



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y
OBSTETRICIA

PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

“APLICADO A UN ADULTO CON ALTERACIÓN DE LA MOVILIDAD
BASADO EN LAS CATORCE NECESIDADES DE VIRGINIA
HENDERSON”

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADO EN ENFERMERÍA
Y OBSTETRICIA

PRESENTA

VÍCTOR HUGO ESCAMILLA CHÁVEZ
No. DE CUENTA: 098209695

DIRECTORA DEL TRABAJO
LEO. PATRICIA GONZÁLEZ RAMÍREZ

MÉXICO, AGOSTO DE 2006





Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

AGRADECIMIENTOS

*A mis amorosos padres,
Guadalupe y Elvia
por brindarme su apoyo
y haberme dado la vida*

*A mi adorable novia
Jannet
la mayor ilusión de mi vida
y compañera incondicional*

*A mis maravillosos amigos y familiares,
por estar a mi lado siempre
y por haberme dado su apoyo durante
toda mi formación académica dentro de la enfermería;*

*Y por último pero no menos importante,
a mi hermano **César**,
que ha estado a mi lado día a día.*

ÍNDICE

CONTENIDO	PÁGINA
Introducción.....	3
Justificación.....	5
Objetivo general.....	6
Objetivos específicos.....	7
I. Marco Teórico	
1.1 Enfermería.....	8
1.2 Desarrollo profesional de la Enfermería.....	11
1.3 Perspectiva histórica del Proceso de Enfermería	20
1.4 Proceso Atención de Enfermería.....	22
1.5 Filosofía de Virginia Henderson.....	36
II. Esguinces	
2.1 Anatomía del pie y tobillo.....	42
2.2 Esguinces de tobillo.....	46
2.3 Tratamiento.....	48
2.4 Complicaciones.....	49
III. Metodología.....	50
IV. Aplicación del Proceso Atención de Enfermería	
4.1 Presentación del caso clínico.....	51
4.2 Valoración de Enfermería.....	52
4.3 Valoración de las catorce necesidades básicas de Virginia Henderson.....	55
4.4 Necesidades alteradas.....	58
4.5 Organización jerarquizada de los datos según la filosofía de Henderson....	59
4.6 Diagnósticos de Enfermería y plan de cuidados.....	61
V. Conclusiones.....	70
VI. Anexos.....	71
VII. Glosario.....	75
VIII. Bibliografía.....	77

INTRODUCCIÓN

La enfermería es la disciplina que tiene como misión proporcionar los cuidados necesarios a los individuos, grupos o comunidades que en integración con su entorno viven experiencias de salud; manteniendo la dignidad de estos y respetando sus diferencias.

La práctica enfermera es mucho más que el cumplimiento de múltiples tareas; requiere de agudeza intelectual, basada en la aplicación de conocimientos científicos así como el ejercicio de un juicio clínico, que lleva a la realización de intervenciones sustentadas en acciones pensadas y reflexionadas que responden a las necesidades particulares de las personas que están a nuestro cuidado.

Como disciplina requiere de un método propio que le sirva de guía y de referencia para la adecuada aplicación de los cuidados de enfermería. El proceso de Atención de Enfermería (PAE) es la metodología de la ciencia enfermera. La aplicación de un modelo conceptual de enfermería contribuye para lograr la autonomía profesional y fortalecer la identidad disciplinaria, por que orienta las funciones asistenciales, docentes y de investigación. Paulatinamente la enfermera esta aprendiendo a aplicar los marcos teóricos de referencia a los procesos de atención de enfermería; estos procedimientos teóricos representan la base de la aplicación de los procesos científicos. Teorías, marcos de referencia y modelos conceptuales son dirigidos a los modelos de atención de enfermería y guían la selección de estrategias de implementación.

El Proceso de Atención de Enfermería (PAE) es el único método sistemático con el que cuenta la enfermera para poder proporcionar atención al cliente viéndolo desde el punto de vista holístico para poder conservar, presentar y preservar la salud del individuo, familia y comunidad; es un respaldo para la primera etapa que es la **VALORACIÓN**, la cual aporta datos para formular una historia clínica.

La segunda etapa que es el **DIAGNÓSTICO**, es donde se estructura el diagnóstico de enfermería basado en la taxonomía de la NANDA. En su tercera etapa que es la **PLANIFICACIÓN**, nos permite jerarquizar las necesidades detectadas en el paciente, así como también la cuarta etapa que es la **EJECUCIÓN**, ya que son propiamente las acciones de enfermería encaminadas a satisfacer las necesidades del individuo de acuerdo con el método de Virginia Henderson con su debida razón científica. El PAE concluye con su quinta etapa, que es la **EVALUACIÓN**, la cual determina los resultados positivos o negativos.

Dadas las características del PAE, es un método útil para la aplicación de la filosofía de Virginia Henderson como base teórica, permitiendo la conjugación abstracta de la teoría con el desarrollo práctico y la ejecución del cuidado dirigido a un paciente con problemas de salud reales y potenciales.

Con base a lo anterior se ha elaborado este PAE que se aplica a una persona adulta de 38 años quién asistía al servicio de Rehabilitación de Medicina del Deporte en Ciudad Universitaria, identificando sus necesidades y planeando los cuidados y evaluación en cada una de las etapas, analizando sus objetivos y señalando en cada uno de ellos las funciones propias de la enfermera para no asumir roles que le competen a otras profesiones, se elaboran los diagnósticos de Enfermería y se jerarquizan por orden de importancia.

Existen varios modelos de enfermería, no obstante se eligió el de Virginia Henderson como la base teórica, el cual define los postulados y valores que sustenten el rol de la enfermera a través de una conducta cuidadosa que permita identificar problemas y planear las intervenciones de enfermería en forma individualizada.

Tomando como referencia lo antes señalado, el presente documento consta de ocho capítulos y que me permito describir brevemente a manera de fortalecer el interés para su lectura y análisis:

El 1^{er} capítulo describe el marco teórico de la profesional de enfermería con sus principios fundamentales y ofrece una síntesis ejecutiva del Proceso Atención de Enfermería tomando como base la filosofía de Virginia Henderson.

En el 2^o capítulo se desarrolla el tema los esguinces del tobillo considerando la anatomía del pie y tobillo así como el tratamiento de este tipo de afección y las posibles complicaciones que limitarían tanto el movimiento como la adecuada postura por parte de la persona afectada.

La metodología del 3^{er} capítulo tiene como enfoque la actividad de la enfermera como responsable de las decisiones y actividades dentro del dominio de la práctica de la enfermera.

En el 4^o capítulo expreso la oportunidad que tuve de poner en práctica el Proceso de Atención de Enfermería, en un caso de un adulto con alteración de la movilidad (esguince).

La importancia que tiene la aplicación del Proceso Atención de Enfermería en mi actividad profesional en la comunidad donde realice mi servicio social es concluyente para mí y lo expreso en el 5^o capítulo.

En el 6^o capítulo dedico un apartado para un listado de ejercicios que pueden ayudar para la pronta recuperación y reintegración a su vida y actividades normales.

Por último, en el 7^o y 8^o capítulos enlisto un glosario de términos inherentes a lo desarrollado en el documento y la bibliografía utilizada.

JUSTIFICACIÓN

El PAE es el instrumento metodológico propio de la disciplina, que nos permite ejecutar acciones intencionadas en un orden específico, con el fin de asegurar que una persona necesitada de cuidados de salud reciba el mejor cuidado de enfermería posible.

A través del proceso se justifica nuestra práctica autónoma y claramente diferenciada pero estrechamente relacionada con el ejercicio de la medicina, es decir, la aplicación del PAE nos da el carácter disciplinario que nos fortalece como profesión. El proceso fomenta el establecimiento y planificación de objetivos mutuos con el equipo interdisciplinario y con el propio paciente, lo que da como resultado un plan de cuidados integral. El uso del proceso permite crear un plan de cuidados enfocado a tratar respuestas humanas individualizadas, frente a una alteración real o potencial de salud.

La aplicación del proceso en la práctica asistencial diaria, permite mejorar la continuidad y aumenta la calidad de los cuidados, ya que es menos probable que se produzcan omisiones o duplicaciones en la atención del paciente. Al seguir un método organizado y sistémico en la administración de los cuidados enfermeros, el personal de enfermería puede realizar sus actividades de manera eficiente y dirigida a objetivos previamente determinados. Esto reduce la frustración que conlleva intentar proporcionar cuidados según un enfoque fortuito y desorganizado. Tanto enfermeras como enfermeros que ponen en práctica el proceso como directriz de sus actividades, tienen la satisfacción de ver resultados tras la ejecución de sus acciones de salud; además de marcar la diferencia en la vida de sus pacientes mejorando la calidad de vida de estos.

El proceso nos permite encausar a todo el personal de enfermería a integrar los conocimientos prácticos con bases científicas en la planeación ideal de la atención de las personas en sus diferentes etapas de vida en la práctica diaria. De esta manera podemos crear nuestro propio plan de atención, para brindar cuidados enfermeros con profesionalismo, ética y empatía que nos caracteriza; con el fin primordial de ofrecer cuidados de calidad y lograr una aproximación a la salud.

Además de todo lo anterior, se decide aplicar este Proceso Atención de Enfermería a una persona adulta con esguince ya que además de los efectos físicos (como alimentación, vestido, ambulación entre otros) que producen los esguinces, éstos también producen efectos tanto psicológicos (distorsión de la imagen corporal, sentimientos de impotencia, temor al rechazo, etc.) como sociales (aislamiento social, posible pérdida del trabajo o cambio de éste). Es por eso que con una adecuada intervención por parte de todo el personal de enfermería, a través del uso del Proceso de Enfermería, se puede ayudar a la persona afectada a reintegrarlo a sus actividades normales.

Por todo lo anterior se presenta un Proceso Atención de Enfermería como opción de titulación, ya que es una forma de fomentar el pensamiento crítico y analítico de aquella persona que se encuentra en su etapa de formación (en este caso yo) y del personal profesional día con día, para de esta forma contribuir a construir bases sólidas del profesionalismo enfermero.

OBJETIVO GENERAL

Profundizar, analizar y poner en práctica los elementos teóricos, metodológicos y tecnológicos del presente Proceso Atención de Enfermería (PAE), congruente con la filosofía que plantea Virginia Henderson para poder identificar necesidades de dependencia en la persona, y a través de los cuidados de enfermería, con un enfoque holístico, maximizar la calidad de atención.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Aplicar el Proceso Atención de Enfermería basado en la filosofía de Virginia Henderson para la resolución de necesidades específicas del adulto con esguince de tobillo; de manera sistemática, organizada, intencionada, específica y sobre todo científica, holística y humanística.
- b) Obtener el título de Licenciado en Enfermería.
- c) Contribuir al cuidado de calidad de enfermería para la salud de la persona.
- d) Conocer el Proceso Atención de Enfermería en forma ideal para poder proporcionar atención de calidad.
- e) Identificar los problemas de salud de la persona para construir los diagnósticos de enfermería.
- f) Definir las intervenciones de enfermería en un plan de atención dirigidas a proporcionar un cuidado holístico.

I. MARCO TEÓRICO

1.1 ENFERMERÍA

DEFINICIÓN:

DE ACUERDO A Virginia Henderson (1966) define a la Enfermería como: ayudar a las personas enfermas o sanas en la realización de actividades que contribuyen a su salud o recuperación (o a una muerte tranquila) y que pueden efectuarlas sin ayuda si tuvieran la fuerza, voluntad o conocimientos necesarios. Además hacerlo de manera que se les ayude a recuperar su independencia con la mayor rapidez posible.

La enfermería es el diagnóstico y tratamiento de las respuestas humanas o los problemas de salud reales o potenciales.

FUNDAMENTO:

Se le denomina fundamento de enfermería a lo que nos va a dar conocimientos y enseñanza básica sobre principios, técnicas y conservación del material y equipo; nos enseña básicamente a dar atención de enfermería a la persona, familia o comunidad.

PRINCIPIO:

En un hecho provocado a grupo de hechos tan relacionados entre sí que formulan una ley o una teoría generalmente admitida, o sea una ley moral aceptada por la mayoría de la sociedad.

TÉCNICA:

Conjunto de procedimientos propios de una arte, ciencia u oficio.

NORMA:

Son las reglas que controlan las acciones y la conducta humana.

PRINCIPIO CIENTÍFICO:

Esta basado en observaciones de un hecho que sigue siendo verdad en cualquier circunstancia que se presente.

PRINCIPIO DE ENFERMERÍA:

Esta basado en experimentos y observaciones de un hecho aprobado o un grupo de hechos tan relacionados entre sí que formulan una ley o una teoría generalmente por la mayoría de la sociedad. El principio sirve para normar la acción, nos determina lo que debe hacerse, sin embargo ayuda a guiar la acción necesaria de acuerdo al resultado que se desea. También sirven para guiar a la enfermera en la atención de la persona y en la aplicación de diferentes terapias.

NATURALEZA DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA

Cuidar

Cuidar es, ante todo, un acto de VIDA, en el sentido de que cuidar representa una infinita variedad de actividades dirigidas a mantener y conservar la VIDA y permitir que ésta se continúe y se reproduzca. Cuidar es un acto individual que uno se da a sí mismo cuando adquiere autonomía,

pero, del mismo modo, es un acto de reciprocidad que se tiende a dar a cualquier persona que, temporal o definitivamente, requiere de ayuda para asumir sus necesidades vitales.

Esto ocurre todavía en algunos acontecimientos de la vida como la maternidad o el nacimiento, que requieren una ayuda concreta; o también cuando una persona o un grupo se encuentra en crisis y obstáculos en su vida, que en algunas ocasiones llegarán hasta la enfermedad y el accidente.

Dentro de una u otra de estas actividades, hay una absoluta necesidad de recurrir a la ayuda para asegurar el mantenimiento de su propia vida, ayuda que según las circunstancias puede proceder de la familia, los vecinos o los allegados, o puede requerir la suplencia de un personal dispuesto a ofrecerla. Esta ayuda no es forzosamente compleja, sino que exige ser dada cuando se alcanza un umbral que obstaculiza la vida cotidiana, para que no sea la situación la que se haga compleja.

Diferenciación de la Naturaleza de los Cuidados

Existen dos tipos de cuidados de naturaleza: To care y To cure. Los cuidados de costumbre y habituales o cuidados de conservación y mantenimiento de la vida: CARE (cuidar de, ocuparse de) representan a todos los cuidados permanentes y cotidianos que tienen como única función mantener la vida, reaprovisionándola de energía, en forma de alimentos o de agua (hidratación, aseo), de calor, de luz, o de naturaleza afectiva o psicosocial, etc. Todos estos aspectos interfieren entre sí. Estos cuidados están basados en todo tipo de hábitos, de costumbres y de creencias. A medida que se constituye la vida de un grupo, nace todo un ritual, toda una cultura que programa y determina lo que se considera bueno o malo para conservar la vida.

Los cuidados representan todo ese conjunto de actividades que aseguran la continuidad de la vida como: beber, comer, evacuar, lavarse, levantarse, moverse, desplazarse, así como todo aquello que contribuye al desarrollo de la vida de nuestro ser.

Los cuidados de curación o tratamiento de la enfermedad: CURE (curar, tratar suprimiendo el mal) garantizan la continuidad de la VIDA encuentran obstáculos y trabas, las principales son: el hambre, la enfermedad, el accidente y la guerra. En determinadas circunstancias es necesario utilizar, además de los cuidados habituales para el mantenimiento de la vida, cuidados de curación, es decir, todo aquello que exige el tratamiento de la enfermedad.

Estos cuidados se van a añadir a los cuidados habituales. De hecho, sólo pueden tener sentido si se mantiene todo aquello que contribuye a la continuidad y desarrollo de la vida, aun si temporalmente, en determinadas circunstancias, sean estos los más indispensables.

Sin el acompañamiento concomitante de los cuidados habituales (alimentarios, de higiene, y las relaciones que implican), asistimos a la estabilización o al agravamiento del proceso de degeneración: la vida se retira cada vez que uno se preocupa de lo que se ha muerto más de lo que esta vivo.

Los cuidados de curación tienen por objeto limitar la enfermedad, luchar contra ella y atajar sus causas. Los cuidados centrados en el hombre en la relación con su entorno se han polarizado, en las sociedades occidentales, cada vez más en las enfermedades, comprometiendo un proceso de análisis que ha aislado las causas orgánicas y las causas físicas y que han dejado a un lado las causas socioeconómicas.

Los cuidados para el mantenimiento de la vida han sido durante miles de años los cuidados más corrientes, los más numerosos, los más importantes. Con la expansión masiva de la posibilidad de tratar, sin por ello cuidar, es decir de ayudar a vivir, los cuidados de curación han invadido progresivamente el campo de todas las prácticas curativas, la de las madres, los padres, los vecinos, los amigos y a fortiori las del personal de enfermería convertido en auxiliar, no del enfermo sino del médico.

Con el desconocimiento de la importancia de los cuidados relacionados con el mantenimiento de la vida, se ha descuidado gravemente todo lo importante para que un niño, un adulto o una persona de edad avanzada pueden seguir dando respuesta a sus necesidades cotidianas: adquirir un desarrollo psicomotor, o no perderlo, desarrollarse, mantener su cuerpo y su imagen corporal, desplazarse, tener una vida de relaciones, etc.

Haciéndose más médicos, los cuidados de enfermería han perdido de vista y han dejado de lado todo aquello que tiene sentido para garantizar la continuidad de la vida de los hombres y su razón de ser. Abandonando el vastísimo terreno de los cuidados para el mantenimiento de la vida, o relegándolo como algo secundario, menor o sin importancia, se crea un abismo en los cuidados de enfermería. La amputación de todo aquello que afecta a la continuidad de la vida oblitera los cuidados y, particularmente, los cuidados de enfermería cuya única finalidad es permitir a los usuarios de los cuidados, desarrollar su capacidad de vivir o esforzarse en compensar la alteración de las funciones lesionadas por la enfermedad, buscando la forma de suplir la disminución física, afectiva y social que conlleva esta última.¹

¹ COLLIERE, Françoise, *Promover la vida*, p. 233-240

1.2 DESARROLLO PROFESIONAL DE LA ENFERMERÍA

Con el transcurso de los años se ha llegado a identificar como enfermera a cualquier persona que brinda cuidados; por ejemplo, algunos historiadores señalan que las raíces de la enfermería moderna se encuentran en los cuidados prestados por las soldaderas o las religiosas a los militares enfermos o incluso en las madres que cuidan a sus hijos. La suposición de que la enfermería es un arte innato a cualquier mujer ha obstaculizado el desarrollo de un concepto de enfermería como profesión que cuenta con un conjunto organizado de conocimientos y requiere habilidades especializadas propias.

En Estados Unidos, la enfermería como ocupación organizada se inició en 1873 con la elaboración de programas educativos basados en el modelo británico de Florence Nightingale. Durante ésta época la enfermería era considerada una ocupación inferior e indeseable, gran parte de la atención dada a los enfermos en los hospitales era brindada por mujeres indigentes de los asilos y casa de caridad que no contaban con la experiencia ni con el deseo de ser buenas enfermeras.

Durante la Guerra de Crimea que tuvo lugar en Europa (1854-1856), Florence Nightingale y su pequeño grupo de autollamadas enfermeras, lograron reducir la mortalidad de un hospital del ejército del 42% a un poco más del 2%. Varios años más tarde, durante la Guerra de Sucesión en Estados Unidos (1861-1865), mujeres voluntarias demostraron su capacidad de manejar el trabajo pesado y mejoraron las condiciones de los hospitales militares. El ejemplo dado por Florence Nightingale durante la Guerra de Crimea comenzó a cambiar la imagen que tenía el público de la enfermería. Hizo que la opinión pública comprendiera que la enfermería era un arte que debía adquirir la posición de una profesión para la cual se requería cierta preparación.

Aunque creó un modelo teórico de enfermería (en el cual el medio ambiente afectaba el estado de salud), creía que la función de las enfermeras debía consistir en seguir las órdenes e instrucciones de los médicos y no tomar decisiones independientes. Consideraba que la educación de las enfermeras debía hacerse hincapié en el cumplimiento de órdenes. Esta creencia constituyó un antecedente de vital importancia en la definición de las enfermeras como subordinadas de los médicos, incluso en el caso de cuidados básicos de enfermería, área en la que estos carecían por completo de experiencia. La decisión de Florence Nightingale por mejorar la imagen que se tenía de la enfermería la llevó a proponer políticas muy estrictas apropiadas a aquella época. Sin embargo hizo de la enfermería una profesión respetable y muchas mujeres se sintieron atraídas por ella.

El modelo propuesto por Florence Nightingale se tomó como base en los inicios de la formación profesional de enfermeras, en diversos países, en los cuales los programas educativos incluían conocimientos teóricos acerca de la anatomía, fisiología, asepsia e higiene y técnicas de cuidados.

En Estados Unidos, el sistema de capacitación en enfermería fue instituido al mismo tiempo que las mujeres comenzaron a tener acceso a una educación superior (década de 1870). La escuela del hospital continuó siendo la principal fuente de educación para las enfermeras hasta la década de 1960. Como los hospitales también han sido los patrones más importantes de las enfermeras desde 1940, siguen ejerciendo en nuestros días una gran influencia en la práctica de la enfermería.²

El Consejo Internacional de Enfermeras, hace su aparición a partir de 1899 teniendo como función el establecimiento de normas y reglas para la formación de enfermeras (os), que garantizan a las comunidades un nivel seguro de atención de enfermería. En 1922 estableció que el criterio aceptado para las enfermeras con formación profesional fuera la titulación después de tres años, como mínimo de formación continua en una escuela calificada reconocida. Como consecuencia de esta declaración se inicia la separación del hospital como única institución educativa.³

² LEDDY, Susan. et al. *Bases conceptuales de la enfermería profesional*. P. 3-17

³ ESPINOZA, Artemisa. et al. *Docencia en Enfermería*. p.237

Organizaciones como el Consejo Internacional de Enfermeras (CIE), y la American Nurses Association (ANA), han logrado y crecimiento de desarrollo importante de la enfermería, tanto en su formación académica, como en el ámbito del desempeño laboral.

Diversas fuerzas que han afectado el desarrollo de la enfermería profesional, estas fuerzas incluyen las imágenes que se forma la sociedad y las expectativas de las enfermeras, grado de control de la cantidad y calidad de los practicantes, efecto de la tecnología y de la teoría sobre las funciones y entornos de la práctica, financiamientos de los servicios de atención de la salud e imagen que tienen las enfermeras de sí mismas.

La enfermería moderna ha evolucionado por más de 110 años. Los factores que le dieron forma en un principio también limitaron el desarrollo de la enfermería como profesión durante más de 80 años. No obstante en los últimos 30 años se realizaron grandes progresos que pueden relacionarse con el mejoramiento de la autoimagen y el surgimiento de una base teórica para la práctica. Si bien quedan todavía problemas residuales relacionados con factores en las raíces de la enfermería, existen numerosas indicaciones de que la enfermería está, finalmente, adquiriendo una condición profesional.⁴

HISTORIA DE LA FORMACIÓN PROFESIONAL DE LA ENFERMERÍA EN MÉXICO

Las prácticas de atención a la salud tienen su origen en las acciones de cuidado encaminadas a ayudar a las personas a superar situaciones que ponen en peligro la existencia, o a recuperar la vitalidad después de sufrir alguna lesión, enfermedad o disfunción orgánica. En las diferentes épocas y culturas la necesidad de prolongar la vida ha requerido actitudes de ayuda para satisfacer las necesidades básicas, orientadas a asegurar la continuidad de la vida, apoyar al nacimiento e inculcar hábitos y costumbres para conservar la salud.

Las profesiones de la salud tienen el compromiso de realizar actividades relacionadas con esta función social -cuidar y mantener la vida-, y con los esfuerzos para el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades. Las actividades relacionadas con el mantenimiento de la vida han sido asumidas y encomendadas predominantemente a las mujeres, dada su función protectora y materna; por su parte, las actividades formales de terapéutica, guiadas por la ciencia y la tecnología, han sido desempeñadas por hombres, antes sacerdotes o chamanes, ahora médicos que, históricamente, se han preocupado por aplicar el conocimiento de la estructura y el funcionamiento del cuerpo humano, bases biologists que hicieron de los hospitales, desde el siglo XIX, un lugar para la exploración y tratamiento de la enfermedad, lo cual subordinó los sistemas de cuidados.

En el caso de México la enseñanza formal, tanto de la enfermería como de la obstetricia, surgió dirigida por los médicos. Por esta razón, la primera se orientó y se definió como un servicio auxiliar de la medicina, desvirtuándose su naturaleza original. La segunda se identificó como una actividad biológica, clínica y técnica y que, paulatinamente, fue perdiendo autoridad, autonomía y espacios de práctica hasta que desapareció como profesión, pues la carrera de partera se integró en enfermería, con la denominación de una especialidad médica.

La carrera de enfermería en México ha estado determinada por el proceso de institucionalización de los servicios de salud iniciada en el siglo XIX y asumido como tarea de Estado. Conviene mencionar que durante la Colonia, el cuidado de los enfermos fue asumido por los religiosos que arribaron a México con fines de evangelización y que ante la presencia de las epidemias respondieron a las necesidades de los enfermos con la fundación de hospitales, en los cuales conjugaron el cuidado del alma con el del cuerpo.

Posteriormente, numerosas órdenes religiosas dedicadas al cuidado de los enfermos se integraron a los hospitales, con el propósito de brindar una labor altruista paralela a los intereses de la Iglesia.

⁴ LEDDY, *op cit.* p. 18

Como consecuencia de la confrontación entre el Estado y la Iglesia la función de cuidar a los enfermos quedó abandonada con la expulsión de las órdenes religiosas, decretada por Benito Juárez; sin embargo, las Hermanas de la Caridad cubrieron durante treinta años más hasta que Lerdo de Tejada las expulsó en 1874.

Los hospitales pasan a depender de la Beneficencia Pública en 1877, lo cual agudizó las condiciones críticas de los establecimientos destinados para la atención de los enfermos, pues el cuidado de los mismos quedó bajo la responsabilidad de personas sin preparación específica y sin otra motivación que la de un trabajo remunerado. Los avances científicos en el campo de la salud hacían evidente la necesidad de mejorar los servicios hospitalarios, proceso que se inició como respuesta a las demandas de salud de una población creciente y que implicó, entre sus proyectos, el establecimiento del Hospital General de México. El Doctor Eduardo Liceága tuvo un papel en la concreción del proyecto; muchas de las ideas introducidas en la nueva institución fueron obra de él, pero entre estas innovaciones lo que interesa a la historia de la enfermería es la organización de la enseñanza formal de las enfermeras.

El programa inicial establecía que se debía inculcar el orden, la limpieza y el uso del uniforme. Se centraba en el aprendizaje de los procedimientos: preparación de la unidad del paciente, tendido de camas, observación de síntomas especiales, registro de los pacientes, tanto en el Hospital de Maternidad e Infancia como en el Hospital de San Andrés, hasta la inauguración de la Escuela de Enfermeras en el Hospital General el 9 de febrero de 1907. Las enfermeras que asistieron a esos cursos fueron nombradas enfermeras primeras y segundas en el Hospital General, donde terminaron su formación cuando la escuela fue formalmente establecida.

Puede identificarse que la creación de la carrera de enfermería respondió a la necesidad del cuidado hospitalario de los enfermos, como resultado de dos factores principales: la expulsión de las órdenes religiosas, que culminó en 1874 con la salida de las Hermanas de la Caridad, y el desarrollo de la medicina científica en los grandes hospitales que se fundaron durante este siglo.

La escuela de enfermería fue inaugurada el 9 de febrero de 1907, siendo su director el doctor. Fernando López y Sánchez Román, también director del Hospital. Quedó reglamentado que la carrera se haría en dos años e incluiría las materias de anatomía y fisiología así como curaciones en el primero; higiene y curaciones en general, en el segundo, y pequeña farmacia y cuidados de los niños, parturientas y enajenados, utilizando como libro de texto el *Manual Práctico de la Enfermera* del doctor. Bourneville, uno de los requisitos de ingreso era haber terminado la educación primaria.

Las funciones que desempeñaban las enfermeras en los servicios incluían, además de los procedimientos técnicos señalados para la enseñanza, actividades de carácter administrativo como el control de la... "ropería y de los útiles"... que la enfermera primera debía recibir y entregar... "por libreta" al inicio y al termino de la guardia. Estas funciones ya estaban establecidas en el Hospital de Maternidad e Infancia, según se aprecia en el reglamento de 1873: *pasar visita con los directores, administrar medicamentos, cambiar ropa, cuidar del aseo y orden de las instalaciones, material y equipo, así como llevar su control, ejecutar las órdenes de los directores, asistir a todas las operaciones para ayudar en las mismas y auxiliar en las curaciones*. Estas funciones les correspondían tanto a las enfermeras "mayores" como a "menores", con la diferencia de que la primera distribuía y supervisaba, mientras que las segundas las ejecutaban "subordinadas a las enfermeras mayores". Las enfermeras vivían en el Hospital y no podían... "separarse ni un momento sin permiso del Director...", y dejando en su lugar a una persona idónea que la supla"... De lo anterior se desprenden las características que marcaron de origen a la carrera de enfermería: ser exclusiva para mujeres (a pesar de que existía la figura del enfermero), ser auxiliar del médico, con formación rígida, disciplinaria, eminentemente técnica, centrada en la enfermedad, de bajo nivel educativo y diseñada por los mismos médicos, quienes hasta 1974 orientaron la carrera al saber "básico" de la medicina, dejando a las mismas enfermeras que enseñaran la propedéutica hospitalaria para un eficiente cuidado de los enfermos.

Con la reapertura de la Universidad Nacional el 22 de septiembre de 1910, las escuelas profesionales se integraron a ella. El 16 de diciembre de 1911, la Escuela de Enfermeras del Hospital General se incorpora a la Universidad a través de la Escuela de Medicina, donde permaneció hasta 1945 año en que por primera vez contó con instalaciones propias. En 1912 se estableció el plan de estudios vigente hasta 1943. Incluía cuatro cursos en dos años para la carrera de enfermería: anatomía y fisiología e higiene, primer curso de clínica para enfermeras, patología, farmacia y terapéutica, y el segundo curso de clínica para enfermeras y dos años para la carrera de obstetricia; se tenía que estudiar la primera para poder acceder a la segunda.

Los programas de este primer plan de estudios universitarios, elaborados por médicos, definieron el papel de la enfermera y los conocimientos que debían adquirir. El doctor. Lamicq, profesor de la escuela desde su inauguración en el Hospital General y autor de uno de los primeros manuales sobre enfermería, señalaba en ese texto: "es absolutamente necesario que se de bien cuenta (la enfermera) de cual es su papel, que no es otro sino de ayuda al médico, aplicando estrictamente y sabiamente, sus prescripciones y poniendo, además, de su parte cuanto pueda para hacer menos penosa la dolencia al enfermo, evitando o impidiendo todo lo que pueda serle perjudicial."

La enfermera debía tener conocimientos especiales para salvar la vida del paciente en casos de urgencia, cuando el médico no estuviera presente, para evitar complicaciones y para aplicar debidamente las prescripciones del médico. También debía conocer a fondo la asepsia y antisepsia para evitar infecciones y contagios, así como aplicar las técnicas de aislamiento y desinfección. Durante esta primera etapa de educación formal prácticamente no hubo cambios en el plan de estudios original, con excepción de las modificaciones registradas en 1939, cuando además se exigieron los estudios de secundaria para el ingreso, requisito que ya se había autorizado desde 1933 en el Consejo Universitario.

En esta etapa se definió el carácter auxiliar de la enfermería a la medicina, así como las "cualidades" que sus miembros debían desarrollar para esa función humanística, propia de la "mujer", sucesora de las Hermanas de la Caridad. El Dr. Eduardo Landa, en la Segunda Reunión de Cirujanos (1938) la describió así "... *La enfermera... debe gozar... de cualidades morales... a fin de poder ejecutar su dominio cabal y provechoso en todas las ocasiones que el médico demande su colaboración... bondad, prudencia, paciencia, tolerancia, discreción, abnegación, desinterés, pulcritud y cariño. Íntegra, verídica, fraternal, cuidadosamente observadora al lado del enfermo, es la insustituible auxiliar de los médicos... (Y llega al extremo de exigirle) olvidarse de sí misma (sin que) descuide su propio ser; cuando precisamente el ejercicio de su ministerio requiere no sólo de integridad moral, sino a la vez, el goce de salud completa*".

Con el auge de las especialidades como rasgo dominante de la medicina de la época, simultáneamente se empiezan a perfilar las especialidades hospitalarias, como complemento o continuidad de la carrera de enfermera general. Para 1940 era frecuente encontrar enfermeras que administraban anestias, encargadas de anfiteatros, salas de operaciones, ayudantes en rayos X, fisioterapeutas, parteras en maternidad, en infectología, en fisiología, laboratorista, puericultoras, y visitadoras. Muchas, carecían de formación específica, pero el ejemplo de los cursos de anestias y de rehabilitación, animaban más la idea de cursos posttécnicos.

En este periodo se observaban cambios en la enseñanza estimulados desde afuera, entre ellos las transformaciones en el sistema de atención a la salud, las reformas en los hospitales y la regulación de la Enfermería y de la Obstetricia por la Ley General de Profesiones de 1945. Así mismo se establece el Estatuto General de la UNAM y con ello la separación de la Escuela de Enfermería de la Facultad de Medicina.

Con relación a la modificación de los planes de estudio se destaca haber aumentado la duración de la carrera de enfermería a tres años (1946), la incorporación paulatina de nuevas asignaturas (higiene y medicina preventiva, microbiología, parasitología y práctica de laboratorio, asistencia a enfermos de medicina, enfermería médica, organización de hospitales, psicología, higiene mental y enfermería psiquiátrica y dietética), la ampliación de los contenidos en otras materias (ética

aplicada en trabajo social y andrología en ginecología), la reubicación de asignaturas y el cambio en el número de horas.

En 1947 se establece una reforma al proyecto educativo de enfermería, se hace énfasis en *la base científica de la medicina, el contenido humanista, prácticas avanzadas como enfermería quirúrgica y fisioterapia, se establecen los primeros laboratorios y en la carrera de obstetricia se amplían las prácticas de maternidad... y se incorpora la asignatura de medicina preventiva al plan de estudios.* Otra reorganización curricular surge entre 1949 y 1950, la cual promueve una ampliación de contenidos para reforzar el conocimiento de las enfermedades infecciosas y patologías emergentes, se fortalece la idea de la enfermería rural y se desarrolla la capacidad de educadora en las alumnas para la salud.

Para estos cambios se necesitó contar con un profesorado de enfermería suficiente para cubrir las demandas tanto del plan de estudios como de las estudiantes, lo que motivo a la creación del primer curso de formación de instructoras.

Después del Seminario de Zimapán en 1957 se reestructura el plan de estudios, dándole básicamente un enfoque sanitario y profiláctico; se ampliaron los contenidos humanistas y sociales a través del aprendizaje de la deontología y legislación, y las prácticas en enfermería comunitaria. Se crean los laboratorios de fisiología y bioquímica, y microbiología y parasitología, así como se inician las prácticas análogas de la propedéutica de enfermería. Un año más tarde se forma un grupo piloto *con alumnas que habían cursado el bachillerato o bien lo estaban cursando, con la idea de iniciar la integración de la enfermería en el campo superior o técnico – científico en México, situación que algunos países de América del Sur ya habían iniciado.* Este proyecto, y otro con similares características organizado en 1964, no tuvieron éxito; sin embargo, fueron la semilla para que en 1967 se exigiera el bachillerato como requisito para ingresar a la Licenciatura en enfermería.

Con la creación de Licenciatura en enfermería se suprime la carrera de partos y los contenidos que se estudiaban en ésta –prácticamente se fusionan los dos planes de estudio, el de enfermería y el de obstetricia-. El plan de estudios tenía un marcado enfoque biomédico, orientado al estudio de las enfermedades: diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y prevención y de ahí deducir las acciones de enfermería.

Desde que la escuela logra su autonomía se empezó a considerar que fuera dirigida por las propias enfermeras, la idea se empieza a fortalecer y las enfermeras comienzan a destacarse como profesoras en las escuelas, ponentes en eventos académicos y administradoras, tanto en el campo educativo como en los servicios. Ya como profesoras o como parte del grupo directivo, las enfermeras promovieron la necesidad del nivel universitario. En 1967 se concluye el plan de estudios y se aprueba la carrera de Licenciatura en Enfermería y Obstetricia que inicia en 1968. Durante este periodo surgen los nuevos cursos posttécnicos de especialización: Educación Básica para Enfermeras Instructoras y Enfermería Pediátrica (en 1952), Enfermería cardiológica y Enfermería psiquiátrica (en 1965), y Administración y Supervisión de los Servicios de Enfermería (en 1968). Para apoyar la enseñanza, se instaló una biblioteca con textos especializados de enfermería, muchos de los cuales eran norteamericanos. Para 1948, por invitación del Rector Salvador Zubirán, Lucille Petry -directora de la División de Enfermeras en Servicio Público de Salubridad de Estados Unidos- visitó la escuela y presentó un plan de estudios norteamericano; además, un informe sobre sus observaciones con respecto a la escuela.

Las maestras de enfermería participaron en cursos de actualización docente y aquellas con experiencia profesional, estudios de licenciatura y cursos posttécnicos se fueron ubicando en niveles de responsabilidad académico-administrativa lo que, finalmente, repercutió en 1975 cuando, por primera vez, la enfermera Marina Guzmán Vanmeeter de Cisneros fue designada como directora.

La expansión del sistema institucional de atención a la salud y la necesidad de apoyar la creación y el desarrollo de las nuevas carreras universitarias brindaron las condiciones para que las enfermeras se propusieran grandes retos e importantes proyectos, entre éstos: ampliar la oferta educativa, adecuar los planes de estudio, promover la superación académica, ofrecer mejores servicios a los estudiantes y conformar una organización académico-administrativa al nivel de una institución universitaria. Es así que en 1974 se reestructura el plan de estudios con una metodología universitaria para el diseño curricular, lo que permitió sentar las bases para una enseñanza dinámica, con eje en la historia natural de las enfermedades, énfasis en la formación para la investigación, organización por áreas de conocimiento y cierta flexibilidad a través de una asignatura donde se pretendía profundizar en ramas de interés profesional.

Una de las primeras medidas fue crear, en 1975, el Curso especial transitorio para obtener el grado de licenciado en enfermería, cuyo objetivo era regularizar al personal de enfermería que contaba con el bachillerato, particularmente a las profesoras enfermeras, proyecto que promovió la Organización Panamericana de la Salud y que pronto se extendió en otras instituciones educativas del país.

El curso transitorio se impartió por diez años; posteriormente la estrategia de nivelación se continuó en 1988 con el programa, aún vigente, de "ingreso a años posteriores al primero", a través del sistema de Universidad Abierta, sistema que también se estableció en 1975 como una de las estrategias de expansión de la oferta educativa ante la necesidad de incrementar el número de enfermeras profesionales en el país, según se mencionaba en el Plan Nacional de Salud de la época.

Esta estrategia de profesionalización resultó tan exitosa que, en colaboración con instituciones de salud y escuelas de enfermería, en la actualidad se ha extendido a veintidós estados de la República Mexicana. De 1987 a 1991 la comunidad académica de la ENEO se da a la tarea de evaluar el plan de estudios, sus contenidos, metodología y condiciones de formación profesional, lo que culminó en la creación de un proyecto curricular específico para el nivel licenciatura; se organiza por áreas de conocimiento, teniendo como eje el ciclo vital humano, con una orientación importante hacia la investigación, la administración de los servicios de enfermería y la obstetricia.

Este plan de estudios fue consecuencia de un gran proceso participativo, un profunda evaluación y un cuidadosos proyecto de planeación curricular; se logró la aprobación de un plan de estudios exclusivo para la licenciatura de enfermería y obstetricia que, por una parte, satisface las expectativas sobre el contenido y metodología del proceso enseñanza-aprendizaje para la enfermera profesional y por otra, cumple con la posibilidad de su actualización permanente. Así también a partir de 1996 se suprimió el ingreso a la carrera de nivel técnico en el sistema escolarizado de la ENEO, con el propósito de destinar los recursos a la formación del nivel Licenciatura y al inicio y desarrollo de los estudios de posgrado.

A partir de la aprobación del Plan Único de Especialización en Enfermería en 1996 los programas posttécnicos se han transformado en especialidades para las egresadas de nivel superior; actualmente la ENEO ofrece siete especialidades en enfermería clínica y salud pública. En la década pasada la escuela intensificó su proceso de desarrollo. Así, se aumentó la matrícula de nivel superior, se disminuyó el ingreso al nivel técnico, se continuó ofreciendo más servicios de apoyo a la formación, se ampliaron instalaciones, se mejoró sustancialmente el equipamiento de los laboratorios de enfermería y, principalmente, ocurrió un cambio cualitativo entre los profesores de enfermería, como consecuencia de las numerosas actividades de superación académica. Este cambio permitió reconocer la esencia de enfermería como profesión del cuidado del individuo sano y enfermo, establecer la diferencia entre curar (función del médico) y cuidar (función de la enfermera), reconocer las características del rol de colaboración y la importancia del rol independiente, así como definir el perfil de la enfermera técnica y las competencias de la enfermera profesional.

En consecuencia el Comité de Desarrollo Curricular se dio a la tarea de actualizar el plan de estudios de acuerdo con la evaluación de los primeros egresados de este nuevo plan así mismo por las recomendaciones hechas por el Comité Interinstitucional de Evaluación de la Educación Superior de Ciencias de la Salud (CIEES) centrándose en la flexibilización del plan de estudios. Se diseñó una nueva fundamentación del plan de estudios orientada hacia lo disciplinario, lo que generó la incorporación de contenidos específicos de la enfermería en los diversos programas que lo conforman, con énfasis en el cuidado como eje de la formación y el método enfermero como elemento indispensable para proporcionar el cuidado. Así también cada programa se actualizó a través de un trabajo colegiado en su contenido, experiencias clínicas y bibliografía.

Es así que el actual plan de estudios se considera un ejemplo de contenidos disciplinarios, propuesta metodológica de enseñanza y prototipo de la formación profesional de la enfermería en el país y que actualmente es utilizado en dieciséis instituciones educativas de enfermería incorporadas a la UNAM en todo el país.

En su historia, la carrera de enfermería ha tenido un proceso lento de desarrollo, pues durante 63 años ha tenido que sortear desviaciones con respecto a su propia naturaleza de arte y ciencia del cuidado a la vida. Fue muy prolongado el proceso para reconocerle la necesidad de su formación a nivel superior, además es reciente su autonomía como escuela y mucho más su autonomía como profesión. La profesión de enfermería tiene que valorar aún la pertinencia de su formación en el pregrado o en la especialidad, debe enfrentar el problema de ser una carrera de baja demanda, fortalecer la investigación disciplinar y contribuir mejor a resolver el déficit de enfermeras profesionales y la calidad del cuidado de enfermería que requiere nuestra sociedad.

No hay duda que la carrera y la institución han conseguido aprovechar las favorables condiciones que se dieron para impulsar el avance profesional, mucho se ha logrado en el propósito de ubicar la profesión en el nivel universitario y como una práctica de interés público, así también se encuentra en posibilidades de desarrollo de la disciplina a partir de la investigación y de la docencia universitaria en el nivel de posgrado, con la elaboración y aprobación por el Consejo Técnico de la ENEO del Plan de Estudios de la Maestría en Enfermería en diciembre del año pasado.

LA PRÁCTICA SOCIAL DE LA PROFESIÓN DE ENFERMERÍA

La enfermería ha evolucionado a partir de que se reconoce la importancia de asegurar la continuidad de la vida y enfrentar la enfermedad y la muerte. Esta evolución hoy en día permite valorar la naturaleza de la enfermería profesional y su función social en beneficio de la salud de la población.

Tradicionalmente la profesión ha sido identificada como una práctica centrada en el enfermo, con una fuerte connotación humanística. Estas concepciones se relacionan con su origen, su historia y su evolución, así como las costumbres sociales de atender enfermos y la enfermedad. La profesión de enfermería de hoy, a través de su práctica cotidiana, dirige su labor hacia el individuo, la familia y la comunidad, los trabajadores, los escolares y los ancianos, entre otros, y en diferentes escenarios (social, político, asistencial y gerencial).

Desde la perspectiva actual de la salud y de la profesión el núcleo fundamental de su existencia como práctica profesional es el cuidado de la salud de los individuos y los grupos, lo que significa favorecer el desarrollo armónico del ser humano en sus diferentes espacios y fortalecer y reforzar sus capacidades y potencialidades en pro del cuidado de su salud y del logro de sus aspiraciones de vida y bienestar.

Este cambio de la práctica de enfermería ha influido notablemente las transformaciones en el panorama socio-político y económico de México:

- 1) El avance de la salud pública y su contribución al desarrollo de la salud generando nuevos modelos interdisciplinarios de intervención del fenómeno salud-enfermedad en grupos.

2) La nueva concepción de la salud, que es vista como un fenómeno multifactorial relacionado con aspectos biológicos, culturales y sociales. Lo que implica para la práctica de enfermería visualizar el cuidado a la salud en diferentes ámbitos y no solo al cuidado de los enfermos.

3) El desarrollo teórico, conceptual y práctico de la profesión de enfermería que ha mostrado que ésta tiene las capacidades necesarias para incursionar en escenarios diversos donde la salud y la enfermedad se expresan como fenómenos sociales humanos vinculados con los diversos modelos de desarrollo social.

4) Las políticas internacionales y nacionales en materia de salud, particularmente la estrategia de Atención Primaria en Salud que permitió a la comunidad valorar y reconocer prácticas en enfermería como modelos de atención en salud (niños, ancianos, materno infantil), la conformación de grupos en riesgo y su participación en los programas de salud que contribuyen a la ampliación de cobertura.

Por lo anterior y la experiencia acumulada la profesión de enfermería, hoy se reconoce la necesidad de un rol ampliado de la práctica en diversos ámbitos, entre los que se destacan la salud escolar, la salud laboral, la movilización de las comunidades en la búsqueda de mejores condiciones de salud y la salud ambiental, entre otras.

En los últimos veinte años se inició un fuerte movimiento caracterizado por un interés sobre las acciones de profesionalización de la enfermería a partir de un control sobre el sistema de educación, el reclutamiento y capacitación del personal en las diferentes instituciones del sector salud para enfrentar el déficit de enfermeras y la calidad de su práctica. Hoy, como consecuencia de un movimiento universal para la construcción de la enfermería como disciplina, se ha alcanzado, en algunas sociedades, niveles avanzados de formación; surgen teorías científicas para el cuidado enfermero que guían la práctica y la investigación formal y se tiene un profundo interés por reglamentar el ejercicio profesional para distinguir las funciones profesionales de las técnicas auxiliares y se logra identificar los contenidos científicos que fundamentan el cuidado enfermero y sus aportes en el proceso vital humano. Se favorece una tendencia de reencuentro con la naturaleza de la enfermería, su compromiso social, sus valores su filosofía, su arte y su ciencia.

Se puede reconocer que la profesión ha evolucionado a partir de mejorar sus niveles y delimitar el contenido de su formación como disciplina profesional. En este proceso la educación universitaria ha contribuido de manera significativa y ahora las funciones de docencia e investigación resultan determinantes para apresurar la transición hacia una enfermería profesional más humana. Dicha estrategia debe considerar corregir el déficit de enfermeras profesionales y superar el desequilibrio, su distribución, retener un número suficiente de enfermeras y parteras en áreas subatendidas, garantizar condiciones de trabajo, estimulantes y equitativas, monitoreo de la calidad del cuidado y promover un sistema de enseñanza de enfermería de pregrado y posgrado que responda a las necesidades de salud de la población, y que contribuya a mejorar las competencias, desarrollar el conocimiento de la disciplina de enfermería y fortalecer los valores profesionales.

La práctica de enfermería en México presenta una gran heterogeneidad, en 1999 el Sistema Administración de Recursos Humanos en Enfermería (SIARHE) reportó que en los servicios de salud laboraban 152,157 personas en enfermería; el 61,51 % corresponde a personal profesional. En el mismo informe el mayor número de enfermeras se encuentran laborando en el IMSS (51,98%), el 28,29% en la Secretaría de Salud, el 9,81% en el ISSSTE, el resto en otras instituciones públicas y privadas. En el Distrito Federal se concentra, según datos de Entidad Federativa, el 22,46% del personal de enfermería, siguieron el estado de México con 6,46%, Veracruz 5,73%, Nuevo León 5,61% y Jalisco 4,97%. Por otro lado, según el SIARHE el mayor porcentaje de enfermeras (55,19%) labora en instituciones hospitalarias de segundo nivel de atención, el 18,44% se encuentra ubicado en instituciones hospitalarias de tercer nivel de atención y 21,81% en el primer nivel. El DIF concentra el mayor número de personal de enfermería (45,85%)

en este nivel de atención, la Secretaría de Salud el 31,5%, el IMSS con 20,26% y 16,29% en el ISSSTE.

Con la reforma en el sistema de salud la función de la enfermería profesional se valora como un servicio que, además de contribuir a la recuperación de la salud, orienta y guía a los individuos y sus familias en su capacidad de evitar la enfermedad; un servicio que se fundamenta en un modelo integral de la salud y que humaniza el cuidado. Por ello, la práctica actual de la enfermería profesional se orienta a promover factores de vida sana, atenuar riesgos a la salud y contribuir a disminuir las enfermedades.

La enfermería desarrolla las potencialidades de un individuo visualizándolos como un todo; en esta concepción la persona no es vista como un enfermo que requiere tratamiento ni como un ente separado de su familia y su medio ambiente. Ahora se visualizan los aspectos fundamentales en la vida del individuo para promover su salud, estilos de vida saludable y prevenir la aparición de la enfermedad o bien atenuar las complicaciones resultado de la misma.

La sociedad ha permitido redefinir la práctica de enfermería a partir del reconocimiento y el valor social que le da a dicha actividad profesional. El rol de la enfermera está cambiando influido por desarrollos científicos y por la regulación del ejercicio profesional. Además, existen otros elementos que han influido, desde la sociedad, en el cambio de rol de la enfermería actual: el consentimiento informado, los derechos del paciente, la estandarización de la práctica, el desarrollo de la investigación y la docencia y los proyectos de evaluación de la calidad, entre otros. Aunado a estos cambios se observa una transformación cualitativa de la práctica de enfermería: mayor habilidad para la valoración, planeación, ejecución y evaluación de las intervenciones, mayor autonomía profesional y mejores niveles de formación.

En la ENEO-UNAM se ha reconceptualizado a la enfermería a partir de un trabajo grupal e interprofesional; hoy la escuela concibe la enfermería como la disciplina y el arte del cuidado a la salud de la persona sana o enferma en su dimensión integral con el propósito de que utilice al máximo sus potencialidades para la vida. Por tanto, sus campos de acción son todos los espacios en donde la persona se desarrolla y atiende.

La Secretaría de Salud de México caracteriza las tendencias de la práctica de enfermería como un servicio científico-social propio, centrado en el concepto integral del hombre y en preposiciones de carácter científico derivadas del planteamiento teórico-científico de los cuidados y de una identidad profesional y disciplinar. El desarrollo de la profesión en las instituciones de salud a partir de la oferta de estudios de posgrado de nivel especialidad, maestría y doctorado hace pensar que la enfermería mexicana está avanzando para cumplir con el objetivo principal de la profesión: el cuidado de la vida e integridad del hombre en la salud y en la enfermedad.

Para finalizar se mencionarán algunas recomendaciones que establece la Secretaría de Salud. La necesidad de legitimar el ejercicio profesional de la enfermería, atendiendo que su potencial de desarrollo enfatiza la posibilidad de realizar funciones de asistencia, gerencia, docencia e investigación, en los diferentes roles como proveedor, coordinador y auditor de las funciones genéricas y en los escenarios que incluyen los tres niveles de atención a la salud; con un grado de autonomía congruente a su formación ética y profesional (SSa 1999).

1.3 PERSPECTIVA HISTÓRICA DEL PROCESO DE ENFERMERÍA

En un principio, el ejercicio de la Enfermería abarcaba numerosos papeles. El profesional de enfermería se centraba en las medidas de consuelo y en el mantenimiento de un entorno higiénico, los cuidados de enfermería se basaban en las órdenes escritas por los médicos, y estaban más enfocados hacia las enfermedades específicas que a la propia persona.

Durante el proceso evolutivo, el hilo central que se ha mantenido es el enfoque del profesional de enfermería en las necesidades totales del cliente. Esto ha permitido al profesional de enfermería concentrarse en el conjunto de conocimientos exclusivos de la enfermería en cuanto a la resolución de problemas del cliente. El método mediante el cual se consigue esto es el Proceso de Enfermería.⁵

El término PAE (Proceso Atención de Enfermería), es relativamente nuevo, ya que fue Hall su creadora en el año de 1955. Desde entonces, varias enfermeras han descrito el proceso de diferentes modos. Para Wiedenbach (1863) el proceso consta de tres fases: observación, prestación de ayuda y validación. Más tarde Knowles (1967) sugirió que eran necesarias cinco fases para la práctica de enfermería: descubrir, investigar, decidir, hacer y distinguir (en inglés las cinco "D" discover, delve, decide, do and discriminate). Durante las dos primeras fases, se recogen datos sobre el paciente. En la tercera (decidir) se determina un plan de acción, y durante la cuarta (hacer), la enfermera ejecutará el plan. En la quinta, (distinguir), se valora la respuesta del paciente a las actuaciones realizadas.

En 1967, la Western Interstate Comision on Higher Education (WICHE), describió cinco fases: percepción, comunicación, interpretación, actuación y evaluación. La WICHE definió el proceso como la "interrelación entre un paciente y una enfermera en un momento dado, que incorpora la conducta del paciente y de la enfermera y la interacción resultante" (WICHE 1967). También en 1967, a la Facultad de Enfermería de la Universidad Católica de América propuso cuatro componentes del PAE: valoración, planificación, ejecución y evaluación. En 1973, la Asociación Americana de Enfermeras (ANA), publicó los criterios de la práctica de enfermería siguiendo las fases del proceso.

Como el proceso de enfermería se desarrollo de ambas maneras, teórica y clínicamente, el término de enfermería ganó un considerable reconocimiento en la literatura de la enfermería, el concepto de diagnóstico en enfermería, desarrollado entre los años de 1950 y 1960, se aplicó a la identificación de los problemas o necesidades del paciente.

El término no fue aceptado fácilmente, aunque muchos autores consideraron el diagnóstico de enfermería como básico para la práctica profesional. Aproximadamente una década más tarde, Bloch definió los términos que fueron cruciales en enfermería, y encontró que la palabra diagnóstico (con relación a la práctica de la enfermería) todavía era bastante controvertido (Blonch 1974).

En 1975, Gebbie y Lavin en la Universidad de San Luis, en la Escuela de Enfermería ayudaron a organizar la primera conferencia sobre clasificación de los diagnósticos de enfermería. Los participantes de esta conferencia definieron el diagnóstico de enfermería como la "conclusión o juicio que tiene lugar como resultado de la valoración de enfermería". Como consecuencia, las conferencias se celebraron cada dos años y han ganado en apoyo e interés. En 1982, el grupo de conferencistas aceptó el nombre de Asociación de Diagnósticos de Enfermería Norte América (NANDA), aunque reconociendo la participación y aportaciones de las enfermeras canadienses. En la actualidad, esta asociación ha establecido y aceptado alrededor de 100 categorías diagnósticas.

En 1980, la ANA declaró que "la enfermería es el diagnóstico y tratamiento de las respuesta humanas ante los problemas de salud actuales y potenciales". Esta asociación considero, de forma

⁵ IYER-W, Patricia. et al *Proceso y Diagnóstico de Enfermería* p. 1

clara, que diagnosticar era una función de enfermería, aunque la gente no estuviera habituada a ello y pensara que el diagnóstico era una prerrogativa del médico. En 1982, El Nacional Council of State Board of Nursing, definió y describió las cinco fases del Proceso de Enfermería que son: **valoración, análisis, planificación, ejecución y evaluación.**⁶

⁶ Perspectiva histórica del Proceso Atención de Enfermería. *Boletín interno del departamento de Enfermería "Hospital Infantil de México"* p. 11-13

1.4 PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA

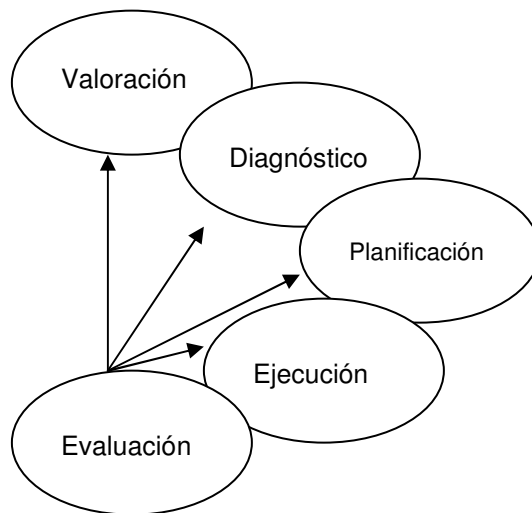
(PAE)



El proceso de enfermería es un método racional y sistémico de organizar y prestar los cuidados de enfermería de manera individualizada. Su objetivo es identificar el estado de salud del cliente, los problemas reales o posibles de su salud, establecer unos planes para atender a las necesidades que se puedan identificar, y determinar las intervenciones específicas de enfermería para cubrir esas necesidades.⁷ El proceso de enfermería es cíclico; es decir, que sus elementos siguen un orden lógico.

El proceso de enfermería es un término familiar para el personal de enfermería, ya que es una herramienta habitual que sirve para organizar sus acciones en la realización de atención de la salud a individuos, familias y comunidad. El proceso de enfermería requiere del desarrollo de una relación terapéutica entre el personal de enfermería, el paciente y sus familiares no solamente en estado de enfermedad y en el aspecto biológico; mas bien esta relación debe abarcar al individuo sano en su ámbito familiar y comunitario de manera integral.

Para llevar a cabo el proceso de atención de enfermería (PAE), se necesita del apoyo de modelos y teorías para establecer un marco de referencia y comprender al paciente, familia y comunidad, y el ambiente que los rodea.



⁷ IYER *op. cit.* p. 13

A continuación se muestra un cuadro donde se sintetizan las cinco etapas del Proceso Atención de Enfermería.

Elemento y descripción	Propósito	Actividades
Valoración Recoger, organizar, contrastar y comunicar/ registrar los datos del cliente.	Crear una base de datos sobre las respuestas del cliente relativas a la salud o la enfermedad, y las posibilidades de controlar necesidades de salud.	Crear la base de datos: 1. Obtener la historia de salud 2. Realizar la exploración física 3. Consultar con otros profesionales del equipo 4. Actualizar los datos 5. Ordenar los datos 6. Verificar los datos 7. Comunicar/ registrar los datos.
Diagnóstico Analizar y resumir los datos.	Conocer las capacidades del cliente, los problemas que puedan evitarse o resolverse con intervenciones propias de enfermería o colaborando con otros. Elaborar un listado de diagnósticos de enfermería y de los problemas de colaboración.	Interpretar y analizar los datos: 1. Comparar los datos con los estándares 2. Reunir o agrupar los datos 3. Detectar las lagunas e inconsistencias.
Planificación Determinar la forma de prevenir, reducir o resolver los problemas identificados; las capacidades físicas del cliente y la manera de llevar a cabo las intervenciones enfermeras de un modo ordenado, individualizado, y dirigido a conseguir los resultados/objetivos.	Elaborar un plan de cuidados individualizado que especifique los resultados/objetivos esperados del cliente y las intervenciones propias de enfermería.	Establecer las prioridades y los objetivos en colaboración con el cliente. Seleccionar las estrategias/intervenciones enfermeras. Transmitir el plan de cuidados a los profesionales del equipo encargados de llevarlo a cabo.
Ejecución Llevar a cabo las intervenciones enfermeras planificadas.	Ayudar al cliente a cumplir los objetivos/resultados deseados; promover la salud y el bienestar; prevenir las alteraciones/enfermedades; y ayudarlo a afrontar los problemas de salud.	Realizar o delegar las intervenciones enfermeras. Informar sobre las actividades realizadas: • Registrar los cuidados y las respuestas del cliente a los mismos. • Informar verbalmente si es necesario
Evaluación Ponderar los objetivos/resultados logrados por el cliente e identificar los factores que influyen positiva o negativamente en la obtención de los resultados	Determinar la importancia de los objetivos/resultados obtenidos y valorar si se continúa, si se modifica o si se finaliza el plan de cuidados.	Colaborar con el cliente y recoger los datos sobre los resultados esperados. Valorar si se han obtenido los objetivos/resultados. Revisar y modificar el plan de cuidados si está indicado o finalizar los cuidados de enfermería.

CARACTERÍSTICAS DEL PROCESO DE ENFERMERÍA

- Tiene una finalidad: Se dirige a un objetivo, mejorar la calidad de los cuidados de los clientes.
- Es sistemático: Implica partir de un planteamiento organizado para alcanzar un objetivo.
- Es cíclico y dinámico: Responde a un cambio continuo.
- Es interactivo: Basado en las relaciones recíprocas que se establecen entre la enfermera y el paciente, su familia y los demás profesionales de la salud.
- Es abierto y flexible: Se puede adaptar al ejercicio de la enfermería en cualquier lugar o área especializada que trate con individuos, grupos o comunidades. Sus fases pueden utilizarse sucesiva o conjuntamente.
- Tiene una base teórica: El proceso ha sido concebido a partir de numerosos conocimientos que incluyen ciencias y humanidades, y se puede aplicar a cualquier modelo teórico de enfermería.

VENTAJAS DEL PROCESO DE ENFERMERÍA

La aplicación del Proceso de Enfermería tiene repercusiones sobre la profesión, el cliente y sobre la enfermera; profesionalmente, el proceso enfermero define el campo del ejercicio profesional y contiene las normas de calidad; el cliente es beneficiado, ya que mediante este proceso se

garantiza la calidad de los cuidados de enfermería; para el profesional enfermero se produce un aumento de la satisfacción, así como en el campo profesional.

Para el paciente son:

- I. Participación en su propio cuidado.
- II. Continuidad en la atención.
- III. Mejora la calidad de la atención.

Para la enfermera:

- Se convierte en experta.
- Satisfacción en el trabajo.
- Crecimiento profesional.

Principales conceptos y definiciones en el desarrollo teórico

Filosofía

La filosofía es la ciencia que comprende la lógica, la ética, la estética, la metafísica y la epistemología. Puede definirse como la “investigación de las causas y las leyes que sustentan la realidad” e indaga “la naturaleza de las cosas sobre la base del razonamiento lógico, y no de métodos empíricos”.

Ciencia

La ciencia es la “observación, identificación, descripción, investigación experimental y explicación teórica de los fenómenos naturales”. En este sentido, se puede definir como la “doctrina del conocimiento”. El conocimiento es la consciencia o percepción de la realidad adquirida a través del aprendizaje o la investigación.

Hecho

Un hecho es “algo que se conoce con certeza”.

Modelo

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

Modelo conceptual

Los modelos conceptuales están constituidos por ideas abstractas y generales (conceptos), y proposiciones que especifican sus interrelaciones.

Paradigma

Un paradigma es un “diagrama conceptual”. Puede ser una amplia estructura en torno a la cual se articula la teoría.

Metaparadigma

- ⇒ Persona: el receptor de los cuidados de enfermería (incluye a individuos, familias, grupos y comunidades).
- ⇒ Entorno: es el medio interno y externo que afecta al paciente. Esto incluye a las personas de su entorno físico, como familiares, amigos y otras personas influyentes.
- ⇒ Salud: el grado de estar bien o de bienestar que experimenta el paciente.
- ⇒ Enfermería: los atributos, las características y las acciones del personal de enfermería con el fin de proporcionar cuidados para el paciente o junto con éste.

Teoría

Una teoría es un “conjunto de conceptos, definiciones y proposiciones que proyectan una visión sistemática de un fenómeno, mediante el diseño de las interrelaciones específicas entre los conceptos y con el ánimo de describir, explicar y predecir dicho fenómeno”.

Etapas del proceso de enfermería

Consta de cinco etapas las cuales se encuentran estrechamente relacionadas, de tal forma que el cumplimiento de una de ellas conduce a la siguiente.⁸

VALORACIÓN

Es la primera fase proceso de enfermería, pudiéndose definir como el proceso organizado y sistemático de recogida, organización y validación de datos sobre el estado de salud del paciente a través de diversas fuentes: como la fuente primaria (paciente), y fuentes secundarias (expediente clínico, la familia o a cualquier otra persona que dé atención al paciente, etc.).

La valoración es un proceso continuo que se realiza durante todas las fases del proceso de enfermería. Por ejemplo, en la fase de evaluación, la valoración se hace para determinar los resultados de las estrategias de enfermería y para evaluar la consecución de los objetivos.

La finalidad de la valoración es crear una base de datos sobre la *respuesta* de un cliente ante la salud o la enfermedad, con el fin de conocer los cuidados de enfermería que necesita el cliente. Las respuestas del cliente comprenden aspectos sobre la vida diaria, la salud, y sobre aspectos biofísicos, emocionales, socioeconómicos, culturales y espirituales.⁹

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

- I. 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.
- II. 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

⁸ RODRÍGUEZ, Bertha A. *Proceso Enfermero*. p. 29-32

⁹ MURRAY, Ellen, *Proceso Atención de Enfermería*, p. 10

comunidad. Los conocimientos deben abarcar también la resolución de problemas, análisis y toma de decisiones.

- III. Habilidades: en la valoración se adquieren con la utilización de métodos y procedimientos que hacen posible la toma de datos.
- IV. Comunicarse de forma eficaz. Implica el conocer la teoría de la comunicación y del aprendizaje.
- V. Observar sistemáticamente. Implica la utilización de formularios o guías que identifican los tipos específicos de datos que necesitan recogerse.
- VI. 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.

METODOS DE VALORACIÓN

Los principales métodos empleados para la valoración del cliente son la observación, las entrevistas y las exploraciones.¹⁰

LA OBSERVACIÓN. Observar es reunir datos utilizando los cinco sentidos. La observación es una capacidad consciente y deliberada que se desarrolla solamente con un esfuerzo y un método organizado. Tiene dos aspectos: a) reconocer los estímulos y b) seleccionar, organizar e interpretar los datos; como la observación comprende la selección, organización e interpretación de los datos, se pueden producir errores. Observar, por tanto, implica discriminar los estímulos, o sea, distinguirlos de una forma significativa.

LA ENTREVISTA. Es una comunicación programada o una conversación que se realiza con el propósito, por ejemplo, de dar información específica y necesaria para el diagnóstico enfermero y la planificación de los cuidados, de identificar problemas o preocupaciones mutuas para facilitar la relación enfermera/paciente, para evaluar un cambio, enseñar, dar apoyo o proporcionar asesoramiento o tratamiento, y ayudar a la enfermera a determinar que otras áreas requieren un análisis específico a lo largo de la valoración.

La entrevista dirigida está muy estructurada y proporciona información específica. La enfermera establece la finalidad de la entrevista y dirige la misma, al menos al principio, haciendo preguntas cerradas. En cambio, durante la entrevista no dirigida, o entrevista para <<crear una relación de compenetración>>, la enfermera permite que el cliente dirija los objetivos, los temas y el ritmo de la charla.

LA EXPLORACIÓN. Es un método sistemático de recogida de datos que utiliza las capacidades de observación (esto es, los sentidos de la vista, el oído, el olfato y el tacto) para descubrir los problemas de salud. Para llevar a cabo la exploración, la enfermera utiliza los métodos de la inspección, palpación, percusión y la auscultación.

- I. 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).
- II. 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.

¹⁰ POTTER, A. Patricia, *Fundamentos de Enfermería*, p.p. 306

- III. 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 encuentran al percutir el estómago lleno de aire o un carrillo de la cara.
- IV. 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 pasemos a ver las diferentes formas de abordar una exploración física: desde la cabeza a los pies (o cefalocaudal), por sistemas/aparatos corporales y por patrones funcionales de salud:

- Desde la cabeza a los pies: este enfoque comienza por la cabeza y termina de forma sistemática y simétrica hacia abajo, a lo largo del cuerpo hasta llegar a los pies.
- Por sistemas corporales o aparatos: nos ayudan a especificar que sistemas precisan más atención.
- Por patrones funcionales de salud: permite la recogida ordenada para centrarnos en áreas funcionales concretas.

La valoración incluye cuatro actuaciones estrechamente relacionadas:

RECOGIDA DE DATOS: consiste en reunir la información sobre el estado de salud de un cliente. Debe ser un proceso tan sistemático como continuo para evitar que se omitan datos importantes y que reflejen los cambios en el estado de salud de un cliente. Una base de datos es toda la información que se dispone de un cliente; comprende la historia y la exploración física de enfermería, la historia clínica y exploración física realizadas por el médico, los resultados de laboratorio y las pruebas diagnósticas complementarias.¹¹

Clases de datos. Pueden ser subjetivos o síntomas, los cuales son evidentes sólo para la persona afectada y únicamente puede describirlos o verificarlos esa persona (sensaciones, sentimientos, valores, creencias, etc.). Y los datos objetivos o signos, son detectados por un observador o pueden compararse con alguna norma aceptada. Se pueden ver, oír, sentir u oler, y se obtienen mediante la observación o la exploración física.¹²

ORGANIZACIÓN DE LOS DATOS: para la obtención sistémica de datos, la enfermera utiliza un esquema de estudio organizado, conocido como *historia de enfermería*. Los datos recogidos durante la historia de enfermería son subjetivos en gran medida. Hay muchos modelos o esquemas disponibles para recogida y registro de los datos como:

- Modelos conceptuales: los patrones funcionales de Gordon, autocuidado de Orem y el modelo de adaptación de Roy entre otros
- Modelos de bienestar: las enfermeras emplean modelos sobre el bienestar para ayudar a los clientes a reconocer los riesgos para la salud y para profundizar en los hábitos de vida.
- Modelos ajenos a enfermería
- Modelos de sistemas corporales
- Jerarquía de necesidades de Maslow
- Teorías del desarrollo

VALIDACIÓN DE LOS DATOS: consiste en un <<doble examen>> o inspección de los datos (indicios) para confirmar que son exactos y objetivos. La validación de los datos permite a la enfermera:

¹¹ KOZIER Bárbara, Fundamentos de enfermería, Vol. 1, p. 103

¹² KOZIER, *op cit.*

- Asegurarse de que la información recogida durante la valoración es completa.
- Asegurarse de que los datos objetivos y subjetivos relacionados son coherentes.
- Obtener información adicional que puede haber pasado desapercibida.
- Distinguir entre indicios y deducciones.
- Evitar conclusiones precipitadas y tomar una dirección equivocada al identificar los problemas.

REGISTRO DE LOS DATOS: la exactitud de la información es esencial y debe incluir todos los datos obtenidos sobre el estado de salud del cliente. Los datos se recogen de forma objetiva y la enfermera no los interpreta.

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.
- 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.

DIAGNÓSTICO

El diagnóstico de enfermería es un juicio clínico sobre las respuestas del individuo, la familia o la comunidad a problemas de salud/procesos vitales reales o potenciales. Proporciona la base para conseguir los objetivos de los que es responsable el personal de enfermería.

Esta definición supone lo siguiente:

Son las enfermeras profesionales, las responsables de emitir los diagnósticos enfermeros, aunque otros miembros del personal de enfermería pueden aportar datos al proceso diagnóstico y poner en práctica cuidados específicos.

Los diagnósticos enfermeros describen un continuum de estados de salud: a) problemas reales y b) problemas potenciales.

El ámbito del diagnóstico enfermero sólo comprende los estados de salud que las enfermeras están capacitadas y autorizadas a tratar.

Un diagnóstico de enfermería es un juicio que sólo se emite tras una recogida sistemática y exhaustiva de información.

TIPOS DE DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS

- A. Un *diagnóstico real* es un juicio sobre la respuesta de un paciente a un problema de salud que existe en el momento de la valoración de enfermería. Se basa en la presencia de signos y síntomas asociados.
- B. Un *diagnóstico de enfermería potencial o de riesgo*, es un juicio clínico de que un paciente es más vulnerable a un determinado problema que otros, en situación igual o parecida.
- C. Un *diagnóstico de enfermería posible* es aquel en el que las pruebas de que existe un problema de salud no están claras o se desconocen los factores causales.

- D. Un *diagnóstico de salud* se refiere a una respuesta saludable por parte de un paciente que desea un mayor nivel de salud.¹³

COMPONENTES DE UN DIAGNÓSTICO ENFERMERO

Un diagnóstico enfermero consta de tres componentes: 1) el enunciado del problema, 2) la etiología y 3) las características definitorias.

Enunciado del problema (etiqueta diagnóstica). Describe el problema de salud o la respuesta del paciente para los cuales se está administrando el tratamiento de enfermería. Describe su estado de salud con claridad y concisión, en pocas palabras. El fin de la etiqueta diagnóstica es guiar la elaboración de objetivos del paciente y de criterios de resultado. También puede sugerir algunas intervenciones de enfermería.

Los calificadores (o definiciones) son palabras que se han añadido a algunas etiquetas como son:

- Alteración (se ha producido un cambio con respecto a la situación inicial)
- Deterioro (evolución a peor, debilitamiento, lesión, reducción, deterioro)
- Disminución (menor tamaño, menor cantidad, menor grado)
- Inefectivo (o ineficaz) (que no produce el efecto deseado)
- Agudo (grave o de corta duración)
- Crónico (de larga duración, recurrente o constante).

Etiología (factores relacionados y factores de riesgo). El componente etiológico del diagnóstico identifica una o más causas probables del problema de salud, orienta el tratamiento de enfermería y permite a la enfermera individualizar la atención al paciente. En la etiología pueden incluirse los comportamientos del paciente, los factores ambientales o las interacciones de ambos.

Se utiliza el término **factor relacionado** para describir la etiología o la causa probable de los diagnósticos de enfermería reales. El término **factor de riesgo** se utiliza para describir la etiología de diagnósticos de enfermería de riesgo.

Características definitorias. Son el conjunto de signos y síntomas que indican la presencia de una etiqueta diagnóstica concreta. En el caso de los diagnósticos de enfermería reales, son los signos y síntomas del paciente. Para los diagnósticos de riesgo son las mismas que la etiología: los factores de riesgo que determinan que el paciente sea más vulnerable de <<lo normal>> al problema.¹⁴

IDENTIFICACIÓN DE LOS PROBLEMAS DEL PACIENTE

Un **problema de salud** se reconoce por las características siguientes:

- a) Es una respuesta humana a un proceso vital, un acontecimiento o un factor estresante.
- b) Es una situación relacionada con la salud que tanto el paciente como la enfermera desean modificar.
- c) Requiere que se intervenga para prevenir o resolver la enfermedad o para ayudar a afrontarla.
- d) Supone o tiene como consecuencia un proceso ineficaz de afrontamiento/adaptación o a una vida diaria que no satisface al paciente.
- e) Es un estado del paciente no deseable.¹⁵

DISTINCIÓN ENTRE DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS Y DIAGNÓSTICOS MÉDICOS

¹³ MURRAY, *op cit*, p. 44

¹⁴ POTTER, *op cit*, p.p. 327

¹⁵ MURRAY, *op cit*, p. 36

Mientras que un diagnóstico enfermero es un enunciado del juicio de la enfermera y describen las respuestas físicas, socioculturales, psicológicas y espirituales del paciente, se refiere a un problema que el personal de enfermería está autorizado a tratar, un diagnóstico médico es emitido y se refiere a un problema que sólo un médico puede tratar como son enfermedades-respuestas fisiopatológicas específicas.

Los diagnósticos de enfermería guardan relación con las **funciones independientes** de la enfermera, es decir, con las áreas de asistencia sanitaria que son exclusivas de la enfermería. Con respecto a los diagnósticos médicos, las enfermeras están obligadas a llevar a cabo los tratamientos prescritos por los médicos, es decir, las **funciones dependientes**.

DISTINCIÓN ENTRE DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS Y PROBLEMAS INTERDEPENDIENTES

Al igual que los diagnósticos enfermeros de riesgo, los problemas interdependientes son un tipo de problemas potenciales. Sin embargo, las intervenciones de enfermería independientes para problemas interdependientes se concentran sobre todo en vigilar el estado del paciente y prevenir el desarrollo de la complicación.

EL PROCESO DIAGNÓSTICO

El proceso diagnóstico utiliza dos habilidades, el **análisis** que es la separación en componentes, es decir, la división del todo en sus distintas partes. La **síntesis** es lo contrario, a saber, reunir las partes en un todo. El **pensamiento crítico** es un proceso cognitivo durante el cual una persona revisa los datos y estudia las explicaciones antes de formarse una opinión.

El proceso diagnóstico consta de tres etapas:

Análisis de los datos

Comparar los datos con los estándares.
Agrupar los datos; generar hipótesis provisionales.
Detectar lagunas e inconsistencias.

Identificación de problemas de salud, riesgos y factores relacionados

Formulación de enunciados diagnósticos

Diagnósticos enfermeros: enunciados en una parte, dos partes y tres partes.
Problemas interdependientes: el formato PES no se utiliza para los problemas interdependientes porque son problemas potenciales. Por consiguiente, el paciente no tiene signos o síntomas que la enfermera pueda reseñar.

PLANIFICACIÓN

La planificación es una fase sistémica y deliberada del proceso de enfermería en la que se toman decisiones y se resuelven problemas. Durante las misma, la enfermera consulta los datos de la evaluación del cliente y los enunciados diagnósticos para orientarse al formular los objetivos del cliente y determinar las estrategias de enfermería necesarias para prevenir, reducir o eliminar los problemas de salud del cliente. El producto de la fase de planificación es un plan de asistencia del cliente.

TIPOS DE PLANIFICACIÓN

La planificación se inicia con el primer contacto con el paciente y prosigue hasta que la relación enfermera-cliente termina.

Planificación inicial. Por lo general, es la enfermera que realiza la valoración de ingreso la que desarrolla el plan inicial y general de cuidados. En ocasiones, las enfermeras utilizan la información disponible para desarrollar planes preliminares y completarlos a medida que van obteniéndose los datos que faltaban.

Planificación continua. La realizan todas las enfermeras que trabajan con el paciente. A medida que obtienen nueva información y evalúan las respuestas del cliente a los cuidados, pueden individualizar más el plan inicial de cuidados.

Planificación del alta. El proceso de prever y planificar las necesidades del paciente al salir del hospital, se está convirtiendo en una parte crucial de la atención integral a la salud. También deben evaluarse, al considerar las necesidades del alta, los recursos del cliente, su familia y la comunidad.

CONSULTA

La consulta es el proceso en el cual dos personas deliberan, se realiza con frecuencia en todas las fases del proceso de enfermería y, en particular, durante la planificación. La consulta supone que la enfermera encargada de la asistencia busca que le aconsejen o le aclaren algún punto acerca de los objetivos del paciente. Por lo general, las enfermeras consultan para confirmar los hallazgos, realizar modificaciones y obtener más información.

EL PROCESO DE PLANIFICACIÓN

ESTABLECER PRIORIDADES. Es el proceso por el que se determina un orden de preferencias para las estrategias de enfermería. La enfermera y el paciente empiezan a planificar decidiendo que diagnóstico enfermero es el primero en necesitar atención, cual el segundo y así sucesivamente.

Las enfermeras utilizan a menudo la jerarquía de necesidades de Maslow como son el aire, alimento y agua que son básicas para la vida y reciben mayor prioridad que la necesidad de seguridad o de actividad. La enfermera asigna prioridades sobre la base del juicio de enfermería y, en la medida de lo posible, de las preferencias del paciente; se debe tener cuenta diversos factores, por ejemplo, los valores y prioridades del paciente y los recursos disponibles.

ESTABLECER LOS OBJETIVOS DEL CLIENTE Y LOS CRITERIOS DE RESULTADOS. Tras asignar las prioridades, la enfermera establece los objetivos para cada diagnóstico enfermero. Un **objetivo** es la evolución del paciente o una modificación de su comportamiento deseadas. Conseguir un objetivo es resolver el problema especificado en el diagnóstico enfermero. En un plan de asistencia, los objetivos describen lo que la enfermera espera conseguir al ejecutar las órdenes de enfermería.

Los fines de los objetivos son los siguientes: 1) orientar en la planificación de las intervenciones de enfermería con las que se lograrán las modificaciones deseadas en el paciente, 2) proporcionar un plazo para las actividades planificadas, 3) servir como criterios para evaluar los progresos del paciente, 4) permitir al paciente y a la enfermera determinar cuando se ha resuelto un problema y 5) motivar a ambos e infundirles un sentimiento de logro.¹⁶

¹⁶ POTTER, *op cit*, p.p. 338

SELECCIÓN DE ESTRATEGIAS DE ENFERMERÍA. Las estrategias o intervenciones, son actividades de enfermería que están relacionadas con un diagnóstico enfermero específico y que una enfermera realiza para conseguir los objetivos del paciente. Las estrategias concretas que se eligen deben centrarse en eliminar o reducir la etiología. En el caso de los diagnósticos enfermeros potenciales, las estrategias deben concentrarse en medidas para reducir los factores de riesgo del paciente y/o sus signos y síntomas.

TIPOS DE ESTRATEGIAS DE ENFERMERÍA. Se identifican y escriben durante la etapa de planificación del proceso de enfermería; sin embargo, en realidad se llevan a cabo durante la fase de ejecución.¹⁷

LAS INTERVENCIONES INDEPENDIENTES. Son las actividades que las enfermeras están autorizadas a emprender sobre la base de sus conocimientos y habilidades. Comprenden los cuidados físicos, la evolución continua, la docencia, etc.

LAS INTERVENCIONES DERIVADAS. Son las que se realizan por orden del médico o bajo su supervisión, o bien según procedimientos sistematizados. Las intervenciones dependientes suelen guardar relación directa con la enfermedad del paciente.

LAS INTERVENCIONES INTERDEPENDIENTES. Son acciones que la enfermera lleva a cabo en colaboración con otros miembros del equipo de asistencia sanitaria, como fisioterapeutas, asistentes sociales, dietólogos y médicos.

REDACCIÓN DE LAS ÓRDENES DE ENFERMERÍA.

FECHA. Las órdenes de enfermería siempre se fechan en el momento de escribirse y se revisan a intervalos regulares que dependen de las necesidades del individuo.

VERBO DE ACCIÓN. El verbo inicia la orden y debe ser preciso.

ÁREA DE CONTENIDO. El contenido es el dónde y el qué de la orden.

ELEMENTO TIEMPO. El elemento tiempo responde al cuándo, durante cuánto tiempo o con que frecuencia debe producirse la acción de enfermería.

FIRMA. La firma de la enfermera que prescribe la orden es signo de su responsabilidad y tiene valor legal.¹⁸

Ejemplo:

Fecha	Verbo de acción	Área de contenido	Elemento tiempo	Firma
14/4/94	Observar	Si manifiesta interés por las actividades en grupo	En cada contacto con el paciente	J. Jonás, ED
14/4/94	Instruir	(Al paciente) para que evite tomar líquidos con las comidas si tiene náuseas	En el turno de la tarde-noche del 14/4/94	J. Jonás, ED

DESARROLLO DE LOS PLANES DE ENFERMERÍA. El **plan de cuidados de enfermería** (también conocido como plan de cuidados del paciente) es una guía escrita que organiza la información sobre los cuidados a un cliente como un todo significativo. La enfermera pone en marcha el plan tan pronto como el paciente ingresa en el centro y lo actualiza constantemente a lo largo de su estancia, en respuesta a los cambios en el estado del paciente y a las valoraciones de logro de objetivos.

¹⁷ MURRAY, *op cit*, p. 63

¹⁸ POTTER, *op cit*, p.p. 341

Objetivos de un plan de cuidados por escrito. Son los siguientes:

1. Ofrecer directrices para lo *cuidados individualizados* al paciente.
2. Facilitar la *continuidad de los cuidados*. El plan escrito es un medio para comunicar y organizar las acciones de un personal de enfermería que cambia constantemente.
3. *Orientar sobre lo que debe quedar documentado* en las notas de evolución del paciente.
4. *Orientar para designar al personal* que va a atender al paciente.
5. *Orientar para el reembolso* de las compañías de seguro médico.

Directrices para escribir los planes de cuidados de enfermería.

1. Datar y firmar el plan.
2. Utilizar los encabezados de categorías <<diagnósticos de enfermeros>>, <<objetivos/criterios de resultados>>, <<órdenes de enfermería>> y <<evaluación>>.
3. Para comunicar las ideas, en lugar de frases completas, utilizar símbolos y palabras clave.
4. En lugar de incluir todos los pasos de un procedimiento en el plan escrito, referirse a libros u otras fuentes de información.
5. Adaptar el plan a las características particulares del paciente.
6. Asegurarse de que el plan de enfermería incorpora medidas preventivas y de mantenimiento de la salud, así como restauradoras.
7. Asegurarse de que el plan incluye órdenes para la evaluación continua del paciente.
8. Incluir en el plan actividades interdependientes y de coordinación.
9. Incluir planes para el alta del paciente y para las necesidades de cuidados a domicilio.

EJECUCIÓN

Es la fase en que la enfermera pone en marcha el plan de cuidados de enfermería. Globalmente definida, la ejecución consiste en realizar, delegar y registrar. La enfermera realiza o delega las órdenes de enfermería que fueron desarrolladas en la fase de planificación y después concluye la fase de ejecución registrando las actividades de enfermería y las respuestas de los clientes.

Mientras que el proceso de enfermería permite a las enfermeras centrarse en sus actividades independientes, <<la función global de la enfermera incluye también funciones dependientes y de colaboración, por consiguiente, durante la fase de ejecución, las enfermeras ejecutan tanto las órdenes de enfermería del plan de cuidados del cliente como las órdenes de médico del plan de cuidados médicos>>.

RELACIÓN ENTRE LA EJECUCIÓN Y OTRAS FASES DEL PROCESO DE ENFERMERÍA

Una ejecución satisfactoria depende, en parte, de la calidad de la valoración, del diagnóstico y de la planificación que se hayan realizado. Estas tres primeras fases proporcionan la base para las acciones autónomas de enfermería. Asu vez, la ejecución influye sobre las verdaderas actividades de enfermería y las respuestas del cliente, que serán evaluadas en la fase final (evaluación).

La valoración continua se produce de forma simultánea a la ejecución y por lo tanto la valoración continua *no es lo mismo que la ejecución*, sino que ambas se producen de forma concurrente. Por último, las enfermeras ejecutan órdenes de enfermería que implican específicamente una nueva valoración.

HABILIDADES DE EJECUCIÓN

Para ejecutar el plan de cuidados satisfactoriamente las enfermeras requieren buenas habilidades cognitivas, interpersonales y técnicas. Las habilidades difieren unas de otras; sin embargo, en la práctica, las enfermeras las utilizan en diversas combinaciones y con distinto énfasis, dependiendo de la actividad. Por ejemplo, al insertar una sonda urinaria la enfermera requiere conocimientos

cognitivos sobre los principios y fases del procedimiento, habilidad técnica para cubrir al paciente y manipular el instrumental, y habilidad interpersonal para informar y tranquilizar al cliente.

PROCESO DE EJECUCIÓN

El proceso de ejecución normalmente incluye:

Nueva valoración del cliente. La valoración se realiza a través de todo el proceso de enfermería, siempre que la enfermera tenga contacto con el cliente. Justo antes de la ejecución, la enfermera valora de nuevo si la intervención sigue siendo necesaria.

Determinar la necesidad de cuidados de enfermería. La enfermera puede necesitar ayuda por uno de los siguientes motivos:

- a) La enfermera es incapaz de ejecutar la estrategia de enfermería ella sola.
- b) Para disminuir el estrés del cliente.
- c) La enfermera carece de los conocimientos o habilidades necesarios para ejecutar una actividad.

Ejecución de las estrategias de enfermería. Hecho ya lo anterior, la enfermera ejecuta las estrategias planeadas. Además de realizar las actividades de enfermería, las enfermeras: a) asignan y delegan cuidados a otro personal de enfermería y b) supervisan y evalúan las actividades de enfermería de otros.

Comunicar las acciones de enfermería. La enfermera completa la fase de ejecución registrando las intervenciones, así como las respuestas del cliente, en las notas evolutivas de enfermería. Las acciones de enfermería no deben registrarse anticipadamente, ya que la enfermera puede determinar, que la acción no debe o no puede ser ejecutada. Una enfermera también puede encontrar que una acción de enfermería planeada no puede ejecutarse; por consiguiente, las actividades de enfermería se registran siempre después de haberse realizado, cuando la enfermera puede reflejar de forma precisa lo que ha ocurrido.¹⁹

Las actuaciones de enfermería se comunican verbalmente, además de por escrito. Los informes verbales se dan a otras enfermeras y a otros profesionales sanitarios.

EVALUACIÓN

Evaluar es juzgar o estimar. En este contexto, la evaluación es una actividad planeada, continua y con objetivos, en la que los clientes y los profesionales sanitarios determinan: 1) el progreso del cliente referido a la consecución de objetivos y 2) la eficacia del plan de cuidados de enfermería; de aquí que la enfermera determine si las intervenciones de enfermería pueden suspenderse, continuarse o cambiarse.

La evaluación puede ser continua, intermitente o individual. La **evaluación continua** se realiza durante o inmediatamente después de ejecutar una orden de enfermería, y permite a la enfermera realizar modificaciones puntuales en una intervención. La **evaluación intermitente**, realizada a intervalos separados, muestra el grado de progreso hacia la consecución del objetivo y permite a la enfermera corregir cualquier deficiencia. La **evaluación final** indica el estado del cliente en el momento de ser dado de alta.

Mediante la evaluación, las enfermeras aceptan la responsabilidad de sus acciones, muestran interés en los resultados de las acciones de enfermería y demuestran el deseo de no perpetuar acciones ineficaces, sino de adoptar otras más eficaces.

¹⁹ POTTER, *op cit*, p.p. 358

RELACIÓN ENTRE LA EVALUACIÓN Y OTRAS FASES DEL PROCESO DE ENFERMERÍA

La evaluación depende de la eficacia de las fases que la preceden. Los datos de valoración deben ser precisos y completos, de forma que la enfermera pueda formular la evolución esperada pertinente en la fase de planificación.

La valoración es dinámica, y continua en cada contacto con el cliente. Sin embargo, los datos se recogen por diferentes motivos en distintos momentos del proceso de enfermería.

EVALUACIÓN DE LAS RESPUESTAS DEL CLIENTE

El proceso de evaluación tiene seis componentes:

- Identificar la evolución esperada. Sirve para dos propósitos: 1) establecer el tipo de datos evaluativos que han de ser obtenidos y 2) proporcionar un estándar frente al que se comparan los datos.
- Obtener datos relacionados con la evolución esperada. La enfermera obtiene datos de forma que se puedan extraer conclusiones sobre la consecución o no de los objetivos.
- Comparar los datos con la evolución esperada y juzgar si se han conseguido los objetivos.
- Relacionar las acciones de enfermería con la evolución del cliente. El cuarto aspecto del proceso de evaluación es la determinación de si las acciones de enfermería han tenido alguna relación con la evolución.
- Obtener conclusiones sobre el estado del problema. Cuando se han conseguido los objetivos, la enfermera puede llegar a una de las siguientes conclusiones:
 - El problema actual mencionado en el diagnóstico ha sido resuelto; o el problema potencial está siendo evitado, y ya no existen factores de riesgo.
 - El problema potencial mencionado en el diagnóstico está siendo prevenido, pero los factores de riesgo siguen presentes.
 - El problema actual sigue existiendo aunque se estén cumpliendo algunos objetivos.
- Revisión y modificación del plan de cuidados de enfermería. Tras la obtención de conclusiones sobre el estado de los problemas del cliente, la enfermera modifica el plan de cuidados según esté indicado. Antes de realizar las modificaciones, la enfermera debe determinar primero por qué el plan no fue completamente eficaz. Esto requiere una revisión completa del plan de cuidados y una crítica de las fases del proceso de enfermería implicadas en su desarrollo.

Tras realizar las modificaciones necesarias en el plan de cuidados, la enfermera ejecuta el plan modificado y empieza de nuevo el ciclo del proceso de enfermería.

1.5 FILOSOFÍA DE VIRGINIA HENDERSON

CATORCE NECESIDADES

REFERENCIAS Y ANTECEDENTES PERSONALES

Virginia Henderson nació en 1897, siendo la quinta de ocho hermanos. Durante la primera guerra mundial, despertó en Henderson el interés por la enfermería. Así, en 1918 ingresó a la Escuela de Enfermería del Ejército en Washington, D.C.

Henderson publicó por primera vez su definición de enfermería en la revisión de 1955 de *The Principles and Practice of Nursing*. Hubo tres factores decisivos para que ella formulara su definición acerca de la enfermería; en primer lugar, en 1939 había revisado *Textbook of the Principles and Practices of Nursing* e identificó este texto con su trabajo como una fuente que la permitió darse cuenta de <<la necesidad de aclarar la función de las enfermeras>>.

Un segundo factor determinante fue su participación como miembro del comité de la conferencia regional del National Nursing Council en 1946. Finalmente, Henderson se interesó por los resultados de cinco años de investigación de la asociación ANA sobre la función de la enfermera y no se mostró completamente satisfecha con la definición.²⁰

En *The Nature of Nursing*, indica las siguientes fuentes de influencia en sus primeros trabajos dentro de la enfermería:

- ❖ Annie W. Goodrich. Henderson recordaba que <<siempre que visitaba nuestra clase, exaltaba nuestras reflexiones por encima de la técnica y el trabajo rutinario.
- ❖ Caroline Stackpole. Imprimió en Henderson la idea de la importancia de mantener el equilibrio fisiológico.
- ❖ Jean Broadhurst. Henderson aprendió de ella la importancia de la higiene y la asepsia.
- ❖ Dr. Edward Thorndike. Henderson se dio cuenta de que la enfermedad es <<algo más que un estado patológico>> y que las necesidades básicas no se satisfacen en los hospitales.
- ❖ Dr. George Deaver. Henderson observó que el objetivo del esfuerzo de rehabilitación e el instituto era recuperar la independencia del paciente.
- ❖ Bertha Harmer. La definición que propuso Harmer en 1922 comienza diciendo que <<la enfermería se enraíza en las necesidades de la humanidad>>.
- ❖ Ida Orlando. Según sus palabras <<Ida Orlando me ha hecho darme cuenta de lo fácil que es para una enfermera equivocarse al valorar las necesidades del paciente cuando no contrasta con él su interpretación de dichas necesidades>>.

En su curso de psicología, Henderson supuso que << una definición de enfermería debería incluir una apreciación del principio de equilibrio fisiológico>>. <<Era evidente que el equilibrio emocional no se puede separar del equilibrio fisiológico, después de haber reconocido que la emoción es realmente nuestra interpretación de la respuesta celular a las fluctuaciones en la composición química de los fluidos intercelulares>>.²¹

En los 14 componentes de la asistencia de enfermería, que parte de las necesidades físicas para llegar a los componentes psicosociales, se observa una correlación con la jerarquía de necesidades confeccionada por Abraham Maslow.

²⁰ BENAVENT, Ma. Amparo, *Fundamentos de Enfermería*, p.p. 168-169

²¹ MARRINER, T. Ann, *Modelos y teorías de enfermería*, p.101

PRINCIPALES CONCEPTOS Y DEFINICIONES

ENFERMERÍA La única función de la enfermera consiste en ayudar al individuo, enfermo o sano, a realizar las actividades que contribuyen a su salud o recuperación (o a una muerte tranquila), que llevaría a cabo sin ayuda si contara con la fuerza, voluntad o conocimiento necesarios, haciéndolo de tal modo que se le facilite la consecución de independencia lo más rápidamente posible.

Cuidados básicos de enfermería.
Relación con el equipo de salud.

SALUD Interpretaba la salud como la capacidad de la persona de realizar sin ayuda los 14 componentes del cuidado de enfermería. La salud es una cualidad vital básica para el funcionamiento humano y exige independencia e interdependencia.

Independencia y dependencia.
Causas de la dificultad de salud.

ENTORNO El conjunto de todas las condiciones e influencias externas que afectan a la vida y al desarrollo de un organismo.

Factores ambientales.
Factores socioculturales.

PERSONA Pensaba en la persona como un ser integral que necesita asistencia para recuperar su salud o independencia o una muerte tranquila, y que el cuerpo y el alma son inseparables. Así contempla al paciente y a su familia como una unidad. Considera que tiene 14 necesidades: respirar, comer y beber, eliminar, moverse y conservar la postura, dormir y descansar, vestirse y desnudarse, mantener la temperatura corporal, mantenerse limpio, evitar el peligro, comunicarse, rendir culto, trabajar, jugar y aprender.

Necesidades básicas.

APLICACIÓN DEL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON

Virginia Henderson ofrece una visión clara de los cuidados de enfermería, el individuo sano o enfermo es considerado como un todo completo que presenta 14 necesidades fundamentales que debe satisfacer, la finalidad de los cuidados tal como se deduce en esta concepción, consiste en conservar o restablecer la independencia de la persona en la satisfacción de sus necesidades; el rol de la enfermera consiste en ayudar al individuo o recuperar o mantener su independencia, supliéndolo en aquello que el no pueda realizar por si mismo para responder a sus necesidades.}

Los postulados y valores en que se apoya esta organización conceptual son:

Postulados:

- Todo ser humano tiende hacia la independencia y la desea.
- El individuo forma un todo que se caracteriza por sus necesidades fundamentales.
- Cuando una necesidad permanece insatisfecha, el individuo no está completo, entero o independiente.

Valores:

- La enfermera tiene funciones que le son propias.

- Cuando la enfermera usurpa la función del médico, cede a su vez sus funciones propias a un personal no calificado.
- La sociedad espera de la enfermera un servicio especial que ningún otro trabajador le puede prestar.

El marco conceptual de Virginia Henderson se fundamenta en la presencia de un ser humano con necesidades fundamentales; una necesidad fundamental es una necesidad vital, esencial que tiene el ser humano para asegurar su bienestar y preservarse física y mentalmente.

Necesidades fundamentales

1. Oxigenación
2. Hidratación y alimentación
3. Eliminación
4. Moverse y conservar buena postura
5. Descanso y sueño
6. Usar prendas de vestir adecuadas
7. Termorregulación
8. Higiene y protección de la piel
9. Evitar peligros
10. Comunicarse
11. Vivir según sus creencias
12. Trabajar y realizarse
13. Recrearse
14. Aprendizaje

Cada una de estas necesidades está relacionada con las dimensiones del ser humano, en cada una de ellas puede descubrirse las dimensiones biológicas, psicológicas, sociología cultural y espirituales. La enfermera que desee prestar cuidados personalizados ha de considerar estos cuidados en su conjunto y planificar intervenciones apropiadas considerando estas diferentes dimensiones que implica que cualquier modificación en cada una de ellas pueda dar lugar a modificaciones en las restantes.

Desde un punto de vista holístico, es decir, el estudio por separado de cada una de estas necesidades, en ningún momento nos da la visión del ser humano en su totalidad sino solamente de una parte de la realidad de la persona, siendo necesaria la interrelación de cada una de estas necesidades con las restantes para poder valorar el estado del individuo como un todo.

La persona y las 14 necesidades básicas

Henderson precisa su conceptualización del individuo o persona, objeto de los cuidados. Así, cada persona se configura como un ser único y complejo con los 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:

- 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 peligros*
- 10) *Necesidad de comunicarse*
- 11) *Necesidad de vivir según sus creencias y valores*

- 12) Necesidad de trabajar y realizarse
- 13) Necesidad de recrearse
- 14) Necesidad de aprendizaje

La salud. Independencia, dependencia y causas de dificultad

Virginia Henderson desde una filosofía humanística, 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, con el fin de mantener en estado óptimo la propia salud, cuando no es posible aparece una dependencia que se debe según Henderson a tres causas que identifica como: falta de fuerza, falta de voluntad y falta de conocimiento.

- El concepto de 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 las necesidades de acuerdo con su edad, etapa de desarrollo y situación.
- La DEPENDENCIA 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 necesidades.
- Las CAUSAS DE 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:
 - Falta de fuerza: no sólo la falta de capacidad física o habilidades mecánicas de las personas sino también la capacidad del individuo para llevar a término las acciones pertinentes a la situación determinada por su estado emocional, funciones psíquicas y capacidad intelectual.
 - Falta de conocimientos: en lo relativo a las cuestiones esenciales sobre la propia salud y situación de enfermedad, la propia persona y sobre los recursos disponibles.
 - Falta de voluntad: limitación o incapacidad cuando una persona no desea tomar decisiones adecuadas a la situación y en la ejecución y mantenimiento de las acciones oportunas para satisfacer sus necesidades.

La presencia de estas tres causas o de algunas de ellas da lugar a una dependencia total o parcial así como la temporal o permanente, aspectos que deberían ser valorados para la planificación de las intervenciones correspondientes. El tipo de actuación de suplencia o ayuda será determinado por el grado de dependencia.

Rol profesional, cuidados básicos de enfermería y equipo de salud

Los cuidados básicos de enfermería son conceptualizados como acciones que lleva a cabo la enfermera en el desarrollo de su definición propia, actuando según criterios de suplencia o ayuda según el nivel de dependencia identificado en la persona. Henderson dice “este es el aspecto de su trabajo, de su función en el que la enfermera inicia y controla y en el que es dueña de la situación”.

Los cuidados básicos son considerados como un servicio derivado del análisis de las necesidades humanas, son universalmente las mismas porque todos tenemos necesidades comunes, sin embargo varían constantemente porque cada persona interpreta a su manera estas necesidades; en otras palabras la enfermería se componen de los mismos elementos identificables pero estos se han de adaptar a las modalidades de cada persona; de ahí surge el concepto de cuidados individualizados y dirigidos a la persona en su totalidad. Henderson analiza también la contribución

de las enfermeras con el equipo multidisciplinar, considerando que colabora con los demás miembros del equipo así como estos colaboran con ella en la planificación y ejecución de un programa global ya sea para el mejoramiento de la salud, el establecimiento del paciente o para evitarle sufrimientos.

Entorno

Comprende la importancia de los aspectos socioculturales y de los aspectos físicos (familia, grupo, aprendizaje, factores de ambiente) para la valoración de las necesidades y la planificación de los cuidados.

El modelo de Virginia Henderson como marco conceptual, es aplicable en todas y cada una de las etapas del proceso de enfermería.

Las etapas de valoración y diagnóstico sirven de guía para la recogida de datos, análisis y síntesis de los mismos; en estas etapas se determina:

- Grado de dependencia e independencia en la satisfacción de cada una de las 14 necesidades.
- Causas de dificultad en tal satisfacción.
- Interrelación de unas necesidades con otras.
- Definición de los problemas y su relación con las causas de la dificultad de los problemas y su relación con las causas de dificultad identificadas.

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

Finalmente, en la etapa de evaluación, el modelo de Henderson ayuda a determinar los criterios que nos indicarán los niveles de independencia mantenidos y/o alcanzados a partir de la puesta en marcha del plan de cuidados, ya que según esta autora nuestra meta es ayudar al individuo a conseguir su independencia máxima en la satisfacción de las necesidades, lo más rápidamente posible. Evidentemente, esto no significa que nosotros como personal de enfermería le propiciaremos la independencia, sino que nuestra actuación va encaminada a ayudarle a alcanzar dicha independencia por sí mismo de acuerdo con sus capacidades y recursos.

LA RELACIÓN ENFERMERA-PACIENTE

Se pueden establecer niveles en la relación enfermera-paciente: 1) la enfermera como una *sustituta* del paciente, 2) la enfermera como una auxiliar del paciente y 3) la enfermera como una *compañera* del paciente. En el momento de una enfermedad grave, se contempla a la enfermera como un <<sustituto de las carencias del paciente para ser “completo”, “integral” o “independiente” debido a su falta de fortaleza física, voluntad o conocimiento>>.

Durante los estados de convalecencia, la enfermera socorre a la persona para que adquiera o recupere su independencia. Como compañeros, la enfermera y el paciente forman juntos el plan de asistencia. La enfermera debe ser capaz de valorar las condiciones y estados patológicos del paciente. Henderson afirmaba que la enfermera <<debe mantenerse en la piel de cada paciente para conocer cuáles son sus necesidades.>>

La enfermera puede modificar el entorno siempre que lo considere indispensable. La enfermera y la persona siempre trabajan por un objetivo, ya sea la independencia o una muerte tranquila. Una

de las metas de la enfermera debe ser mantener la vida cotidiana del paciente <<lo más normal posible>>.

LA RELACIÓN ENFERMERA-MÉDICO

Henderson remarcaba que las enfermeras no están a las órdenes del médico, ya que <<questionaba la filosofía de que los médicos den órdenes a los pacientes y a los empleados sanitarios>>.

LA ENFERMERA COMO MIEMBRO DEL EQUIPO SANITARIO

La enfermera trabaja de forma independiente con respecto a otros profesionales sanitarios. Todos ellos se ayudan mutuamente para completar el programa de asistencia pero no deben realizar las tareas ajenas. Henderson admitía que <<esto no quiere decir que la definición sea definitiva. Creo que la enfermera cambiará según la época en la que se practique y que depende en gran medida de lo que haga el resto del personal sanitario>>

II. ESGUINCES

2.1 ANATOMÍA DEL PIE Y TOBILLO



LOS HUESOS DEL PIE

El pie está formado por el tarso, el metatarso y las falanges. El tarso se componen de 7 huesos; el metatarso, de 5, y las falanges, de 14.

El **TARSO** consta de 7 huesos: calcáneo, astrágalo, cuboides, escafoides y las tres cuñas. Solamente un hueso, el astrágalo, se articula con los huesos de la pierna.

El **calcáneo** (hueso del talón) es el hueso más grande y fuerte del pie. El calcáneo transmite casi todo el peso corporal del astrágalo al suelo. El calcáneo se articula con el astrágalo por arriba y con el cuboides por delante. La **apófisis menor del calcáneo** se proyecta, a modo de repisa, desde el borde superior de la cara medial del calcáneo y sujeta la cabeza del astrágalo. La cara lateral del calcáneo tiene una cresta oblicua –la **tróclea del peroné**-. Sobre la parte posterior del calcáneo aparece una prominencia –la **tuberosidad del calcáneo**- que dispone de los tubérculos (apófisis) medial, lateral y anterior.

El **astrágalo** tiene cuerpo, cuello y cabeza. La superior del astrágalo soporta el peso del cuerpo, que se transmite desde la tibia. Además, se articula con el peroné, el calcáneo y el escafoides. El astrágalo es el único hueso del tarso que no dispone de inserciones musculares ni tendinosas. La **cabeza del astrágalo**, se dirige en el plano anteromedial y se apoya sobre una repisa o proyección lateral del calcáneo, la **apófisis menor del calcáneo**. El cuerpo del astrágalo es estrecho por la parte posterior y tiene un surco en el tendón. El surco posee un **tubérculo lateral** prominente y otro **medial**, menos destacado.

El **escafoides** es un hueso aplanado, con forma de barquilla, situado entre la cabeza del astrágalo por detrás y las tres cuñas por delante. La cara medial del escafoides se proyecta hacia abajo para dar el **tubérculo del escafoides**.

El **cuboides**, de forma aproximadamente cúbica, es el hueso más lateral de la hilera distal del tarso. Delante del **tubérculo del cuboides** se encuentra un surco para el tendón del músculo peroneo largo, en las caras lateral e inferior del hueso.

Las **tres cuñas** son las cuñas medial (1ª), intermedia (2ª) y lateral (3ª). La **cuña medial** es la más grande, y la **intermedia**, la más pequeña. Cada cuña se articula con el hueso escafoides por

detrás y con la base del metatarsiano correspondiente por delante. La **cuña lateral** se articula con el cuboides.

El **METATARSO** se compone de 5 huesos metatarsianos, que se enumeran desde la cara medial del pie. El 1^{er} metatarsiano es más corto y duro que los demás. El 2^o es el más largo. Cada metatarsiano posee una base proximal, un cuerpo y una cabeza distal. *La base de cada metatarsiano es el extremo proximal de mayor tamaño.* Las bases de los metatarsianos se articulan con la cuña y el cuboides, y las cabezas, con las falanges proximales. *La base del 5^o metatarsiano tiene un gran tubérculo* que se proyecta sobre el borde lateral del cuboides. En la cara plantar de la cabeza del 1^{er} metatarsiano se encuentran los *huesos sesamoideos* medial y lateral; estos huesos están embutidos o cubiertos por los ligamentos plantares.

Las **14 FALANGES** se disponen así: el 1^{er} dedo o dedo gordo tiene dos falanges (proximal o distal); los 4 dedos restantes tienen tres cada uno, proximal, media y distal. Cada falange se compone de una base (proximal), un cuerpo y una cabeza distal. Las falanges del 1^{er} dedo son cortas, anchas y poderosas.

LA ARTICULACIÓN DEL TOBILLO

La articulación del tobillo (tibioastragalina) es una articulación sinovial, de tipo bisagra (trocleartrosis), que se encuentra entre las extremidades distal de la tibia y el peroné y la parte superior del astrágalo. El tobillo se palpa entre los tendones de la cara anterior, como una pequeña depresión aproximadamente 1 cm. proximal a la punta del maléolo medial.²²

Caras articulares del tobillo

Las extremidades distales de la tibia y del peroné (junto con la parte transversa inferior del ligamento tibioperoneo posterior) crean una *mortaja* (cavidad profunda), en la que encaja la **tróclea del astrágalo**, que tiene forma de polea. La tróclea es la cara articular superior y redonda del astrágalo. La cara medial del maléolo lateral se articula con la cara lateral del astrágalo. La tibia se articula con el astrágalo por dos lugares:

- La cara inferior forma el tacho de la mortaja
- El maléolo medial se articula con la cara medial del astrágalo.

Los maléolos sujetan firmemente el astrágalo cuando éste se balancea hacia delante y, sobre todo, hacia atrás dentro de la mortaja durante los movimientos del tobillo. La sujeción de los maléolos en la tróclea es más fuerte con la dorsiflexión del pie, porque este movimiento obliga a que la parte anterior y más ancha de la tróclea se desplace hacia atrás, separando ligeramente la tibia del peroné. Esta separación se encuentra limitada por el robusto ligamento interóseo y por los ligamentos tibioperoneos transversos, anterior y posterior que unen la tibia con el peroné. La articulación del tobillo es bastante inestable en la flexión plantar, porque la tróclea es más estrecha por la cara posterior y, por tanto, queda bastante laxa dentro de la mortaja.

Cápsula articular del tobillo

La *cápsula fibrosa* es delgada por delante y por detrás, pero se apoya a cada lado en poderosos ligamentos colaterales. Se inserta por arriba con los bordes de las caras articulares de la tibia y en los maléolos, y por abajo, en el astrágalo.

Ligamentos del tobillo

La cápsula fibrosa está reforzada por el **ligamento lateral** (más débil que el medial), que consta de tres partes:

²² Moore Keith L., Anatomía con orientación clínica, p. 646

- A. El *ligamento astragaloperoneo anterior*, una banda débil y plana que se extiende anteromedialmente desde el maléolo lateral hasta el cuello del astrágalo.
- B. El *ligamento astragaloperoneo posterior*, una banda gruesa y bastante robusta que se dirige horizontalmente, en sentido medial y algo posterior, desde la fosa maleolar hasta el tubérculo lateral del astrágalo.
- C. El *ligamento calcaneoperoneo*, un cordón redondo que se dirige hacia atrás y hacia abajo desde la punta del maléolo lateral hacia la cara lateral del calcáneo.

La cápsula fibrosa tiene un refuerzo medial en el **ligamento medial** (ligamento deltoideo) grande y robusto, que se inserta próximamente en el maléolo medial. El ligamento medial posee fibras que se abren en abanico desde el maléolo para insertarse distalmente en el astrágalo, calcáneo y escafoides, formando:

- El ligamento tibioescafoideo
- Los ligamentos tibioastragalinos anterior y posterior
- El ligamento tibioalcáneo.

El ligamento medial estabiliza el tobillo durante la eversión e impide la subluxación de la articulación. La **membrana sinovial** es laxa y tapiza la cápsula fibrosa. La cavidad sinovial se extiende, a menudo, hacia arriba entre la tibia y el peroné y alcanza el ligamento interóseo de la articulación tibioperonea distal.

Músculos que movilizan la articulación del tobillo

El movimiento de flexión dorsal del pie, es decir, la acción de dirigir la punta del pie hacia arriba, se produce en la articulación **tibioastragalina** y gracias a la contracción de músculos que pasan por delante de dicha articulación. La flexión plantar o extensión del pie también tiene lugar en la misma articulación y se debe a la contracción de músculos que pasan por la parte posterior de esta articulación.

<i>Eje/Plano</i>	<i>Movimiento</i>	<i>Musculatura agonista fundamental</i>	<i>Musculatura agonista accesoria</i>	<i>Musculatura antagonista</i>
E. transversal/P. anteroposterior	Flexión plantar	Tríceps sural o crural: Gemelo interno Gemelo externo Sóleo	Peroneo lateral corto	Tibial anterior Extensor común de los dedos Peroneo anterior
	Flexión dorsal	Tibial anterior	Extensor común de los dedos Peroneo anterior	Tríceps sural Peroneo lateral corto
E. longitudinal/P. Transversal	Rotación externa	Peroneo lateral largo Peroneo lateral corto	Peroneo anterior	Tibial anterior Tibial posterior
	Rotación interna	Tibial posterior	Tibial anterior	Peroneo lateral largo Peroneo lateral corto
E. anteroposterior/P. frontal	Abducción	Tibial anterior	Peroneo lateral largo Peroneo lateral corto	Tibial posterior
	Aducción	Tibial posterior		Tibial anterior

²³

²³ Guillén del C. M., Bases fisiológicas y biológicas del movimiento humano, p. 151

Flexión dorsal del pie

Nombre del músculo	Origen	Inserción
Tibial anterior	Cara anterolateral de la tibia, tercio superior	Base del 1 ^{er} metatarsiano, cara dorsal
Extensor largo del 1 ^{er} dedo	Cara interior del peroné, tercio medio	Cara dorsal de la 1 ^a y 2 ^a falanges del 1 ^{er} dedo
Extensor largo común	Cara anterolateral de la tibia y medial del peroné	Cara dorsal de la 2 ^a y 3 ^a falanges de los dedos 2 ^o a 5 ^o
Peroneo anterior	Cara anterior del peroné, tercio inferior	Base del 5 ^o metatarsiano, cara dorsal

Articulación astragalocalcanea

Nombre del músculo	Origen	Inserción	Acción principal
Peroneo lateral largo	Cara lateral del peroné	Cara plantar del 1 ^{er} metatarsiano	Lateralización externa y pronación del pie
Peroneo lateral corto	Cara lateral del peroné	Cara dorsal del 5 ^o metatarsiano	Lateralización externa y pronación del pie
Peroneo anterior	Cara anterior del peroné	Cara dorsal del 5 ^o metatarsiano	Lateralización externa y pronación del pie
Tibial anterior	Cara anterior de la tibia y el peroné	Cara dorsal del 1 ^{er} metatarsiano	Lateralización interna y supinación del pie
Tibial posterior	Cara posterior de la tibia y el peroné	Tuberosidad del escafoides	Lateralización interna y supinación del pie
Tríceps sural (gemelos)	Fémur (zona supracondílea)	Calcáneo (tendón de Aquiles)	Lateralización interna y supinación del pie
Tríceps sural (sóleo)	Cara posterior de la tibia y peroné	Calcáneo (tendón de Aquiles)	Lateralización interna y supinación del pie
Extensor largo del 1 ^{er} dedo	Cara interna del peroné	Cara dorsal del 1 ^{er} dedo	Lateralización interna y supinación del pie

Flexión plantar del pie

- a) Plantar delgado
- b) Gemelos surales
- c) Tibial posterior
- d) Flexor largo del 1^{er} dedo
- e) Flexor largo de los dedos
- f) Peroneo lateral largo y
- g) Peroneo lateral corto²⁴

Movimientos del tobillo

Los movimientos principales consisten en dorsiflexión y flexión plantar. Cuando tiene lugar la flexión plantar del pie ocurre cierta rotación, separación y aproximación del tobillo.

²⁴ Escudero, R. B., Estructura y función del cuerpo humano, p 168, 169

- Los músculos del compartimiento anterior de la pierna producen la *dorsiflexión del tobillo*. La dorsiflexión suele quedar limitada por la resistencia pasiva del músculo tríceps sural al estiramiento y por la tensión de los ligamentos medial y lateral.
- La *flexión plantar del tobillo* tiene lugar por los músculos del compartimiento posterior de la pierna.

La irrigación proviene de las arterias de las ramas maleolares de las arterias peroneal y tibiales anterior y posterior. Los nervios provienen del nervio tibial y del nervio peroneo profundo, división del nervio peroneo común.

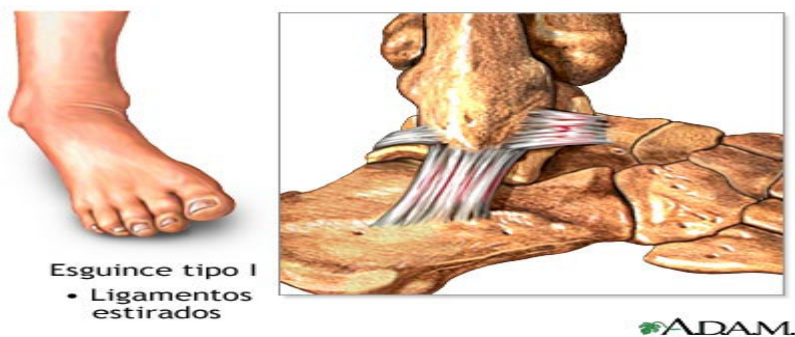
2.2 ESGUINCES DE TOBILLO

Los esguinces del tobillo resultan del desplazamiento hacia dentro o hacia fuera del pie, distendiendo o rompiendo los ligamentos de la cara interna o externa del tobillo. El dolor de un esguince de tobillo es intenso y con frecuencia impide que el individuo pueda trabajar o practicar su deporte durante un periodo variable de tiempo. Sin embargo, con un tratamiento adecuado, los esguinces de tobillo en la mayoría de los casos curan rápidamente y no se convierten en un problema crónico.

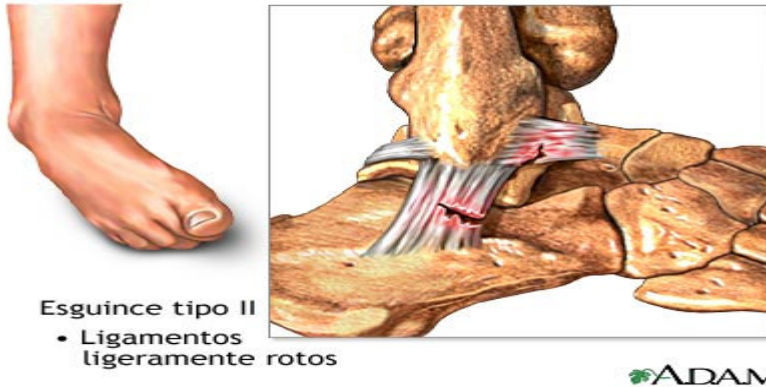
TIPOS DE ESGUINCES DE TOBILLO

Esguinces de primer grado: La forma más común como se puede lesionar el tobillo es por medio de un esguince y cuando éste se presenta, los ligamentos en el tobillo se estiran o se desgarran parcial o totalmente. El tipo de esguince más común es una lesión por inversión, donde el pie es rotado hacia adentro. El esguince de tobillo tipo I es leve y ocurre cuando se ha presentado un estiramiento o desgarro mínimo en los ligamentos.

La hinchazón es mínima y el paciente puede comenzar la actividad deportiva en dos o tres semanas.



Esguinces de segundo grado: Son de nivel moderado y los ligamentos se rompen parcialmente, con hinchazón inmediata. Generalmente precisan de un periodo de reposo de tres a seis semanas antes de volver a la actividad normal.



Esguinces de tercer grado: Son los más graves y suponen la rotura completa de uno o más ligamentos y se presenta una enorme inestabilidad en la articulación del tobillo; pero rara vez precisan cirugía. Se precisan ocho semanas o más para que los ligamentos cicatricen.



DIAGNOSTICO

A la hora del diagnóstico es conveniente realizar una sistemática a pesar de que la evidencia nos anime enseguida a realizar un diagnóstico. Podría ser:

En la **exploración**, el médico observa la tumefacción y la deformidad anatómica para identificar o descartar una posible fractura de maleolos. El edema puede borrar su contorno si ha pasado un plazo de tiempo suficiente. La equimosis subcutánea precoz puede indicar una fractura. En fases más tardías, cualquier sangrado por rotura ligamentosa también puede producirla.

La **palpación sistemática** identificará el punto de máximo dolor y la posibilidad de crepitación, fluctuación de un hematoma o el desplazamiento de fragmentos si hay fractura. Es aconsejable palpar puntos distantes del de la lesión y acercarnos progresivamente hasta localizar el punto de máximo dolor con suavidad y sin despertar las defensas del paciente contra la exploración. Se deben palpar todos los relieves anatómicos siguiendo una sistemática que impida olvidar alguno, desde contornos óseos como ambos maleolos, los trigonum, escafoides, líneas articulares del retropié y cola del quinto meta hasta partes blandas en el trayecto de los perineos, tendones o inserciones de los ligamentos.



Prueba de la **inversión forzada**. Con la misma suavidad se puede explorar el **bostezo** de la articulación forzando progresivamente su apertura. El explorador sujeta con una mano la planta del pie y con la otra la tibia por encima del

tobillo. No es necesario evidenciar el grado total de inestabilidad, que provocaría un dolor intenso. El desplazamiento sin resistencia nos dará una idea aproximada del grado de apertura.

También se puede explorar el grado de **cajón** por rotura de cápsula anterior y del fascículo peroneo-astragalino anterior del ligamento lateral externo, empujando el calcáneo hacia delante y la tibia hacia atrás.

Para valorar el **estado de la sindesmosis** se emplea el **clunk test** haciendo rotar el pie al externo y al interno en una posición neutra sin eversión o inversión, que despierta dolor en la sindesmosis.

Es recomendable una **exploración radiográfica** cuando existan dudas, aunque sean mínimas, de fractura ósea. Incluso se pueden completar con un TAC si es grande nuestra sospecha y no conseguimos identificarla con la radiografía simple.



2.3 TRATAMIENTO DE LOS ESGUINCES

El objetivo primario del tratamiento es evitar el edema que se produce tras la lesión. La aplicación de hielo es básica en los dos o tres primeros días, junto con la colocación de un vendaje compresivo. Si hay dolor al caminar, debe evitarse el apoyo usando unas muletas para evitar aumentar la lesión. Dependiendo de la severidad de la lesión una férula o un yeso pueden ser efectivos para prevenir mayores daños y acelerar la cicatrización del ligamento.

La movilización del tobillo (flexión y extensión) y trazar círculos con el pie (hacia fuera y hacia dentro), pueden ayudar a reducir la inflamación y previenen la rigidez. Dependiendo de la severidad de la lesión, su médico puede ayudarle con un programa de rehabilitación apropiado para conseguir un retorno rápido a la actividad deportiva.

El tratamiento inicial puede resumirse en cuatro palabras: **Reposo, hielo, compresión y elevación.**

Reposo: Es una parte esencial del proceso de recuperación. Si es necesario, elimine toda carga sobre el tobillo lesionado. Si necesita bastones siga los consejos del médico o fisioterapeuta sobre la forma de usarlos: puede necesitar un apoyo parcial o una descarga completa dependiendo de la lesión y el nivel de dolor. El reposo no impide la realización simultánea de ejercicios en descarga, como la natación o la bicicleta estática.

Hielo: Llenar una bolsa de plástico con hielo triturado y colocarla sobre la zona inflamada. Para proteger la piel, ponga la bolsa de hielo sobre una capa de vendaje elástico empapada en agua fría. Mantener el hielo durante periodos de aproximadamente treinta minutos.

Compresión: Comprimir la zona lesionada con un vendaje elástico. Éste protege el ligamento lesionado y reduce la inflamación. La tensión del vendaje debe ser firme y uniforme, pero nunca debe estar demasiado apretado.

Elevación: Mientras se aplica hielo, eleve la zona lesionada por encima del nivel del corazón. Continúe con este procedimiento en las horas siguientes, con el vendaje de compresión colocado.

REHABILITACIÓN

Los dos objetivos de la rehabilitación son:

- Disminuir la inflamación
- Fortalecer los músculos que rodean el tobillo.

- La inflamación puede reducirse manteniendo el tobillo lo más elevado posible y con la utilización adecuada de la compresión. Realizar ejercicios para fortalecer el tobillo.



Las medidas de Fisioterapia son muy variadas: crioterapia en fases agudas, sobre todo, y tardías de la lesión, movilizaciones activas y pasivas, contra resistencia, ultrasonidos, electroterapia, electroestimulación, etc.

2.4 COMPLICACIONES

A veces, un esguince grave o moderado causa problemas incluso después de que el ligamento ha sanado. Se puede desarrollar un pequeño nódulo en uno de los ligamentos del tobillo que causa una fricción constante en la articulación, conduciendo a la inflamación crónica y, finalmente, a daños permanentes. La inyección de una mezcla de corticosteroides en el tobillo reduce la inflamación, y la administración de un anestésico local alivia el dolor de modo eficaz. En raras ocasiones se requiere la intervención quirúrgica.

En un esguince puede también lesionarse el nervio que recorre uno de los ligamentos del tobillo. El dolor y el hormigueo consecuentes (neuralgia) se alivian, a veces de modo permanente, con una inyección de un anestésico local. Las personas con esguince de tobillo suelen caminar de un modo que desgasta excesivamente los tendones (tejidos fibrosos y resistentes que conectan los músculos al hueso o los músculos entre sí); el resultado final es la inflamación de los tendones del lado externo del tobillo. Esta afección, llamada tenosinovitis peroneal, puede causar hinchazón crónica y dolor en la parte externa del tobillo. El tratamiento consiste en usar soportes para el tobillo, que limitan el movimiento de la articulación. También pueden ser eficaces las inyecciones de cortisona dentro de la vaina del tendón, aunque no debe abusarse de su uso.

En ocasiones, el impacto de un esguince grave causa espasmos en los vasos sanguíneos del tobillo que reducen la circulación sanguínea. Por consiguiente, algunas zonas del hueso y de otros tejidos pueden resultar afectadas debido a la falta de irrigación, por lo que pueden comenzar a deteriorarse. Esta afección, denominada distrofia simpática refleja o atrofia de Sudeck, puede provocar hinchazón y dolor en el pie, a menudo intenso, que puede pasar de un punto a otro del tobillo y del pie. A pesar del dolor, la persona puede seguir caminando. La fisioterapia y los analgésicos administrados por vía oral pueden ser útiles. Se puede recurrir, en caso de dolor crónico e intenso, a la inyección de un anestésico local alrededor del nervio que estimula el tobillo (bloqueo del nervio), así como a la administración de corticosteroides y al apoyo psicológico.

El síndrome de seno del tarso es el dolor persistente en la zona entre el hueso del talón (calcáneo) y el hueso del tobillo (talus o astrágalo), a raíz de una torcedura. Puede estar asociado con el desgarro parcial de los ligamentos dentro del pie. Las inyecciones de corticosteroides y los anestésicos locales son a menudo útiles.

III. METODOLOGÍA

Para la aplicación de este Proceso Atención de Enfermería, se seleccionó a una persona adulta que fue atendido en el servicio de Rehabilitación física de la Dirección de Medicina del Deporte.

- Elección de un paciente.
- Recolección de datos.
- Revisión de literatura acerca del Proceso Atención de Enfermería.
- Elección del modelo a trabajar (Virginia Henderson).
- Se procedió a la elaboración y priorización de los diagnósticos de enfermería, apoyado en un esquema de la taxonomía de la NANDA.
- El plan de intervenciones de enfermería se realizó basándose en los diagnósticos, considerando la necesidad de movilidad y postura.
- Ejecución de los planes de enfermería.
- La evaluación se llevó a cabo en base al logro de los objetivos, la satisfacción del usuario.
- Valoración continúa.
- Consulta bibliográfica.
- Validación del Proceso Atención de Enfermería para la titulación.
- Cumplimiento de requisitos para la titulación.
- Titulación.

IV. APLICACIÓN DEL PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

Basado en el modelo de Virginia Henderson, aplicado en una persona adulta con alteración de la movilidad

4.1 PRESENTACIÓN DEL CASO

FICHA DE IDENTIFICACIÓN

Institución:	Dirección de Medicina del Deporte.
Servicio:	Rehabilitación física.
Nombre:	Arturo Martínez Lara
Edad:	38 años
Sexo:	Masculino
Lugar de origen:	México D. F.
Ocupación:	Empleado UNAM
Estado civil:	Casado
Religión:	Católico
Escolaridad:	Preparatoria
Domicilio:	Delegación Coyoacan
Dx médico:	Esguince de tobillo derecho grado II

SELECCIÓN Y DESCRIPCIÓN DEL CASO

Se trata de una persona adulta que asiste al servicio de rehabilitación física en la Dirección de Medicina del Deporte, este paciente fue elegido por que presenta un problema de movilidad y falta de conocimientos con respecto al tipo de cuidados que debe llevar a cabo para tratar de que su problema de salud, ni se vuelva a presentar ni se agudice para ir deteriorando su salud.

ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES

El señor Arturo tiene 38 años de edad, es originario del D. F., y desde hace 18 años vive en su domicilio actual. Es casado, su esposa tiene 35 años, la cual tiene en la actualidad una infección de vías urinarias controlada con tratamiento farmacológico.

Don Arturo es trabajador de la UNAM y su esposa es ama de casa, cursaron juntos la preparatoria, lugar donde se conocieron y se hicieron novios para posteriormente casarse. Tiene 2 hijos.

La casa donde viven es propia y se encuentra ubicada en la delegación Coyoacan, y según él, le encanta su casa; cuenta con todos los servicios, agua, drenaje, iluminación, recolección de basura. Su casa esta construida de tabique, techo de concreto, piso de cemento, cuenta con 3 habitaciones, una cocina, comedor, sala, y un pequeño patio, con excelente ventilación e iluminación, comenta que su casa siempre se encuentra con una limpieza adecuada, misma que realiza su esposa y él. No tiene animales domésticos.

Como medio de transporte tiene acceso a taxis y al transporte colectivo. Arturo se hace cargo de todos los gastos dentro de su familia, ya que su esposa es ama de casa, y sus dos hijos se encuentran en edades escolares. Durante su rehabilitación solamente ha contado con el apoyo de esposa, la cual lo ha acompañado en dos ocasiones a su terapia debido a que tiene que realizar sus tareas domésticas, según comento ella. La accesibilidad de los servicios de salud, se lo proporciona el ISSSTE, al cual asiste toda la familia cuando es necesario.

4.2 VALORACIÓN DE ENFERMERÍA

Arturo es paciente de 38 años, que asistió a la Dirección de Medicina del Deporte al servicio de rehabilitación el 10 de noviembre del 2004, con dolor, inflamación, edema y deficiencia en la movilidad del tobillo derecho.

Su padecimiento se inicia el día 10/11/04, refiriendo que al momento de descender del transporte público, pisa una piedra y esto hace que su tobillo derecho haga un movimiento de inversión forzada provocándole una distensión de los ligamentos del tobillo. En ese momento se le imposibilita la deambulación, y refiere aumento del volumen de su tobillo, así como dolor, por lo cual acude a esta dependencia (Dirección de Medicina del Deporte) donde es valorado por un médico del deporte; se le explica el tipo de lesión que sufre y se decide dar rehabilitación a su tobillo.

Se observa a una persona adulta del sexo masculino (Arturo) que acude a la rehabilitación física para tomar su sesión terapéutica. Dentro de los datos que se hallaron en esta valoración se encuentran:

Paciente conciente, orientado, cooperador, cráneo normo céfalo, cabello bien implantado, piel y mucosas integra con una adecuada hidratación sin compromiso, pupilas normorefléxicas e isocóricas, escleras anictéricas. Presenta todas sus piezas dentales aunque con caries en los 2^{os} molares inferiores; cuello sin adenomegalias, tórax simétrico, auscultándose campos pulmonares ventilados con murmullo vesicular sin datos de estertores o ruidos agregados; abdomen blando y depresible a la palpación, peristalsis presente, perímetro abdominal de 107 cm. ; miembros superiores íntegros y simétricos; miembro inferior derecho edematizado, enrojecido, doloroso, cubierto con un vendaje y con movilidad limitada, no apoya el pie derecho debido al dolor que manifiesta y mismo que refiere que si se midiera en una escala del 1 al 10, éste sería de 8; miembro inferior izquierdo íntegro sin datos de compromiso hemodinámico, ambos miembros inferiores son simétricos.

SIGNOS VITALES

Se encontraron los siguientes datos:

TA: 110/70	Temperatura: 36.5 °C
FC: 88 x'	Peso: 95 Kg
FR: 22 x'	Talla: 1.70 m.

VALORACIONES FOCALIZADAS

11/11/04

Se presenta persona adulta del sexo masculino, identificada como Arturo, conciente, quejumbroso y nervioso de no saber que se le va a realizar, con fascies de dolor, palidez de tegumentos, buena hidratación de mucosas, tórax sin presencia de estertores o dificultad respiratoria, abdomen blando con aumento del perímetro abdominal, MS's simétricos e íntegros sin compromiso vascular. Tobillo derecho edematizado, doloroso, enrojecido, con poca movilidad.

12/11/04

Arturo se presenta para su 2^a sesión terapéutica conciente, ansioso por saber si podrá reincorporarse a sus actividades cotidianas, con fascies de dolor, ligera palidez de tegumentos; tórax sin presencia de dificultad respiratoria. Continúa tobillo derecho con el mismo aspecto y se le recomienda que para el fin semana tenga reposo.

15/11/04

En su 3ª sesión terapéutica, Arturo se encuentra conciente, un poco ansioso porque no le ha disminuido el dolor, con fascies de dolor, buena coloración de tegumentos y mucosas hidratadas. El edema ha disminuido, así como el enrojecimiento pero el dolor sigue igual.

16/11/04

El día de hoy, Arturo luce tranquilo aunque con cierta inquietud debido a que sus hijos le han manifestado que porque va tan lenta su recuperación, no presenta fascies de dolor, buena coloración de tegumentos y adecuada hidratación de mucosas. El edema ha ido disminuyendo de manera considerable, el dolor había comenzado a ceder y su arco de movilidad del tobillo empieza a mejorar.

17/11/04

Arturo luce tranquilo y sin tanta ansiedad porque comenta que ya los avances en su rehabilitación son notables, sus miedos y sus dudas se le han ido desapareciendo y siente que muy pronto podrá realizar todas sus actividades cotidianas; además, se siente tranquilo porque sus hijos lo motivan a que siga tanto con su rehabilitación en la Dirección de Medicina del Deporte como con los ejercicios que se le recomendaron para su hogar. Continúa con la misma sintomatología del día anterior.

18/11/04

No asiste a su terapia.

19/11/04

Hoy es su 7ª sesión y en Arturo se pueden notar cambios como una tranquilidad debido a que ve los resultados positivos de su rehabilitación y también según comenta en estos momentos esta recibiendo todo el apoyo moral tanto de sus hijos como de su esposa. Se muestra cooperador, sin fascies de dolor, buena coloración de tegumentos y adecuada hidratación de mucosas. El edema ha disminuido de manera considerable así también como el dolor permitiéndole tener más apoyo y movilidad.

22/11/04

Arturo ha pasado un excelente fin semana porque sus resultados han sido excelentes ya que el dolor casi ha desaparecido lo cual le ha permitido jugar con sus hijos más tiempo sin cansarse, ir a caminar con su esposa al parque que se encuentra a dos cuadras de su casa. Posee una buena coloración de tegumentos y adecuada hidratación de mucosas. El edema ha sido absorbido en su totalidad, el dolor es considerablemente aguantable y su movilidad y apoyo van mejorando.

23/11/04

Arturo, en su penúltimo de rehabilitación, se muestra un poco inquieto ya que tiene miedo a que le suceda lo mismo y vuelva a recaer en el mismo problema; además, nos comenta al personal del servicio que si por favor le podríamos ayudar a disminuir de peso ya que no se siente bien con él mismo y comenta que sospecha que su lesión en parte se debió a que esta excedido de peso y que no hace mucho ejercicio. Con respecto a su aspecto físico luce con buena coloración de tegumentos y adecuada hidratación de mucosas. No hay presencia de edema, el enrojecimiento de la piel es casi nulo, el dolor es tolerable y su movilidad y apoyo han mejorado.

24/11/04

Hoy es el último día de su terapia y Arturo se muestra muy agradecido con todo el personal del servicio ya que su molestia prácticamente desapareció y se siente con mucha energía para reincorporarse a sus actividades cotidianas. Nuestra persona está conciente, orientado, cooperador, con un cráneo normocéfalo, buena implantación del cabello, buena hidratación de la piel sin presentar ninguna alteración en ella, mucosas orales sin compromiso, pupilas normorreflexicas e isocóricas, escleras anictéricas. Cuello sin adenomegalias e íntegro, tórax simétrico con buena ventilación sin datos de estertores pulmonares y sin dificultad respiratoria; abdomen blando y depresible a la palpación, peristalsis presente, aumento del perímetro abdominal debido a obesidad G-I; MS's íntegros, simétricos sin datos de compromiso vascular; MI's simétricos e íntegros El único síntoma que refiere es un ligero dolor al apoyar, motivo por el cual es dado de alta de la terapia. Aquí se le enseña como es que debe aplicarse el vendaje en su tobillo y que tipo de ejercicios debe realizar para el fortalecimiento de su tobillo.

4.3 VALORACIÓN DE LAS CATORCE NECESIDADES BÁSICAS DE VIRGINIA HENDERSON

Datos de independencia y dependencia obtenidos en la valoración

Necesidad de Oxigenación. Es la función por medio de la cual el organismo absorbe el oxígeno para el sostenimiento de la vida y elimina del interior, los gases nocivos para la misma.

INDEPENDENCIA: automatismo respiratorio normal, vías respiratorias permeables, piel y mucosas de color rosado, frecuencia, ritmo y profundidad respiratoria normales.

DEPENDENCIA: no se observan.

Necesidad de Nutrición e Hidratación. El término nutrición es una cualidad o estado de los seres vivos; cuando usamos este término para referirnos a una persona, es fácil de determinar si está bien o mal nutrida.

INDEPENDENCIA: capacidad física para preparar sus alimentos y además es capaz de masticar y deglutir sin ningún problema.

DEPENDENCIA: Arturo presenta un desorden en sus hábitos alimenticios, así como obesidad G-I, ingesta calórica superior a las necesidades metabólicas y además no posee información acerca de una dieta equilibrada, variada y suficiente de acuerdo al tipo de actividad que realiza.

Necesidad de Eliminación. Para conservar su funcionamiento normal, el organismo debe desechar los residuos acumulados durante el catabolismo de los alimentos, así como los gases y otros elementos no utilizables, formados durante el proceso de la digestión.

INDEPENDENCIA: la eliminación vesical la realiza 5-6 veces al día, desde hace tres años se levanta 1 vez por la noche a miccionar; su eliminación es normal, refiere evacuar de 1 a 2 veces al día, siendo sus excretas de características normales.

DEPENDENCIA: presenta dificultad para iniciar la eliminación urinaria cuando su ingesta de líquidos es reducida. Su dieta diaria es pobre en líquidos.

Necesidad de moverse y mantener una buena postura. El ejercicio físico ayuda a mantener un corazón saludable porque hace que aumente la circulación coronaria y las fibras del miocardio se contraen con mayor fuerza para aumentar el gasto cardíaco y así, evitar vicios posturales, intolerancia a la actividad etc.

INDEPENDENCIA: después de su rehabilitación fue capaz de reincorporarse a la rutina de su vida diaria.

DEPENDENCIA: fatiga, dolor y sensación de no tener fuerza al momento de apoyar, además del uso de muletas le impiden la libre movilización del pie.

Necesidad de sueño - descanso. El descanso físico y mental son necesidades básicas del ser humano; cada persona necesita cubrir ciertos requerimientos de tiempo y condiciones favorables para satisfacer su necesidad de dormir y descansar, lo cual es muy importante para tener un funcionamiento óptimo de su organismo. El sueño es un estado de inconciencia del que se puede sacar a una persona por medio de estímulos apropiados.

INDEPENDENCIA: presenta periodos largos de sueño cuando al movimiento dentro de su cama no siente dolor.

DEPENDENCIA: refiere que el dolor, el malestar, la irritabilidad y el cansancio, le impiden conciliar un sueño continuo.

Necesidad de vestirse y desvestirse. La forma de vestir y acicalarse son parte importante de la personalidad de un individuo, es un rasgo particular que le hace ser diferente a los demás.

INDEPENDENCIA: es capaz de elegir su ropa según su estado de ánimo, además de tener deseos de poder vestirse sin presentar ningún malestar.

DEPENDENCIA: Arturo tiene un sentimiento de no ser capaz de vestirse y/o valerse por sí solo.

Necesidad de regulación de la temperatura corporal. La temperatura corporal es el grado de calor que mantiene el organismo en un momento dado. La temperatura corporal, es el equilibrio entre el calor producido por el organismo, como resultado de la oxidación de los alimentos; el calor que recibe del medio ambiente y el calor que pierde en la transpiración, la respiración y la excreción.

INDEPENDENCIA: prefiere un clima templado, conoce los medios físicos y químicos para el control de la temperatura corporal.

DEPENDENCIA: no se observan.

Necesidad de Higiene. La higiene corporal es una de las formas más sencillas de conservar la salud física y proporcionar bienestar. Es importante que consideremos nuestro organismo como un delicado mecanismo de precisión, que se debe conservar con el máximo cuidado, para que responda plenamente a nuestros requerimientos.

INDEPENDENCIA: es capaz de llevar a cabo su autocuidado en relación a esta necesidad, su aspecto es limpio, se ducha y lava el pelo diariamente.

DEPENDENCIA: carece de una buena higiene bucal ya que presenta caries en los 2^{os} molares inferiores, halitosis y exceso de placa.

Necesidad de Seguridad y Protección. Los accidentes resultan un grave problema social, económico y de salud. Son causa de un considerable porcentaje de pérdidas humanas, de invalidez y disminución de las horas de trabajo efectivas de personas en edad productiva, lo que afecta a la economía familiar y nacional.

INDEPENDENCIA: Arturo es una persona consciente y orientada capaz de ubicar todas aquellas situaciones que ponen en peligro su salud.

DEPENDENCIA: para caminar durante su rehabilitación, necesitaba de unas muletas; al momento de bañarse comentó que lo hacía con una silla.

Necesidad de Comunicación. La comunicación es un proceso a través del cual, se transmiten y reciben, ideas, emociones e informaciones entre personas y grupos de personas. Comprende todos los mecanismos por medio de los cuales una persona se relaciona con otras personas.

INDEPENDENCIA: integridad de los órganos de los sentidos, persona con facilidad de palabra.

DEPENDENCIA: Arturo se muestra retraído tanto con los miembros de su familia como con el personal del servicio de rehabilitación de Medicina del Deporte, presenta sentimientos de soledad además de baja autoestima por no sentirse comprendido (piensa que ya no va poder seguir desarrollando su rol como hombre de la casa y que va a ser un inútil ante la sociedad).

Necesidad de actuar según Creencias y Valores. Valor es aquello que conviene a la persona. Los valores se encuentran depositados en los seres o cosas y se nos presentan como cualidades de las mismas.

INDEPENDENCIA: es católico, acude cada ocho días a la iglesia, no cree que su enfermedad y el tratamiento sea un castigo de Dios.

DEPENDENCIA: no se observan.

Necesidad de Realización personal. Es una forma de auto-expresión importante a través de la cual la persona puede manifestar su capacidad creadora. Esta necesidad pide, como requerimiento fundamental para su satisfacción, el hecho de que la tarea que se realiza esté de acuerdo con: la vocación, capacidad, aptitudes, intereses y carácter de la persona que lo realiza, de lo contrario se convierte en algo desagradable que la persona trata de evitar.

INDEPENDENCIA: antes, durante y después de su rehabilitación, fue capaz de desempeñar sus actividades.

DEPENDENCIA: su limitación física le impide incorporarse al trabajo.

Necesidad de Distracción y Ocio. La recreación es una necesidad básica para todo ser humano, en cualquier etapa de su vida. Para que sea verdaderamente beneficiosa, es necesario distinguir entre pasatiempo, recreación y ocio. **Pasatiempo:** es la actividad que entretiene pero no favorece el descanso, ni el crecimiento personal. **Recreación:** la definición es distracción, entretenimiento y placer. **Ocio:** es el descanso, entretenimiento, obras de ingenio formadas en los ratos libres que dejan otras tareas.

INDEPENDENCIA: le gusta realizar actividades al aire libre como el fútbol.

DEPENDENCIA: fatiga, dolor, cansancio, aburrimiento, se siente decaído y sin ganas de participar en actividades alrededor de su entorno.

Necesidad de Aprender.

INDEPENDENCIA: sabe leer y escribir, es capaz de entender cualquier tema debido a su edad.

DEPENDENCIA: malestar, irritabilidad, sentimientos de no sentirse útil, debido a su grado de educación no entiende muy bien su padecimiento ni los ejercicios de rehabilitación.

4.4 NECESIDADES ALTERADAS

<i>Necesidades fundamentales</i>	<i>Fuente de dificultad</i>	<i>Grado de dependencia</i>	<i>Necesidades jerarquizadas</i>
<i>Nutrición e hidratación</i>	Conocimiento	Temporalmente dependiente	<i>Moverse y mantener una buena postura</i>
<i>Eliminación</i>	Conocimiento	Totalmente independiente	<i>Nutrición e hidratación</i>
<i>Moverse y mantener una buena postura</i>	Fuerza	Dependencia parcial	<i>Comunicación</i>
<i>Sueño-descanso</i>	Fuerza	Temporalmente dependiente	<i>Seguridad y protección</i>
<i>Vestirse y desvestirse</i>	Fuerza	Temporalmente dependiente	<i>Aprender</i>
<i>Higiene</i>	Conocimiento	Temporalmente dependiente	<i>Realización personal</i>
<i>Seguridad y protección</i>	Fuerza	Temporalmente dependiente	<i>Sueño – descanso</i>
<i>Comunicación</i>	Voluntad	Totalmente independiente	<i>Eliminación</i>
<i>Realización personal</i>	Conocimiento	Temporalmente dependiente	<i>Vestirse y desvestirse</i>
<i>Distracción y ocio</i>	Fuerza	Totalmente independiente	<i>Distracción y ocio</i>
<i>Aprender</i>	Conocimiento	Totalmente independiente	<i>Higiene</i>

Nota: En este cuadro se enumeran las necesidades alteradas encontradas en la persona así como la jerarquización de éstas.

4.5 ORGANIZACIÓN JERARQUIZADA DE LOS DATOS SEGÚN LA FILOSOFÍA DE VIRGINIA HENDERSON

<i>Necesidades fundamentales</i>	<i>Manifestaciones de independencia</i>	<i>Manifestaciones de dependencia</i>
<i>Moverse y mantener una buena postura</i>	Después de su rehabilitación fue capaz de reincorporarse a la rutina de su vida diaria.	Fatiga, dolor y sensación de no tener fuerza al momento de apoyar, además del uso de muletas le impiden la libre movilización del pie.
<i>Nutrición e hidratación</i>	Capacidad física para preparar sus alimentos y además es capaz de masticar y deglutir sin ningún problema.	Presenta un desorden en sus hábitos alimenticios, así como obesidad G-I, ingesta calórica superior a las necesidades metabólicas y además no posee información acerca de una dieta equilibrada, variada y suficiente de acuerdo al tipo de actividad que realiza.
<i>Comunicación</i>	Integridad de los órganos de los sentidos, persona con facilidad de palabra.	Arturo se muestra retraído tanto con los miembros de su familia como con el personal del servicio de rehabilitación de Medicina del Deporte, presenta sentimientos de soledad además de baja autoestima por no sentirse comprendido (piensa que ya no va poder seguir desarrollando su rol como hombre de la casa y que va a ser un inútil ante la sociedad).
<i>Seguridad y protección</i>	Arturo es una persona consciente y orientada capaz de ubicar todas aquellas situaciones que ponen en peligro su salud	Para caminar durante su rehabilitación, necesitaba de unas muletas; al momento de bañarse comentó que lo hacía con una silla.
<i>Aprender</i>	Sabe leer y escribir, es capaz de entender cualquier tema debido a su edad.	Malestar, irritabilidad, sentimientos de no sentirse útil, debido a su grado de educación no entiende muy bien su padecimiento ni los ejercicios de rehabilitación
<i>Realización personal</i>	Antes, durante y después de su rehabilitación, fue capaz de desempeñar sus actividades.	Su limitación física le impide incorporarse al trabajo.
<i>Sueño-descanso</i>	Presenta periodos largos de sueño cuando al movimiento dentro de su cama, no siente	Refiere que el dolor, el malestar, la irritabilidad y el cansancio, le impiden conciliar un sueño

	dolor.	continuo.
<i>Eliminación</i>	La eliminación vesical la realiza 5-6 veces al día, desde hace tres años se levanta 1 vez por la noche a miccionar; su eliminación es normal, refiere evacuar de 1 a 2 veces al día, siendo sus excretas de características normales.	Presenta dificultad para iniciar la eliminación urinaria cuando su ingesta de líquidos es reducida. Su dieta diaria es pobre en líquidos.
<i>Vestirse y desvestirse</i>	Es capaz de elegir su ropa según su estado de ánimo, además de tener deseos de poder vestirse sin presentar ningún malestar.	Arturo tiene un sentimiento de no ser capaz de vestirse y/o valerse por sí solo.
<i>Distracción y ocio</i>	Le gusta realizar actividades al aire libre como el fútbol.	Fatiga, dolor, cansancio, aburrimiento, se siente decaído y sin ganas de participar en actividades alrededor de su entorno.
<i>Higiene</i>	Es capaz de llevar a cabo su autocuidado en relación a esta necesidad, su aspecto es limpio, se ducha y lava el pelo diariamente.	Carece de una buena higiene bucal ya que presenta caries en los 2 ^{os} molares inferiores, halitosis y exceso de placa.

4.6 DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA Y PLAN DE CUIDADOS

Necesidad de movilidad y postura alterada por falta de fuerza.

Diagnóstico de Enfermería: Alteración de la movilidad del miembro pélvico derecho R-C inversión forzada m/p falta de equilibrio, dolor y ansiedad.

Objetivos:

- Disminuir el dolor físico.
- Lograr que Arturo tenga confianza en sí mismo para que logre caminar con muletas.
- Disminuir el grado de ansiedad del paciente.

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN	EVALUACIÓN
<p>-Administración de antiinflamatorios y analgésicos en la hora y dosis prescrita.</p> <p>-Aplicar hielo sobre el tobillo por 20 minutos descansando 10 minutos 4 veces al día (las primeras 24 horas).</p> <p>-Se inmoviliza el tobillo con un vendaje de soporte.</p> <p>-Se mantiene al paciente en reposo relativo.</p> <p>-Enseñar al paciente a caminar con muletas.</p> <p>-Valorar el nivel de ansiedad si es leve, moderado, grave o pánico.</p> <p>-Hacer partícipes a los integrantes de la familia en la rehabilitación del paciente (participando en la realización de los ejercicios propioceptivos (ver anexo) y el STEN).</p>	<p>-El analgésico es un medicamento que ayuda a disminuir el dolor.</p> <p>-El mecanismo de alivio del dolor por aplicación de hielo permite la inhibición y/o descenso en la velocidad de transmisión de las terminaciones nerviosas hacia las neuronas de primer orden, lo cual reduce la transmisión de estímulos dolorosos; así también constriñe los vasos sanguíneos periféricos y se reduce la liberación de sustancias productoras de dolor (histamina, etc.), por tanto disminuye la inflamación y el dolor.</p> <p>-La lesión de los ligamentos se agrava con el movimiento excesivo y puede llegar a producirse su ruptura, por lo tanto, el vendaje nos ayuda a limitar el movimiento, y brindar soporte al tobillo.</p> <p>-La práctica puede aumentar la confianza del paciente a reducir el temor (riesgo a la lesión).</p> <p>-La ansiedad es diferente al temor, ya que en el temor hay un estímulo identificado; mientras que la ansiedad es un sentimiento motivado por una amenaza vaga e inespecífica.</p>	<p>-Al aplicar el hielo sobre la zona afectada, la inflamación cedió por lo tanto, el dolor también.</p> <p>-Con la aplicación del vendaje de soporte se logró darle un poco más de confianza al paciente al momento de apoyar el pie.</p> <p>-Gracias a su empeño en salir adelante, aprendió rápido a caminar con las muletas y así se desvaneció el dolor y la ansiedad disminuyó notoriamente.</p>

Diagnóstico de Enfermería: Riesgo potencial de Síndrome de desuso R-C inmovilidad de extremidad afectada.

Objetivo:

- Prevenir que se presente esta posible complicación como consecuencia de la inmovilidad.

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN	EVALUACIÓN
<p>-Enseñar al paciente a realizar ejercicios propioceptivos (ver anexo).</p> <p>-Proporcionar una rutina de ejercicios propioceptivos (ver anexo) que pueda realizar en su hogar todos los días.</p> <p>-Recalcar la importancia de los ejercicios propioceptivos en la rehabilitación del tobillo afectado.</p>	<p>-Los ejercicios propioceptivos son ejercicios pasivos que permiten ejercitar el tobillo sin aumentar la lesión del ligamento.</p>	<p>-Mencionó que mediante la realización de los ejercicios propioceptivos, al momento de apoyar el pie, éste ya no lo sentía tan débil.</p>

Necesidad de nutrición e hidratación por falta de conocimiento.

Diagnóstico de Enfermería: Desequilibrio nutricional por exceso R-C aporte excesivo en relación con las necesidades metabólicas m/p aumento del perímetro abdominal y obesidad G-I.

Objetivo:

- Arturo presentará disminución de peso en un periodo de tiempo de tres meses.
- Arturo debe ser capaz de perder de 500 g a 1 Kg por semana hasta alcanzar el peso deseado.

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN	EVALUACIÓN
<p>-Llevar un control y registro del peso de forma semanal (Don Arturo tiene báscula en su casa).</p> <p>-Aumentar la ingesta de líquidos a dos litros de agua al día.</p> <p>-Aumentar el consumo de frutas y verduras.</p> <p>-Disminuir el consumo de carbohidratos (galletas, pan, sopas de pasta, etc.) y lípidos.</p> <p>-Brindar orientación sobre una dieta para adulto baja en grasas y carbohidratos:</p> <p>a) Consumir verduras: lechuga,</p>	<p>-Según la OMS, mantener un peso ideal favorecerá a evitar el desarrollo de lesiones músculo-esqueléticas.</p> <p>-Con una adecuada ingestión de líquidos, frutas y verduras (estas 2 últimas proporcionan fibra), se favorece a que el organismo absorba y asimile de manera eficiente los diferentes nutrimentos que se encuentran en los alimentos que comemos.</p> <p>-Al tener un aporte excesivo de los diferentes nutrimentos, estos se van almacenando en forma de tejido adiposo, teniendo una afinidad por la parte abdominal en</p>	<p>-La orientación nutrimental que se le brindó a Arturo, lo hizo reflexionar sobre sus hábitos alimenticios y decidió comprometerse a disminuir su peso, esperando lograr un mejor nivel de vida.</p> <p>-Al cabo de estos 10 días, Arturo bajo 1.5kg.</p>

<p>acelgas, espinacas, pepino y todas aquellas verduras de hojas verdes, por lo menos 5 veces a la semana.</p> <p>b) Consumir frutas: todo tipo de frutas, sobre todo las que se consumen con cáscara, por lo menos una pieza pequeña diario.</p> <p>c) Consumir carnes blancas: pescado y pollo por lo menos 3 veces a la semana y de preferencia asados o cocidos.</p> <p>d) Disminuir el consumo de sal.</p> <p>-Proporcionar una lista de actividades moderadas que ayuden a disminuir de peso incrementando el consumo de energía (ver anexo).</p> <p>-Fomentar la participación en grupos de control de peso para recibir apoyo psicológico.</p>	<p>el caso de los hombres, lo cual tiene como consecuencias para la salud, el desarrollo de enfermedades crónicas.</p> <p>-El objetivo de recomendarle una dieta acorde a su edad y tipo de actividad que desempeña, es para reponer las reservas del organismo o prevenir deficiencias nutricionales cuando la ingestión es inadecuada para satisfacer las necesidades.</p> <p>-La actividad física moderada practicada con constancia es el mejor predictor del mantenimiento del peso en el largo plazo; además de éste efecto, la actividad física forma parte del tratamiento contra la obesidad porque contribuye a mejorar la composición corporal, el estado de ánimo, parámetros psicológicos y la calidad de vida.</p> <p>-La modificación de la conducta y otras técnicas psicológicas son benéficas en cualquier programa de control de peso porque las personas aprenden nuevos modos de enfrentar viejos hábitos.</p>	
--	---	--

Necesidad de comunicación por falta de voluntad.

Diagnóstico de Enfermería: Deterioro de la interacción social R-C aislamiento m/p proceso depresivo.

Objetivos:

- Adquirirá o aumentará las habilidades necesarias para mejorar su interacción social.
- Mantener una comunicación continua con los integrantes de su familia.

<i>INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA</i>	<i>FUNDAMENTACIÓN</i>	<i>EVALUACIÓN</i>
<p>-Fomentar la participación de la familia para evitar el aislamiento de la persona.</p> <p>-Solicitar a la esposa de Arturo su colaboración, demostrándole su preocupación e interés por su pronta recuperación.</p> <p>-Pactar las actividades de tiempo libre que puede y le gustaría hacer: como leer, dibujar, etc. así como la forma de incluirlas en su</p>	<p>-La participación familiar, apoya al paciente a sentirse mas en confianza y disminuye el aislamiento.</p> <p>-La familia es el núcleo de la sociedad, por lo que si hay una adecuada contribución de ésta, para ayudar a la resolución de problemas, el paciente podrá tener una adecuada rehabilitación, y ayudar a resolver sus problemas relacionados con la autoestima.</p>	<p>-Al demostrarle el real interés de su familia por él y por su pronta recuperación, su autoestima mejoró y presentó cambios en el trato respecto con su familia y hacia el mismo personal del servicio de rehabilitación.</p> <p>-Hasta el último día de su rehabilitación, se logró el objetivo de integrarlo al medio social, además dio otras opciones que le gustaría realizar.</p>

<p>vida cotidiana.</p> <p>-Permitirle el tiempo necesario para enviar el mensaje deseado tanto a los integrantes de su familia como a los integrantes del servicio de rehabilitación, no apremiar y dejar acabar las frases y sobre todo, no dar sensación de prisa (mediante una gesticulación de aburrimiento) ni levantar la voz.</p> <p>-Utilizar el tacto para dar confianza y bienestar a la persona.</p>	<p>-El fomentar actividades dentro de su capacidad física actual, da opción a la persona de que se de cuenta que hay alternativas para realizar alguna otra actividad que esté a su alcance y pueda desenvolverse en su vida cotidiana.</p>	
---	---	--

Necesidad de seguridad y protección por falta de fuerza.

Diagnóstico de Enfermería: Riesgo potencial de lesión R-C deambulación con muletas.

Objetivo:

- Lograr que el paciente tenga independencia y pueda evitar peligros.

<i>INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA</i>	<i>FUNDAMENTACIÓN</i>	<i>EVALUACIÓN</i>
<p>-Enseñarle a subir y bajar las escaleras con muletas.</p> <p>-Enseñarle a sentarse adecuadamente en la cama y en la silla.</p> <p>-Proporcionarle información acerca de cómo utilizar los transportes para discapacitados, como folletos y/o revistas.</p>	<p>-El enseñarle al paciente a utilizar las muletas, practicando en la escalera, ayuda a tener confianza e independencia en sí mismo, además que practica y cualquier duda que tenga, se encuentra la enfermera para supervisar que lo haga correctamente.</p> <p>-El uso de transportes adecuados para discapacitados es apto para evitar peligros y sea cómodo para ellos.</p>	<p>-La información que se le dio al paciente fue favorable para ayudarlo a tener independencia en sí mismo y se logro el objetivo.</p> <p>-También es importante mencionar que Arturo, esta dispuesto a seguir practicando mientras sea necesario el uso de las muletas.</p>

Necesidad de aprender por falta de conocimientos.

Diagnóstico de Enfermería: Déficit de conocimientos R-C información deficiente y mala interpretación de la misma m/p verbalización del problema.

Objetivos:

- Lograr que el paciente sea capaz de explicar con claridad su patología.
- Lograr que Arturo sea capaz de reconocer acciones y comportamientos peligrosos que puedan interferir en su rehabilitación.

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN	EVALUACIÓN
<p>-Se valorará:</p> <ul style="list-style-type: none"> Nivel de comprensión del paciente sobre sus necesidades de autocuidado Su nivel cognitivo Su buena disposición para aprender. <p>-Elegir los métodos de enseñanza/aprendizaje más adecuados a las capacidades e intereses de la persona y el tema a tratar: material escrito, información oral, medios audiovisuales, demostración repetida de técnicas, etc.</p> <p>-Explicar la fisiopatología de la enfermedad por medio de un rotafolio.</p> <p>-Comentar los cambios en el estilo de vida para evitar futuras complicaciones.</p> <p>-Instruir al paciente sobre las medidas para prevenir/minimizar posibles efectos secundarios.</p>	<p>-La motivación o necesidad de saber es un prerrequisito básico para el aprendizaje. Que el paciente entienda lo que se le dice alivia su ansiedad y favorece el seguimiento de la pauta establecida.</p> <p>-Mediante el uso de diferentes técnicas de aprendizaje, el paciente conservará la motivación necesaria para seguir con el proceso de aprendizaje y así no se le hará una información repetida y tediosa.</p>	<p>-Con el uso de diversas técnicas de aprendizaje, Arturo logró comprender su patología y también la importancia de seguir al pie de la letra toda su rehabilitación para evitar cualquier tipo de secuela en un futuro.</p>

Necesidad de realización personal por falta de conocimientos.

Diagnóstico de Enfermería: Baja autoestima situacional R-C alteración de la imagen corporal m/p conducta negativa.

Objetivo:

- Lograr que se entusiasme para seguir desarrollando sus actividades normales.

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN	EVALUACIÓN
<p>-Fomentar el entusiasmo para que siga realizando sus actividades normales explicándole que podrá reincorporarse a sus actividades normales después de completar su rehabilitación.</p> <p>-Sugerir que ocupe su tiempo libre en desarrollar actividades como leer, o aprender inglés,</p>	<p>-Seguir adelante con su proyecto de vida y con sus actividades normales, es importante ya que el ser humano necesita conseguir sus objetivos planteados a lo largo de su vida para poder sentirse satisfecho consigo mismo.</p> <p>-El fomentar actividades, da opción a la persona de que hay</p>	<p>-Arturo se entusiasmó mucho al saber que su lesión no es de gravedad y que al cabo de unos cuantos días podrá reincorporarse a sus actividades diarias como ir al trabajo, etc.</p>

computación, etc.	alternativas para realizar alguna otra actividad que esté a su alcance realizar y pueda desenvolverse en la vida cotidiana.	
-------------------	---	--

Necesidad de sueño – descanso por falta de fuerza.

Diagnóstico de Enfermería: Dolor R-C movilidad inadecuada dentro de la cama m/p ojos apagados, mirada abatida, gestos, irritabilidad.

Objetivo:

- Lograr que Arturo curse con periodos de sueño de entre 6 y 8 horas.
- Reordenar algunas actividades que realiza a lo largo de su día entero.
- Disminuir el dolor físico.

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN	EVALUACIÓN
<p>-Obtener los antecedentes de sueño.</p> <p>-Orientar al paciente a que realice una serie de actividades durante todo el día, que favorezcan el gasto de energía como por ejemplo: manualidades, técnicas de relajación, masajes, unos minutos de lectura, etc.</p> <p>-Orientar al paciente sobre el correcto uso de su STEN (electroestimulación transcutánea de nervios).</p> <p>-Indicar al paciente el uso de compresas calientes, aplicándolas por intervalos de 20 a 30 minutos sobre el área afectada (después de 3 días de haberse dado la lesión).</p> <p>-Establecer y respetar un horario para dormir y descansar; evitar permanecer mucho tiempo en cama.</p> <p>-Fomentar buenos hábitos de higiene antes de dormir:</p> <p>a) no consumir cafeína después de la comida del medio día.</p> <p>b) ofrecer un bocadillo ligero antes de dormir.</p> <p>c) ayudar a la rutina usual de higiene antes de dormir.</p>	<p>-Son datos de referencia a partir de los cuales pueden valorarse actividades que favorecen o afectan el sueño.</p> <p>-El gasto de energía a través de actividades durante todo el día, proporcionará al paciente un cansancio que requerirá, para recuperar la energía perdida, dormir para recuperarse.</p> <p>-El STEN produce pulsos que estimulan transcutáneamente las fibras nerviosas e interfieren con la conducción de estímulos dolorosos aferentes a la médula espinal.</p> <p>-El calor dilata los vasos sanguíneos, incrementa el flujo sanguíneo local y favorece la relajación muscular, de manera que se reduce la tensión y controla el dolor como el causado por esguinces, espasmos musculares, artritis, etc.</p> <p>-Dormir en exceso produce un sueño fragmentado y superficial.</p> <p>-La cafeína es un estimulante del sistema nervioso.</p> <p>-Los alimentos ricos en proteínas y L-triptófano (leche) favorecen el sueño.</p> <p>-Los hábitos normales del propio</p>	<p>-Se logra que recupere un sueño reparador, por lo tanto, su estado de ánimo se logra mejorar.</p> <p>-El dolor disminuye gracias a la acción conjunta de estas dos actividades terapéuticas.</p>

	hogar se asocian a un buen patrón del sueño.	
--	--	--

Necesidad de eliminación por falta de conocimiento.

Diagnóstico de Enfermería: Alto riesgo de deterioro de la eliminación urinaria R-C baja ingesta de líquidos.

Objetivo:

- En el próximo mes Don Arturo mejorará su patrón de eliminación urinaria a través del aumento de la ingesta diaria de líquidos.

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN	EVALUACIÓN
<p>-Concienciar a Don Arturo de las ventajas de aumentar la ingesta de líquidos en su dieta diaria.</p> <p>-Orientarlo acerca del tipo de líquidos recomendados que debe ingerir.</p> <p>-Informarle sobre las consecuencias que se presentan cuando se prolonga el deseo de miccionar, por lo cual una vez presente deberá ir inmediatamente.</p> <p>-Realizará el lavado de manos antes y después de miccionar.</p>	<p>-El fomentar un aumento en la ingesta de líquidos favorecerá tener una adecuada función urinaria para así poder prevenir cualquier tipo de infección en el tracto urinario.</p> <p>-El aguantar por tiempos prolongados el deseo de miccionar, tiene como consecuencia la proliferación y ascenso de bacterias en el tracto urinario hacia los riñones, ocasionando una infección de vías urinarias.</p> <p>-Constituye una de las medidas más eficaces para luchar contra las infecciones.</p>	<p>-Don Arturo mejoró su patrón de eliminación urinaria y aumento la ingesta diaria de líquidos.</p>

Necesidad de vestirse y desvestirse por falta de fuerza.

Diagnóstico de Enfermería: Déficit de autocuidado: vestido/acicalamiento R-C disminución o falta de motivación m/p incapacidad para ponerse o quitarse las prendas de ropa en la parte inferior del cuerpo.

Objetivo:

- Arturo deberá participar física o verbalmente en las actividades del vestido.

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN	EVALUACIÓN
<p>-Discutir con el cliente que tipo de ayuda se requerirá para cada actividad.</p> <p>-Promover la participación activa dentro de las actividades del</p>	<p>-El explicarle cuales son las limitaciones que se encuentran dentro de su patología, ayuda a que la persona comprenda que no debe sentirse como una persona que no sirve para realizar sus</p>	<p>-Poco a poco fue logrando superar las barreras que se ponía o se encontraba en su camino.</p>

<p>vestido.</p> <p>-Promover la autoestima y la independencia de Arturo, explicándole que su padecimiento no le imposibilita valerse por sí mismo.</p> <p>-Pedir ayuda a la familia de Arturo para el arreglo personal acomodándole el equipo de arreglo personal a su alcance.</p>	<p>actividades cotidianas como la higiene, alimentación, vestido, etc.</p> <p>-El solicitar el apoyo a los integrantes de su familia tiene como objetivo, evitar acciones que puedan poner en peligro la salud de la persona en estos momentos de su rehabilitación.</p>	
---	--	--

Necesidad de distracción y ocio por falta de fuerza.

Diagnóstico de Enfermería: Déficit de actividades recreativas R-C limitación del movimiento del pie derecho m/p afirmaciones de que se aburre.

Objetivo:

- Lograr que Arturo utilice su tiempo libre en actividades recreativas y además que se sienta ocupado.

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN	EVALUACIÓN
<p>-Preguntarle a Arturo que le gustaría hacer y que además estas actividades estén dentro del alcance tanto de nuestro paciente como de nosotros el personal del servicio de rehabilitación.</p> <p>-Proporcionar una lista de actividades recreativas acorde a sus gustos; juegos de mesa (rompecabezas, lotería, etc.), leer, ver películas de su agrado, rutinas de ejercicios pasivos, etc.</p> <p>-Estar alerta ante los indicadores de aburrimiento, como el deseo de hacer otra cosa, la somnolencia diurna y la incapacidad manifiesta para realizar los entretenimientos planeados.</p>	<p>-El preguntarle a Arturo que tipo de actividades son de su gusto, es respetarlo y no imponerle actividades con lo cual nosotros estamos respetando su individualidad.</p> <p>-Demostrar que no sólo las actividades de tipo físico sirven para distraerse, sino que también se encuentran otro tipo de actividades en las cuales se puede encontrar un medio de distracción, tendrá como función fomentar otro tipo de distracción que le sea útil para su recreación.</p> <p>-El aburrimiento es un estado de cansancio y fastidio del individuo y que si no se realiza alguna actividad suele deprimirse o estar ansioso.</p>	<p>-Manifestó que estas actividades le parecían bien pero, sólo para distraerse un momento.</p>

Necesidad de higiene por falta de conocimientos.

Diagnóstico de Enfermería: Deterioro de la dentición R-C higiene oral ineficaz m/p presencia de caries en los 2^{os} molares inferiores, exceso de placa y halitosis.

Objetivo:

- Lograr que Arturo modifique sus hábitos de higiene oral.

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN	EVALUACIÓN
<p>-Se da orientación e información acerca del cepillado correcto de dientes y la importancia de una adecuada higiene bucal.</p> <p>-Enseñar la rutina del cepillado de dientes y uso del hilo dental.</p> <p>-Concretar cita con el odontólogo para la eliminación de las caries.</p>	<p>-La finalidad de la promoción para la salud es generar conductas saludables.</p> <p>-El enseñar el uso correcto de estos dos utensilios necesarios para la limpieza bucal, se fomenta en la persona un hábito de higiene y se previene una mala interpretación de la información.</p> <p>-El odontólogo es la persona capacitada para poder curar su problema dental.</p>	<p>-Se le solicita que nos demuestre cual es la técnica correcta para el cepillado de dientes, demostrando haberla aprendido.</p> <p>-Hasta el último día de su rehabilitación, Arturo no ha asistido a su consulta con el odontólogo.</p>

V. CONCLUSIONES

A través de la aplicación de este Proceso Atención de Enfermería basado en el enfoque de Virginia Henderson, reafirme los conocimientos adquiridos durante mi formación académica y logre la habilidad de poder ver en la persona más allá de la simple patología, sino el verlo como un ser integral con necesidades, tanto físicas como psicosociales. Para lo cual debemos tener un pensamiento crítico y reflexivo que nos permita brindarle las herramientas necesarias para crear personas independientes en la satisfacción de sus necesidades.

Aplique el Proceso a un adulto joven con un esguince, porque considero que el éxito en el tratamiento de esta patología, debe estar enfocado en la dieta y el ejercicio. Una persona que ingiere una dieta con suficientes nutrientes y el aporte calórico que requiere de acuerdo a su edad, será una persona más sana; ocurriendo lo mismo con el ejercicio, una persona que se mantiene activa, tendrá una mejor calidad de vida y mejorará su rendimiento y movilidad a nivel músculo esquelético en comparación con las personas que no realizan ninguna actividad.

Los esguinces son un problema que se curan además de son muy frecuente en la sociedad, por lo que resulta de vital importancia el implementar a la vida diaria de la persona un plan dietético y un plan de ejercicios individualizados, de acuerdo a su edad, peso y actividad física que realice.

Si la persona recibe los conocimientos y cambia sus hábitos, podrá recobrar la salud y ser independiente, ya que estos cambios, los adoptará como un estilo de vida; pudiendo a su vez ser transmisor de los conocimientos adquiridos hacia su familia. La aplicación del Proceso nos permite que tanto la persona como su familia formen parte activa en las intervenciones y cuidados, ya sea para recuperar o mantener la salud.

El poder interactuar y convivir tan íntimamente con la persona y su familia, conjugado con la experiencia aboral, me permitió realizar una más amplia valoración y abordar la problemática detectada con un sustento teórico más firme.

Al término de este proceso, me he dado cuenta que el trabajar en el área de medicina del deporte, es una experiencia nueva en el área de la enfermería, ya que en mi formación estudiantil, este tipo de área nunca se manejo dentro del programa de estudios. Es un área donde al menos, en el servicio de la rehabilitación física, el tipo de cuidados que se deben de brindar no son tan determinantes para la continuidad de la vida, pero que estos deben de ser eficientes para que nuestro paciente tenga una buena adaptación a su vida normal y se pueda reintegrar tanto a sus actividades cotidianas como a su círculo social que lo rodea.

El uso de esta metodología nos hace reflexionar, acerca de la importancia de cada una de las necesidades del ser humano, y nos da elementos para poder resolverlas; así como también nos hace adquirir más conocimientos tanto de enfermería, como de otras áreas, para poder fundamentar mejor nuestra práctica profesional.

VI. ANEXOS

EJERCICIOS DE REHABILITACIÓN

Ejercicio de rango de movimiento: "Escribir con el pie"

Aplicar una bolsa de hielo al tobillo durante 20 minutos. Después trazar las letras del alfabeto en el aire con el dedo gordo. Realizar este ejercicio tres veces al día y hacerlo hasta que se consiga el movimiento completo del tobillo.



Resistencia

Debe iniciar los ejercicios de resistencia una vez recuperada la movilidad completa. Utilizar una banda elástica de un metro o una cámara de rueda de bicicleta. Hacer 30 repeticiones de cada uno de los siguientes ejercicios tres veces al día.



a) **Flexión plantar:** Sujetar ambos extremos de la banda elástica con las manos y pasarla por debajo del pie. Al mismo tiempo que se tracciona de la banda empujar con el pie lejos del cuerpo. Contar hasta tres y repetir el ejercicio.

b) **Dorsiflexión:** Atar la banda alrededor de la pata de una mesa y pasar el otro extremo alrededor del dorso del pie. Tirar del pie en dirección al tronco. Contar hasta tres y repetir el ejercicio.



c) **Inversión:** Con la goma fija a un objeto estático, siéntese en una silla. Apoyando el talón en el suelo llevar el pie hacia dentro contando hasta tres en cada ejercicio.

d) Eversión: Comenzando en la misma posición que en el ejercicio de inversión pero con la banda elástica en dirección inversa, realizar movimientos del pie hacia fuera contando hasta tres.



Fortalecimiento: Cuando pueda realizar los ejercicios de resistencia descritos fácilmente y sin molestias, doble la banda elástica (haciendo dos lazos) y haga 10 repeticiones de los mismos ejercicios tres veces al día. Alternativamente, haga los ejercicios con una bota pesada o colocando un peso en la suela de una zapatilla deportiva. Añada ejercicios en posición "de puntillas": Póngase de puntillas y cuente hasta tres, primero con el pie apuntando hacia delante y después hacia dentro y hacia fuera. Días después, repetir este ejercicio apoyándose en un sólo pie.

Equilibrio:

Posición de "cigüeña": Elevar la extremidad no lesionada manteniéndose sobre la lesionada durante un minuto. Repetir hasta un total de 5 minutos, tres veces al día. Progresar hasta mantenerse sobre una pierna con los ojos cerrados.



⇒ EJERCICIOS DE CADERA Y PIERNAS

La posición inicial, es recostado sobre la espalda con las piernas extendidas con los pies separados unos 40 cm. Flexionar el muslo y la rodilla del miembro pélvico derecho, intentando tocar con esta el abdomen y volver a extender la pierna. Repetir el ejercicio con el miembro pélvico izquierdo.

Realizar 4 series de 15 repeticiones con cada pierna.

⇒ EJERCICIOS DE RODILLA

La posición inicial es recostado sobre la espalda, elevar la pierna extendida y mantenerlas así durante unos segundos. Partiendo de la posición anterior, extender la pierna lo máximo posible y con la rodilla totalmente extendida descender lentamente la pierna hasta apoyarla en el suelo.

Ejercicios de rodillas recostado

- ✓ Posición inicial: recostado sobre el vientre.
- ✓ Flexionar la rodilla al máximo intentando tocar la nalga con el talón del pie.

Ejercicios de rodillas sentado

- ✓ Posición inicial: sentado sobre una mesa o cama alta con las piernas colgando al borde.
- ✓ Elevar la pierna hasta extenderla lo máximo posible, pero sin mover el muslo.
- ✓ Descender la perna que estaba extendida flexionando al máximo.

Nota: en cada ejercicio se realizarán 4 series de 15 repeticiones con cada pierna, realizando un ejercicio primero, descansar 2 minutos y realizar otro.

FUENTE: Laboratorios Abbott.

EJEMPLOS DE ACTIVIDADES MODERADAS^a

- ✓ Lavar y encerar un coche por 45-60 minutos.
- ✓ Lavar ventanas o pisos por 45-60 minutos.
- ✓ Jugar voleibol por 45 minutos.
- ✓ Arreglar el jardín por 30-45 minutos.
- ✓ Moverse sólo en una silla de ruedas por 30-40 minutos.
- ✓ Caminar 4.5 kilómetros en 35 minutos.
- ✓ Andar en bicicleta 8 kilómetros en 30 minutos.
- ✓ Bailar intenso (baile social) durante 30 minutos.
- ✓ Caminar 3.25 kilómetros en 30 minutos.
- ✓ Nadar por 20 minutos.
- ✓ Jugar básquetbol 15-20 minutos.
- ✓ Brincar la cuerda por 15 minutos.
- ✓ Correr 2.5 kilómetros en 15 minutos.
- ✓ Subir y bajar escaleras por 15 minutos.

^a Una cantidad moderada de actividad física gruesamente equivale a la actividad física que utiliza 150 Kcal/día o 1000 Kcal/semana.

VII. GLOSARIO

1. **Articulación** Conexión entre los huesos. Se clasifican según su estructura y movilidad, como fibrosa, cartilaginosa o sinovial. Las fibrosas son inamovibles, las cartilaginosas ligeramente movibles y las sinoviales se mueven libremente. Las típicamente inamovibles son aquellas que articulan la mayoría de los huesos del cráneo con un ligamento sutural. Las típicamente poco movibles son las que articulan los huesos del pubis y las vértebras. La mayor parte de las articulaciones del cuerpo son totalmente movibles y permiten el deslizamiento, los movimientos circular y angular y la rotación.
2. **Diagnóstico** Planteamiento de un problema real o potencial para el estado de salud de una persona, que un profesional de enfermería está cualificado y autorizado para tratar. Se requieren cuatro pasos: a) recogida de datos; b) análisis de las respuestas del paciente al estado de salud; c) organización de los datos; y d) evaluación de la adecuación del diagnóstico.
3. **Edema** Acumulo anormal de líquido en los espacios intersticiales, saco pericárdico, espacio intrapleural, cavidad peritoneal o cápsulas articulares. Puede estar causado por aumento de la presión hidrostática capilar, obstrucción venosa, compresión, reacciones inflamatorias, entre otras.
4. **Ejecución** Es la fase en que la enfermera pone en marcha el plan de cuidados de enfermería. Globalmente definida, la ejecución consiste en realizar, delegar y registrar. La enfermera realiza o delega las órdenes de enfermería que fueron desarrolladas en la fase de planificación y después concluye la fase de ejecución registrando las actividades de enfermería y las respuestas de los clientes.
5. **Enfermería** Ciencia que comprende los conocimientos, actividades y aptitudes necesarios para atender correctamente las necesidades del individuo, grupo y comunidad, referentes a la salud, su conservación y promoción y su restablecimiento.
6. **Entrevista** Interrogatorio sistemático del paciente con el fin de obtener información aplicable a la planificación de un tratamiento individualizado.
7. **Esclera** Membrana opaca, gruesa e inelástica que recubre los cinco sextos posteriores del bulbo ocular. Mantiene el tamaño y forma del ojo y en ella se insertan los músculos que lo desplazan. En su porción posterior está perforada por el nervio óptico y, junto con la córnea, transparente, constituye la más externa de las tres túnicas que recubren el globo ocular.
8. **Esquince** Lesión traumática de los tendones, los músculos o los ligamentos que rodean una articulación que se caracteriza por dolor, hinchazón y cambio de color de la piel suprayacente. La duración y gravedad de los síntomas varía con el grado de lesión de los tejidos de sostén.
9. **Evaluación** Evaluar es juzgar o estimar. En este contexto, la evaluación es una actividad planeada, continua y con objetivos, en la que los clientes y los profesionales sanitarios determinan: 1) el progreso del cliente referido a la consecución de objetivos y 2) la eficacia del plan de cuidados de enfermería; de aquí que la enfermera determine si las intervenciones de enfermería pueden suspenderse, continuarse o cambiarse.
10. **Exploración** Investigación de las distintas partes del organismo para detectar su estado de salud con ayuda de las técnicas de inspección, palpación, percusión, auscultación y olfacción.

11. **Neuralgia** Intenso dolor <<en puñalada>> debido a lesión o patología del sistema nervioso.
12. **Nódulo** Nudo pequeño. Estructura de pequeño tamaño, semejante a un nudo.
13. **Planificación** Es una fase sistémica y deliberada del proceso de enfermería en la que se toman decisiones y se resuelven problemas. Durante las misma, la enfermera consulta los datos de la evaluación del cliente y los enunciados diagnósticos para orientarse al formular los objetivos del cliente y determinar las estrategias de enfermería necesarias para prevenir, reducir o eliminar los problemas de salud del cliente. El producto de la fase de planificación es un plan de asistencia del cliente.
14. **Proceso Atención de Enfermería** Método racional y sistémico de organizar y prestar los cuidados de enfermería de manera individualizada. Su objetivo es identificar el estado de salud del cliente, los problemas reales o posibles de su salud, establecer unos planes para atender a las necesidades que se puedan identificar, y determinar las intervenciones específicas de enfermería para cubrir esas necesidades.
15. **Pupila** Abertura circular del iris que está ligeramente desviada hacia el lado nasal del centro del iris. La pupila se encuentra detrás de la cámara anterior del ojo y de la córnea y delante del cristalino. Su diámetro cambia con la contracción y relajación de las fibras musculares del iris como respuesta a los cambios lumínicos, estados emocionales y otros estímulos; por aquí pasa la luz al cristalino y la retina.
16. **Tendones** Banda fibrosa blanca y brillante que une un músculo a un hueso. Excepto en los puntos de inserción, los tendones están constituidos por un delicado tejido conjuntivo fibroelástico. Los más gruesos poseen un septo interno, unos cuantos vasos sanguíneos y nervios esterognósticos.
17. **Tenosinovitis** Inflamación de la vaina de un tendón por depósitos de calcio, irritación o traumatismo reiterados, niveles de colesterol en sangre elevados, artritis, gota o gonorrea. Las inyecciones locales de corticoesteroides pueden servir de alivio; en caso de no mejorar es necesaria una cirugía.
18. **Valoración** Modalidad de actuación de enfermería que comprende la recogida, comprobación y comunicación de la información relativa del paciente. El personal de enfermería recibe la información a partir de la interrelación verbal con el enfermo, la familia y otras personas allegadas; comprueba sistemáticamente los signos y síntomas, determina la capacidad del paciente para llevar a cabo las actividades relativas a sus cuidados personales.

VIII. BIBLIOGRAFÍA

1. www.terra.es/personal/duenas/pae.htm
2. www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000041.htm
3. www.tone.udea.edu.co/revista/sep99/proceso.htm
4. Bases biológicas y fisiológicas del movimiento humano, Guillén del Castillo Manuel, 1ª edición, Madrid, Médica Panamericana, 2001, p.p. 151
5. Estructura y función del cuerpo humano, Escudero Rodríguez Bibiana, 1ª edición, Madrid, Mc Graw-Hill Interamericana, 1995, p.p. 165-169
6. Modelos y teorías de Enfermería, Marriner Tomey Ann, 4ª edición, España, Harcourt Brace, 1999, p.p. 99-106
7. Fundamentos de Enfermería, Kozier Bárbara, Vol. 1, 5ª edición, México, Mc Graw-Hill Interamericana, 1999, p.p. 51, 54, 62, 63, capítulo 5-8
8. Fundamentos de Enfermería, Rosales Barrera Susana, 2ª edición, México, El Manual Moderno, 1999, p.p. 199-217
9. El proceso de Enfermería y el modelo de Virginia Henderson, García Glez. Ma. De Jesús, 1ª edición, México, Editorial Progreso, 1997, p.p. 55, 66, 67, 76, 77, 97, 98, 118, 128, 129, 149, 175, 191, 207, 212, 222, 231, 232, 273, 282, 295
10. Anatomía con orientación clínica, Moore Keith L., 4ª edición, España, Médica Panamericana, 2002, p.p. 607-617, 646-648
11. Proceso Atención de Enfermería, Murray Mary Ellen; Atkinson, Leslie; 5ª edición, México McGraw-Hill Interamericana, 1996, caps. 2-6
12. Fundamentos de Enfermería, Benavent G. Ma. Amparo, et al, 1ª edición, Madrid, Difusión Avances de Enfermería, 2001, p.p. 167-170
13. Fundamentos de Enfermería, Potter, A. Patricia, 5ª edición, Vol. 1, España, Harcourt, 2002, caps. 14-18
14. Virginia Henderson, los primeros 90 años, Smith, P. James, Barcelona, Masson, 1996, p.p. 81-88
15. Bases conceptuales de la enfermería, Leddy, Susan, et al, USA, Organización Panamericana de la Salud, 1989, p.p. 3-18
16. Docencia en Enfermería, Espinoza-Olivares, Artemisa, et al, México, UNAM-ENEO, 2002, p.p. 237
17. Proceso y diagnóstico de Enfermería, Iyer, Patricia, et al, 3ª edición, México, McGraw-Hill Interamericana, 1997, p.p. 10-18
18. Boletín Interno del Departamento de Enfermería, Perspectiva Histórica del Proceso de Enfermería, México, Hospital Infantil de México, 1(3), p.p. 11-13

19. Proceso enfermero, Rodríguez-Sánchez, Bertha, 2ª edición, México, Cuellar editores, 2002, p.p. 29-31, 230-250
20. Promover la vida, Collière, Françoise, España, McGraw-Hill Interamericana, 1993, p.p. 233-239
21. Anatomía Humana, Latarjet, Michel, et al, 4ª edición, Vol. 1, Buenos Aires, Médica Panamericana, 2004, p.p. 776-783
22. Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificación, Nanda, España,, Elsevier, 2005