bisexual_____heterosexual_____

Relaciones sexuales: 1 pareja_____ 2 parejas_____mas de 2 parejas_____

No relación sexual_____

Comunicación Intrafamiliar: Buena_____ Mala_____ regular_____ frecuente_____ aislada_____

11.-NECESIDADES DE VIVIR SEGÚN SU CREENCIA

Subjetivo.

Religión_____ le genera conflictos Si_____ No_____

Su religión afecta su terapéutica Si_____ No_____

Especifique_____

Existe convivencia entre su forma de pensar y su forma de vivir Si_____

No_____

Principales Valores Familiares y Personales_____ -

Objetivo

Utiliza algún objeto que indique valor o creencia Si_____ No_____

Cúal?_____

Hábitos Religiosos_____

Permite contacto físico_____

12.-NECESIDADES DE TRABAJAR Y REALIZARSE

Se encuentra satisfecha en su trabajo Si_____ No_____

La remuneración por su trabajo le permite cubrir las necesidades:

Personales_____ Familiares_____ Ninguna_____

Se ocupa de su superación Personal_____ Profesional_____

Cuenta con los medios para lograrlo Si _____
No _____
Existen _____ sentimientos de:
Inferioridad _____ Inutilidad _____
Rechazo _____ Ira _____ Frustración _____

13.-NECESIDADES DE JUGAR Y PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS

Subjetivo

Actividades recreativas: Parque Si _____ En grupo _____
individualidad _____
Tiempo que le dedica: _____
Convivencia en: Familia _____ individualidad _____
Cuenta con áreas para la recreación: Si _____ No _____
Especifique _____

Objetivo

Intensidad del sistema neuro-muscular _____ Intensivo _____
Estado de ánimo: Apático _____ Aburrido _____
Entusiasta _____
Existen patologías que limiten su actividad recreativa: _____

14.-NECESIDADES DE APRENDIZAJE

Subjetivo

Cual es su percepción de la necesidad de aprender:

Receptivos: Si _____ No _____
Necesita de aprendizaje para su salud : Si _____ No _____
Capacidad cognitivo perceptivo:

Objetivos

Limites para el aprendizaje a nivel:

Intelectual _____ Emocional _____ Sensorial _____

Especifique _____

Escolaridad _____ Problemas _____ de

aprendizaje _____

fuerza de apoyo _____ interés por aprender Si _____ No _____

Órganos de los sentidos

Firma de la enfermera _____

Fecha: _____