



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO



ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

APLICADO A:

**UNA PERSONA ADULTA EN EL PERIODO TRANS-OPERATORIO
EN CIRUGÍA DE COLUMNA VERTEBRAL BASADO EN EL
MODELO TEÓRICO DE LAS 14 NECESIDADES DE VIRGINIA HENDERSON**

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

PRESENTA:

CABRERA AVENDAÑO OSCAR

No. DE CUENTA 404115102

ASESOR ACADÉMICO:

M.C SANDRA M. SOTOMAYOR SÁNCHEZ

OCTUBRE 2008





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.

“Cuidar es ayudar a vivir”

Colliere

La enfermería es un arte; y si se pretende que sea un arte, requiere de una devoción tan exclusiva, una preparación tan dura, como el trabajo de un pintor o de un escultor; pero ¿Cómo puede compararse la tela muerta o el frío mármol con el tener que trabajar con el cuerpo vivo, el templo del espíritu de Dios? Es una de las Bellas Artes; casi diría, la más bella de las Bellas Artes

Florence Nightingale

INDICE

1. Introducción.....	1
2. Justificación.....	3
3. Objetivo.....	4
4. Marco Teórico	
4.1 Enfermería como profesión y disciplina.....	5
4.2 El cuidado como objeto de estudio.....	7
4.2.2 Antecedentes históricos del cuidado.....	14
4.2.3 Tipos de cuidado.....	18
4.3 La teoría de enfermería.....	20
4.3.1. Definición de teoría.....	22
4.3.2 Objetivos y ventajas del uso de la teoría de enfermería.....	24
4.3.3 Clasificación de las teorías.....	26
4.3.4 Teoría de Virginia Henderson.....	28
4.4 Proceso de Enfermería.....	37
4.4.1 Definición y objetivo.....	38
4.4.2 Ventajas de proceso.....	39
4.4.3 Descripción de las etapas.....	41
4.5 La adultez como etapa de vida.....	67
4.6 Anatomía de Columna Vertebral.....	70
4.7 Alteraciones de columna vertebral.....	79
5. Aplicación del Proceso.....	89
5.1 Presentación del caso.....	90
5.2 Resultados de la valoración.....	91
5.3 Desarrollo de las etapas del proceso.....	92
6. Conclusiones y Sugerencias.....	110
Bibliografía.....	111
Anexos.....	112

1. INTRODUCCIÓN

Sin lugar a duda el desarrollo en materia económica, política y social no ha respondido a la necesidades equiparables que surgen día a día de la población a nivel mundial; en materia de salud los esfuerzos por mejorar la calidad de vida no han cesado, los profesionales de enfermería han tenido que crecer a la par de todas estas demandas de la población creando estrategias sustentables y líneas de acción, contribuyendo a favorecer la salud de las personas sanas o enfermas.

Si bien es cierto que la enfermería es una de las profesiones más jóvenes, el camino que le ha tocado recorrer a través del tiempo ha sido impresionante, su inicio data de tiempos muy antiguos donde surge una necesidad innata del cuidar, confiriéndole esta actividad a un grupo selecto de mujeres otorgándole la categoría de oficio, sin embargo inicia una transformación a profesión y posteriormente a profesión disciplinar obteniendo el reconocimiento académico pertinente, desarrollando los elementos necesarios que la confieren como tal, con una clara idea de su objeto disciplinar que es el **“Cuidado”**.

Establece los elementos a considerar en la construcción disciplinar de su profesión, contemplando desde el punto de vista filosófico-epistemológico un metaparadigma que integra de forma interrelacionada a la persona, la salud, al entorno y el cuidado, definiendo de esta forma sus modelos conceptuales, dando paso a la construcción de diversas teorías, además de contar con una herramienta metodológica propia e indispensable en la atención definida como proceso atención de enfermería integrando todos estos elementos al ejercicio de su práctica profesional, generando nuevos conocimientos, creando proyectos de mejora basados en la investigación desarrollados a través de un pensamiento crítico, analítico, reflexivo y propositivo desde diversas perspectivas, que le permiten contar con un lenguaje universal confirmando su compromiso científico, filosófico y moral hacia la protección de la dignidad humana y la conservación de la vida, ya que **CUIDAR ES AYUDAR A VIVIR**.

El proceso atención de enfermería contempla diversas etapas como lo es la valoración que permite identificar las necesidades satisfechas e insatisfechas y el grado de dependencia de estas, el diagnóstico que contribuye a la emisión de un juicio crítico, la planeación establece las intervenciones de enfermería, en la ejecución se documenta las intervenciones implementadas y la evaluación permite conocer si se lograron los objetivos propuestos al brindar el cuidado y

también permite discernir sobre la alternativa de nuevas intervenciones que mejoren la implementación del cuidado.

Reafirmando el compromiso profesional con el que contamos los profesionales de enfermería se elabora el presente Proceso Atención de Enfermería aplicado a una persona Adulta en el Período Trans-operatorio en Cirugía de Columna Vertebral basado en el Modelo Teórico de las 14 Necesidades de Virginia Henderson. Lo que permitió brindar un cuidado profesional y contribuir al desarrollo de nuevas propuestas en la atención de enfermería.

2. JUSTIFICACIÓN

La Enfermera hoy en día vive momentos trascendentales al convertirse en profesión disciplinar, creando así un compromiso hacia su interior, a otras ciencias y el mas importante hacia la población, lo que le permite reafirmar su objeto de estudio que es el cuidado, para lo cuál ha definido su metaparadigma, un modelo conceptual, la creación de teorías y el establecimiento de una herramienta metodológica que le permite su actuar profesional y de esta forma, conferirle autonomía y poder contribuir a la generación de nuevos conocimientos estableciendo propuestas en la mejora de atención.

Por tal motivo se elabora el presente Proceso Atención de Enfermería aplicado a una Persona Adulta en el Período Trans-operatorio en Cirugía de Columna Vertebral basado en el Modelo Teórico de las 14 Necesidades de Virginia Henderson, desarrollando cada una de las etapas consideradas para su elaboración y de esta forma brindar cuidado enfermero en forma científica, confirmando la importancia que tiene el objeto de estudio, contemplando los elementos que se consideran en la construcción disciplinar del conocimiento y como parte de un requisito indispensable para ostentar el título de Licenciado en Enfermería y Obstetricia.

3. OBJETIVO

Aplicar un Proceso Atención de Enfermería a una Persona Adulta en el Trasn-Operatorio en Cirugía de Columna Vertebral basado en el Modelo Teórico de las 14 Necesidades de Virginia Henderson, contribuyendo en la generación de evidencia del cuidado enfermero.

4. MARCO TEÓRICO

4.1 ENFERMERÍA COMO PROFESIÓN Y COMO DISCIPLINA

La génesis de la enfermería aborda episodios relevantes de la historia de la mujer, “La enfermera es el espejo en el que se refleja la situación de la mujer a través de los tiempos (Robinson, 1946; pag VII), otorgándosele otras connotaciones que indicaban una actividad innata de amamantar ó el cuidado materno de los niños indefensos; La palabra inglesa *nursery* deriva del vocablo latino *nutriré* que significa “nutrir”. El término inglés *nurse* también tiene sus raíces en el latín *nutrix* que significa “madre que cría”. Los vocablos latinos fueron base de la palabra francesa *nourrice* y de la española *nodriza* (Duarte, 1993, p.5). La palabra enfermería es mucho más reciente pues es coetánea del término “enfermedad” (infirmidad) por ello define la actividad del cuidador restringiendo la misma a los cuidados de los enfermos (cuidador de enfermos/enfermero-a) (Siles, 1999, p.15).

“A la enfermería también se le ha denominado la más antigua de las artes y la más joven de las profesiones” (Duarte,1993,p.5), sin lugar a duda ha evolucionado a través del tiempo transformando su paradigma no solo gremial si no también en el aspecto social, de ser clasificado como un oficio a considerarse una profesión actuante y una disciplina profesional práctica (Simms, 1996,p-6) que implica autonomía y responsabilidad social, moral y jurídica; El Consejo Internacional de Enfermeras ha señalado que “ la responsabilidad fundamental de la enfermeras es cuádruple: promover la salud, evitar enfermedades, establecer la salud y aliviar el sufrimiento”(Du Gas, 2000, p.46), centrado en un enfoque epistemológico que nos permite conocer la naturaleza, la estructura, los alcances, el origen, la confiabilidad, los métodos , las limitaciones en el desarrollo del conocimiento, proporcionando las bases para deliberar la toma de decisiones más pertinentes para el progreso teórico de la disciplina en enfermería (Pacheco,2007).

Por lo cuál el oficio es meramente artesanal, basado en una práctica empírica, no responde a ninguna enfermedad, no requiere formación formal; Profesión (en 1906 se crea la primera escuela de enfermería) se considera por poseer una práctica social histórica, cuenta con una normatividad, posee un código ético, responde a una necesidad social, tiene una educación académica, es remunerada económicamente; Disciplina por que posee una filosofía propia, educación formal universitaria,

otorga identidad profesional, práctica autónoma, atiende a una necesidad social, se rige por un código ético, posee un cuerpo de conocimiento propio.

Al ser una disciplina profesional debe delimitar su campo de acción, si bien cierto que la enfermera puede laborar en ámbitos privados y públicos, en empresas, aéreas administrativas, hospitales, escuelas, etc., sus funciones se establecen en cuatro ejes primordiales, función asistencial que permite la atención humanizada sistemática para promover la salud a través de la aplicación de modelos y tecnologías, función docente corresponde a la transmisión de conocimiento, capacitación y educación continua, función administrativa abarca acciones específicas basadas en teoría y metodología de la administración para mejorar la atención, función de investigación que coadyuva a la ampliación del conocimiento a través de diversas teorías y metodologías, que permita la elaboración de proyectos de mejora en los diversos ámbitos de aplicación (Rosales, 2004, p.3-4).

Esto permite establecer un metaparadigma que establece las perspectivas filosóficas de la práctica de enfermería, las cuáles deben estar basadas en un pensamiento lógico, en un método científico, regidos por un código ético, centrados en su concepción básica que es el cuidado, la persona (Individuo, familia y comunidad), el entorno y la salud (Susan, 1995, p.230).

El cuidado sin lugar a duda es el objeto de conocimiento de la disciplina definido como “un conjunto de actividades que aseguran la continuidad de la vida” como lo establece Colliere(1993) “Cuidar es, ante todo, un acto de vida” ; el termino *caring* se otorga al referirse a la designación de cuidados profesionales que la enfermera lleva a cabo y que supone un compromiso humanista y un interés por los semejantes, también se establece la diferenciación de la naturaleza de los cuidados como lo es el *care* y el *cure*, es imprescindible (Ariza,2005,p.6) darle un valor al cuidado, por que cuidar llama a un compromiso científico, filosófico y moral hacia la protección de la dignidad humana y la conservación de la vida.

La enfermera conocedora de su momento actual que le exige una formación disciplinar ha tomado como herramienta principal metodológica para proporcionar el cuidado al Proceso Atención de Enfermería reconocido por la Organización Mundial de la Salud en 1997, por la Secretaría de Educación Pública y la Dirección General de Profesiones en 1999, definido como una forma dinámica y sistematizada de brindar cuidados enfermeros, promoviendo cuidados humanísticos, centrados en unos objetivos (resultados) y eficaces. También impulsa a las enfermeras a examinar continuamente lo que hacen y a plantearse cómo pueden mejorarlos (Alfaro, 2005,p.4) esta herramienta también cuenta con diversas teorías que proporcionan diversas perspectivas de aplicación del cuidado, como lo es Virginia Henderson al referirse en su modelo sobre 14 necesidades.

El núcleo del proceso contempla la integración de los conocimientos y pensamiento crítico sobre el que hacer? y como hacerlo?, las habilidades técnicas e interpersonales del cómo hacerlo? y las actitudes sobre el deseo y capacidad para hacerlo, lo que le permite tener un pensamiento crítico (Alfaro, 2005, p.4).

La enfermera al convertirse en pensador crítico está consiente de sus recursos y capacidades, es creativa, proactiva, flexible, perseverante, mantiene una actitud inquisitiva, aplica conocimiento previo a las nuevas situaciones, ve las situaciones desde varias perspectivas, considera los riesgos y beneficios, pide ayuda cuando la necesita, distingue los hechos de las inferencias, aplica el concepto de causa-efecto, no emite juicios hasta que no conoce todos los hechos necesarios.

La profesional de enfermería al ser generadora de conocimiento también aplica y proporciona nuevos proyectos de mejora o designación de cuidados por lo cuál también cuenta con un lenguaje mas unificado que pretende ser universal, para ello cuenta con los diagnósticos de enfermería e intervenciones de enfermería , documentando la contribución de la enfermera al cuidado del paciente.

Por lo cuál hoy en día **enfermería** es definida como una profesión disciplinar que proporciona cuidados a las personas para la vida y la salud y es considerado a la **enfermera** la profesionista del cuidado.

4.2 EL CUIDADO COMO OBJETO DE ESTUDIO

Saberse cuidar y mantener la vida y la supervivencia, surge del propio entorno de la vida del ser humano en cada una de sus etapas de desarrollo y en cada circunstancia de salud y de vida, como una realidad a lo largo de toda la historia del hombre y de la humanidad.

El ideal y el valor del cuidado no son simplemente cosas sueltas, sino un punto de inicio del contacto con el paciente, un estadio, exige una actitud que debe tornarse en un deseo, en una intención, en un compromiso y en un juicio consciente que se manifiesta en actos concretos (Jean Watson). El cuidado humano, como un ideal moral, trasciende el acto y va más allá de la acción de la enfermera y produce actos colectivos de la profesión de enfermería que tienen consecuencias importantes para la civilización humana(Ariza, 2005).

Las condiciones necesarias y suficientes para que se dé el cuidado incluyen:

- Conciencia y conocimiento sobre la propia necesidad de cuidado.
- Una intención de actuar y acciones basadas en el conocimiento.
- Un cambio positivo como resultado del cuidado, juzgado solamente con base en el bienestar de los demás.

Se puede agregar a esto que debe haber un compromiso subyacente de valores y moral para cuidar y un deseo para hacer lo. Dentro de los valores que el profesional de enfermería debe luchar por desarrollar para brindar un excelente cuidado, se encuentran muchos.

Es imprescindible identificar dentro del metaparadigma el objeto de estudio que es el cuidado y el objeto que es la persona de lo que inferimos que enfermería es una ciencia dedicada al cuidado de la persona en la salud y la enfermedad (Cristensen, 1999).

Cuidar es un acto de vida, que tiene por objetivo en primer lugar y por encima de todo, permitir que la vida continúe y se desarrolle (Colliere, 1997), por lo que cuidar es una ciencia por que requiere de conocimientos científicos y un arte por las actitudes especiales que se requieren para ello. Sin embargo el cuidado tiene diferentes dimensiones como lo es la filosófica nos permite establecer el sentido y la esencia del cuidar a través de la ética, ontología y la epistemología, la dimensión teórica establece las bases y modelos para proporcionar el cuidado, una dimensión metodológica crea la herramienta necesaria como lo es el proceso atención de enfermería y la práctica crea tecnología del cuidado.

En una comunicación de la 75^a Conferencia Anual de la Registered Nurses Ssociation of Nova Scotia (Benner,1984,p.3) hizo está afirmación: “Los cuidados son a menudo francamente curativos por que facilitan la curación”, Leininger (1984,p.6)”dice que no hay cura sin cuidado, pero puede haber cuidado sin cura”.

Por lo que se establecen diversas conceptualizaciones entre cuidar y cuidados.

Cuidar en un lenguaje común lo podemos definir en atención o preocupación por; responsabilidad de o de proporcionar a; consideración o cariño por sin embargo algunas autoras lo definen como:

-Cuidar es una actividad intencionada (Delores Gaut)

-Cuidar es un medio importante de autodesarrollo (M. Mayeroff) ayudar a otra persona a crecer es al menos darle a cuidar alguien o algo aparte de sí mismo.

-Cuidar connota a una respuesta personal (Jean Watson) el ideal y el valor de cuidar es una postura, una actitud.

-***Cuidar es ayudar a vivir*** (Colliere).

Cuidado: En un sentido genérico se refiere a aquellos actos de ayuda, apoyo o facilitación a otro individuo o grupo con necesidades anticipadas o evidentes para mejorar o beneficiar una situación o forma de vida humana (Leininger). Desde siempre los cuidados tienen una función social.

Con frecuencia el cuidado es invisible, como expresa Collière (1986), cuidar o preocuparse de alguien, creer en alguien, reforzar sus capacidades, permitirle recobrar la esperanza, acompañarle en su experiencia de salud enfermedad estando presente, son acciones invisibles. Para cuidar en el sentido más amplio, es decir, conocer a la persona, su entorno y apoyarla hacia mejorar su salud, la enfermera necesita algo que es limitado: "tiempo". Un tiempo muy corto significa un cuidado de enfermería incompleto, ya que se cumplirá sólo con las actividades rutinarias, pero entonces se sacrifica una parte esencial del cuidado, el que exige reflexión, apoyo, confort y educación.

Pero cabe resaltar de forma imprescindible el poder de cuidar (Benner, 1984,p-209-215); Poder es dar prueba de una actitud de capacidad.

-Poder Transformativo: Con este poder, la enfermera puede ayudar a recuperar la sensación de control y a participar activamente en situaciones que pensaba que estaban fuera de su control.

-Poder Integrante: El cuidado también puede reintegrar a los individuos a su propio mundo social.

-Poder Defensor: Cuando la persona o familia requiere que la enfermera actúe en su nombre, ya que pueden estar confusos y la enfermera puede interpretar la información necesaria y capacita.

-Poder de Curación: Para establecer una relación y un clima de curación, la enfermera a) Moviliza la esperanza dentro de sí misma, en el personal y el cliente; b)encuentra una interpretación o comprensión de la situación que es aceptable y clarificadora para el cliente; c)ayuda al cliente a encontrar apoyo social, emocional y espiritual. Una relación de curación ayuda al cliente a movilizar los recursos externos e internos aportando esperanza, confianza y fe.

-Poder Participativo/Afirmativo: Al participar, una enfermera encuentra un significado a acontecimientos específicos. Un enfoque distante y elusivo suele ofrecer sólo una frágil protección y no estimula los recursos positivos internos.

-Solución de Problemas: Cuidar es el requisito previo de una solución creativa a los problemas. Los problemas difíciles requieren capacidad perceptual, además de razonamiento conceptual y la percepción requiere implicación y atención.

-Poder Reductor: Los cuidados de enfermería transmiten un poder reductor cada vez que se reducen las capacidades de los usuarios de los cuidados, de sus familias, es decir, cada vez que no se reconoce lo que pueden o saben hacer por si mismos y que no se utiliza todo aquello que les motiva, les moviliza, les hace desear y les da gusto de vivir, genera un sentimiento de valoración personal. También puede ser reductor por el subdesarrollo de diferentes capacidades en los cuidadores y el hiperdesarrollo de una sola capacidad. El poder reductor por poderes se establece cuando se delegan funciones sin supervisar o evaluar lo que realizaran. Poder dominador cuando todo se realiza en beneficio exclusivamente del cuidador como aumentar su imagen o prestigio profesional.

-Poder Liberador: Cuando apoyándose en las fuerzas y en las capacidades presentes, libera otras posibilidades o permite que las capacidades existentes se desarrollen, o simplemente que se utilicen,

devuelve a aumenta el poder de existir, de tener autonomía, reconoce los conocimientos de las personas cuidadas, permite a los usuarios de cuidados tener un poder terapéutico para los demás (Rogers).

Es importante situar los límites de los cuidados de enfermería:

-Las indicaciones del o de los hilos conductores: Permiten diferenciar los problemas y servir para limitar las informaciones que hay que conocer, preguntándose respecto a qué, para qué se cree necesario conocer tal o cuál hecho, para evitar incursiones inútiles para el conocimiento de lo que afecta a la vida de las personas.

-El proceso de dependencia-autonomía: De cualquier actividad de la vida, relacionada con la edad, los acontecimientos que obstaculizan la resolución de un problema de salud, el entorno, la naturaleza de los problemas planteados con la forma de vivirlos. También permite determinar por que algunos cuidados para el mantenimiento de la vida serán competencia de la enfermera.

-El umbral de tolerancia de los cuidados: Es importante disuadir cuando los cuidados llegan al umbral de la insuficiencia o de la saturación. Los límites de la acción de la enfermería se pueden mover y desplazar conforme evoluciona la situación.

Para brindar cuidado es importante considerar en todo el momento los tipos de cuidados como lo son el care y el cure, sin embargo para Watson el proceso de cuidados está formada por diez elementos o factores cuidativos que se hallan presentes en toda relación en que la enfermera y la persona cuidada sea coparticipante.

- 1) Formación de un sistema de valores humanístico y altruista.
- 2) Fomentar la fe y la esperanza.
- 3) Cultivar la sensibilidad hacia uno mismo y los demás.
- 4) Desarrollar una relación de cuidados humanos de ayuda y confianza.
- 5) Promocionar y aceptar la expresión de sentimientos positivos y negativos.
- 6) Usar procesos creativos para resolver problemas.
- 7) Promocionar la enseñanza y el aprendizaje transpersonal.
- 8) Crear un entorno de apoyo o corrección mental, física, sociocultural y espiritual.
- 9) Ayuda en la satisfacción de las necesidades humanas.
- 10) Aceptación de fuerzas existenciales-fenomenológicas.

Es importante distinguir las cualidades que han sido mencionadas *esencias* como componente humanístico y *entidades* como componente científico fusionándolas después para presentarlas a través de tres indicadores holísticos: **Ser** (presencia, vivencia, actualización, interés y compromiso con otro), **Relación** (personalidad, interpersonalidad, transpersonalidad) y **Hacer** (acciones profesionales de la enfermera), para el desarrollo de este modelo Koldjeski hace las siguientes distinciones entre la dimensión humanística y científica (1990, pp49)

Conceptos y dimensión humanística: Expresión de sentimientos y preocupaciones a través de amor, confianza, crecimiento, comprensión, presencia, sensibilidad, compasión, implicación, promover la esperanza, autoactualización, valor interpersonal; por lo cuales las esencias la enfermera las proporciona a través de valoración interpersonal e implicación, experimentar con estar allí, transferencia de confianza, interés y preocupación por el otro, actualización, desarrollar un sentido de solidaridad humana que se constituye en un elemento terapéutico.

Conceptos y dimensión científica: Expresión de las acciones de la enfermera a través de ayuda, compartir, socorrer, protección, soporte, estimulación, toma de decisiones, promoción de la salud, mantenimiento de la salud, reestructuración ambiental, mantenimiento de la integridad humana, juicio clínico y control tecnológico, a través de relaciones humanas profesionales, promoción y mantenimiento de la salud, terapéutica enfermera, control del contexto, mantenimiento de la integridad humana.

El proceso de comunicación dentro del cuidado es un elemento fundamental ya que permite establecer relación verbal y no verbal entre el cuidado y el cuidador. La comunicación es posible sólo en un clima de libertad, en el que se pueden expresar pensamientos, sentimientos, sensaciones, etc. La comunicación que se debe establecer con el paciente, la familia y/o el grupo al que se le brinda cuidado, debe estar matizada de elementos tales como:

- Autenticidad de los interlocutores
- Respeto a la originalidad ajena
- Respeto a la originalidad propia
- El deseo de compartir
- La preocupación de hacer comprender
- La actitud de escuchar y de atención permanente

Dentro de este proceso de comunicación la mirada y la voz de quien cuida son indicadores de cuidado para quien es cuidado. Pero también es importante escuchar, que no es más que dejar hablar; dar tiempo al interlocutor para exponer en la medida y en el modo que considere oportuno su pensamiento y su estado de ánimo, no interrumpirlo y dejarlo terminar. Saber escuchar es difícil. Pero es valioso encontrar un cuidador que sepa hacerlo, sobre todo en los momentos difíciles de la vida. Los cuidadores de la salud nos vemos en la obligación de aprender a escuchar con todo el ser. Saber escuchar no es un comportamiento activo, requiere superar dificultades porque la verdadera escucha tiene su origen en actitudes interiores, que no son de ninguna manera innatas, sino que hay que formarlas para poderlas adquirir. La voz es un elemento terapéutico herramienta fundamental del cuidador.

Tipo de actividades de enfermería, Iyer (1989).

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

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

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

El cuidar como sabiduría social: La historia natural de la evolución de la enfermería retoma el concepto del cuidar humano, desde la propia esencia de la necesidad de la persona de procurar sus cuidados para la salud y la vida propia y la de los suyos.

Este bien del ser humano, que es saberse cuidar y mantener la vida y la supervivencia, surge del propio entorno de la vida del ser humano en cada una de sus etapas de desarrollo y en cada circunstancia de salud y de vida, como una realidad a lo largo de toda la historia del hombre y de la humanidad.

De la naturaleza del cuidar humano surge el contexto teórico del conocimiento enfermero como ciencia propia. La enfermera cuida de las personas donde viven, ayudándoles, enseñándoles o sustituyéndolos en el cuidado de sí mismas cuando no tienen el conocimiento, la voluntad o la fuerza necesarias y requieren cuidado profesional.

El cuerpo, el primer instrumento del cuidado: El cuerpo sigue siendo el instrumento principal de la enfermería, en el sentido de que es el vehículo del cuidado. El tacto es uno de los sentidos más importantes en la prestación del cuidado, las manos; Nuestro sentido del OIDO transmite los mensajes y es el vehículo para escuchar; La VISTA sitúa a las personas en su entorno, descubre caras, descifra los mensajes enviados por el cuerpo, si está doblado, contorsionado, nervioso, angustiado, inmóvil, expresivo, relajado. **La impersonalización del cuerpo conduce a su vez a un cuidado despersonalizado.**

Tecnologías para el mantenimiento de la vida: Son todos aquellos instrumentos que proporcionan una autonomía parcial o total a los pacientes, que mejoran su vida diaria. También considerados procedimientos o la propia tecnología desarrollada para su cuidado parches, geles, etc.

Tecnologías para la curación: Varían desde los instrumentos más sencillos hasta las máquinas más complejas. Los cuidados de enfermería se enfrentan a una multiplicidad y a una magnificación de las tecnologías de la curación a precio de otras tecnologías.

Tecnologías de la información: En el proceso de prestar cuidados, las enfermeras emplean también unas técnicas de transmisión de información, concretamente el PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA (P.A.E.). Los conocimientos utilizados por una profesión deben constituir su patrimonio y deben engendrar otros conocimientos y servir como fundamentos para toda evolución profesional. Tomando en cuenta libros, revistas, internet u otros medios masivos de comunicación.

Los análisis del concepto *caring* revelan que el cuidado comprende aspectos afectivos o humanistas relativos a la actitud y compromiso y aspectos instrumentales o técnicos, y que es importante no separar ambos aspectos (Morse, Solberg, Noander, Bottorff y Johnson, 199; Pepin, 1992). Además los estudios hechos a enfermeras (Benner, 1984; Benner y Wrubel, 1989) y a los miembros de la familia que ofrecen un cuidado a las personas (Bowers, 1987), realzan un tercer aspecto: el objetivo que los cuidados persiguen. Más allá de las tareas realizadas y de la manera de realizarlas, reside el significado del cuidado, la intención, la meta.

Creemos que la práctica enfermera se ocupa del *Design del Cuidado*. Más allá del acto de cuidado que une el “que” del cuidado y el “como” de la interacción persona-enfermera, el design permite crear un cuidado que recurre a diversos procesos: la reflexión, la integración de creencias y valores, el análisis crítico, la aplicación de conocimientos, el juicio clínico y la intuición. Se trata de un cuidado innovador que reúne la ciencia y el arte enfermeros, centrándose en la persona, la cuál en continua interacción con su entorno, vive experiencias de salud.

Leininger (1980) de sus estudios transculturales deriva once premisas o asunciones que precisan la naturaleza de las prácticas del cuidar:

1. El cuidado humano es un fenómeno universal pero los procesos, métodos y técnicas con los que se desarrollan varían culturalmente.
2. Cada situación de cuidado enfermero presenta acciones de cuidado transculturales, necesidades e implicaciones.
3. Los procesos y actos de cuidado son esenciales para la supervivencia, el crecimiento y desarrollo humanos.
4. El cuidado puede considerarse como la esencia y la dimensión que unifica intelectual y prácticamente la enfermería profesional.
5. El cuidado presenta dimensiones biológicas, psicológicas, culturales, sociales y ambientales que pueden ser estudiadas, así como prácticas para prestar cuidados holísticos a las personas.
6. Todavía no se revelan con suficiente nitidez los comportamientos de cuidado transculturales. Cuando ese cuerpo de saberes esté suficientemente desarrollado podrá revolucionar las actuales prácticas de enfermería.

7. Para poder proporcionar cuidados terapéuticos la enfermera debe poseer conocimientos sobre los valores, creencias y prácticas acerca del cuidado que los pacientes poseen.
8. Las actividades y funciones del cuidado varían en función de la estructura social característica de las diferentes culturas.
9. La distinción de las prácticas de cuidados universales de las que no son, y las populares de las profesionales permitirá desarrollar el cuerpo de saberes de la enfermería.
10. Los procesos de curar y cuidar presentan diferencias en su esencia y en sus características principales.
11. No puede existir curación sin cuidados pero pueden existir cuidados sin curación.

Por cuál podemos definir que el cuidado es el objeto y esencia de nuestra disciplina, a través del cuál proporcionamos un cuidado en la salud y enfermedad. Los profesionales de enfermería cuentan con múltiples características que le han permitido crecer profesionalmente, formando parte de un nuevo paradigma de la ciencia de enfermería, promoviendo el humanismo y con ella la salud y la calidad de vida de la persona.

4.2.1 ANTECEDENTES HISTÓRICOS DEL CUIDADO

El cuidado es tan ancestral como la vida misma, es más surgió con la vida misma ya que al existir dos entes vivos sean humanas o animales la necesidad de supervivencia conllevaba al cuidado entre ellas como medida de manutención de la vida misma, de forma innata.

Aunque a algunos no les gustara imaginar que los cuidados tengan un origen prehumano, una corriente muestra sus indicios en la historia natural que apoya está premisa. Los primeros rastros de amor paternal y ayuda mutua proceden de los pájaros y los animales ya que se cuidan así mismos cuando están heridos o enfermos y se atienden mutuamente (Berdoe, 1983).

La enfermería tiene su origen en el cuidado materno de los niños indefensos y tiene que haber coexistido con este tipo de cuidados desde los tiempos más remotos de aquí parte, de forma imprescindible la connotación en la creación de su palabra *nutriré* "Nutrir" o del latín *nutrix* "madre que cría". Sin lugar a duda desde los inicios de la vida misma a la mujer se le asigno la tarea de cuidadora y al hombre de proveedor y guerrero siendo esta en forma oculta también una forma de proporcionar cuidado al tener que salvaguardar la vida de sus semejantes , el tener un espacio donde cohabitar y al proveer de alimento. Esto nos deja en claro que el **ser humano** no importando su sexo es un **cuidador innato**.

Momento Histórico: Creación del ser humano

Orientación: Delegación de la función de cuidar.

Crear una mujer a semejanza del hombre para que mutuamente se cuiden y provean.

Momento Histórico: Época Primitiva

Orientación: El *cuidado* que proporcionaba el hombre era por *observación* e imitación de su medio al ver como los animales se curaban entre sí, era un “cuidado de sobrevivencia y cooperatividad”.

Momento Histórico: Época Prehispánica

Orientación: Surge el cuidado centrado en la enfermedad como causa sobrenatural (espíritus)

Se acepta un origen sobrenatural como causa de las enfermedades, surgiendo así los brujos o hechiceros y los curanderos “Personas sagradas”, a estos se les unió una clase de practicantes que en su mayoría eran mujeres de la tribu encargadas de aplicar el tratamiento, sanar heridas y bajar la fiebre, de aquí parte el surgimiento de las “brujas” “Mujeres sabias” desempeñando un papel importante como cuidadoras de los enfermos (Alexander,1782), quienes buscaron diversas formas de tratar las enfermedades a través de ritos y el uso de hierbas medicinales, los enfermos mas graves quedaban a su cuidado para una vigilancia mas estrecha evaluaban su eficacia al ganar una batalla contra lo sobrenatural pues aunque moría la persona el hecho de no presentarse ese mismo caso en la comunidad era signo de vencimiento contra los dioses, ya que a su cuidado y responsabilidad estaba toda la comunidad.

Momento Histórico: Era Pre-cristiana

Orientación: El cuidado se orientado a la enfermedad (curación de heridas y reconocimiento de las primeras patologías) y a lo sobrenatural (dioses), surge la partería y las nodrizas. En algunas civilizaciones nos dan elementos sobre las funciones de los cuidados como restaurador y conservador de la salud. Se da el Servilismo el cuidado se considera impropio y digno de los sirvientes.

Se cree que las sacerdotisas llevaban acabo muchas de las funciones que hoy se reconocer como propias de las enfermeras, ya que en el templo, el primer centro comunitario de pensamiento y actividad del hombre, es donde se manifiesta el núcleo de su educación religiosa, su medicina y su enfermería (Jamieson y Sewall, 1950).

Egipto: Surge la medicina astrológica y su ejercicio de la armonía con premisas místicas. Toma relevancia el cuidado a través de la higiene y la salud pública (Limpieza, comida, bebida, el ejercicio y la relaciones sexuales), el cuidado de la partería queda a cargo de las mujeres; surgen amas de casa contratadas como cuidadoras de los recién nacidos su labor consistía en amamantarlos y criarlos.

Babilonia: Surge las sanciones a los errores en los cuidados “ojo por ojo y diente por diente”, se considera que el cuidado quedaba a cargo de un sirviente doméstico o un esclavo ya que se consideraban actividades impropias.

Grecia: En la familia de Esculapio surgen figuras importantes como su esposa venerada como “La Conforta” y sus seis hijas figuraban Higea “Diosa de la Salud”, Panacea “Restauradora de la Salud”, Meditrina “Conservadora de la Salud” (supuestamente precursora de la enfermera en salud pública). El cuidado se delegaba a los sirvientes quienes tenia que acatar ordenes de sus dioses.

Momento Histórico: Era Cristiana (31 a.c al 476 d.c).

Orientación: Surge el Humanismo en el cuidado y la identificación de las necesidades básicas, pero el descuido del propio cuidador. El cuidado era una forma de caridad adoptada por la iglesia.

La doctrina de Cristo del amor y la fraternidad dio lugar al desarrollo de la enfermería. Surgiendo el altruismo palabra derivada del latín *alter* (otro), que significa pensar e interesarse por los demás. A partir de este término surge el cuidado a los enfermos desvalidos como una de misericordia:

Dar de comer al hambriento
Dar de beber al sediento
Vestir al desnudo
Visitar a los presos
Albergar a los que carecen de hogar
Cuidar a los enfermos
Enterrar a los muertos

Esta obra de misericordia abarca las necesidades básicas como alimentación, protección e incluso muerte digna entre otras.

A través del cuidado se podía ganar la “Vida eterna”. Surge el humanismo como elemento primordial; Caridad era amor en acción era una llamada a la simpatía, generosidad, bondad, amor fraternal y dignidad para toda vida humana. Incluía el fortalecimiento de carácter y la purificación del alma como metas para los cuidadores. La prueba práctica de la nueva fe “No era ser Cuidado, si no Cuidar”

Momento Histórico: Edad Media (1000 a 1500 d.c)

Orientación: Cuidado domiciliario

Surge enfermedades como la peste que obliga a crear técnicas rudimentarias de aislamiento o cuarentenas, por lo cuál el cuidado se proporcionaba en el domicilio aunque solo como manutención de vida ya que están enfermedades se propagaban más por el incremento en el hacinamiento.

Surge una disciplina militarizada en el cuidado aun con influencia religiosa, surge un cuidado hospitalario centrado a curar.

Momento Histórico: Renacimiento

Orientación: Mayor período del humanismo, surge una etapa considerada “período oscuro de la enfermería”, surge la formalidad de cuidado a través de la educación y las diaconisas.

La enfermería seguía siendo una ocupación mas religiosa que intelectual, pero al cuidado se le invierte mucho desde el punto de vista humanismo.

Entre 1500 y 1800 surge “el período oscuro de la enfermería”, al morir por causa de tantas enfermedades contagiosas los cuidados quedan a cargo de expresidarios, carceleros, prostitutas , laicos ignorantes que pagaban su sentencia cuidando enfermos, por lo cuál el trato es despersonalizado, inhumano, abusaban del estado de los pacientes robándoles sus pertenencias y acelerándoles su muerte.

1836 Se da formalidad al cuidado a través de la educación con las diaconesas, con una preparación teórico-práctica aunque aún rudimentaria e incursionan conocimientos éticos, doctrina religiosa y un nivel básico sobre el uso de medicamentos, el cuidado se proporciona solo por órdenes médicas.

Momento Histórico: Epoca Nightingale (1854)

Orientación: Revoluciona a la enfermería.

Surge la educación formal del cuidado, da muestra de resultados sobre buena praxis a través de medios estadísticos, sientan las bases de la enfermera sanitaria “Medidas Básicas de Higiene”, otorga un concepto a la enfermera y un dignificación a su labor, realiza los primeros escritos sobre el cuidado “Notas sobre la enfermería (1859)”, individualiza al cuidado al realizar la separación de enfermos acorde a su gravedad. El cuidado era hospitalario y en el hogar a enseñarles como preservar y mantener la salud.

Otra premisa que nos orienta al cuidado individualizado y la creación de un juicio es: *Las siguientes notas no pretender ser en absoluto una norma de pensamiento que puedan utilizar las enfermeras para aprender a serlo, y menos aún un manual para enseñarles los rudimentos del cuidado. Simplemente intentan ser referencias de pensamiento para mujeres que tienen a su cargo la salud de los demás.* (Nightingale, 1859, “Notas sobre la Enfermería”).

De Crimea surgieron dos figuras heroicas: el soldado y la enfermera. En ambos casos se produjo una transformación en la estimación pública, y en ambos casos la transformación fue obra de Miss Nightingale. Nunca más la imagen de la enfermera sería la de una arpía borrachina y promiscua.

Miss Nightingale ha sellado la profesión de enfermera con su propia imagen...En medio de la confusión y la suciedad, de la agonía y los desastres, había traído la revolución. (Woodham-Smith, 1951).

Momento Histórico: Siglo XIX

Orientación: Se inician las bases para un nuevo cuidado a través de una metodología, formación de algunas especialidades a finales del siglo XIX.

A mediados del siglo XIX en Estados Unidos gracias a la influencia de Nightingale y al sentido de responsabilidad creciente hacia la salud, a la inclusión de la mujer en una mejor posición social, contribuyen conjuntamente a desarrollar la formación de enfermería y mejorar su práctica (Gloria M Grippando).

Momento Histórico: Inicio del Siglo XX

Orientación: Derivada de las necesidades en avances tecnológicos y científicos se crean las especialidades, el cuidado comienza a sentar bases en diversas teorías.

Momento Histórico: Época Contemporánea

Orientación: La enfermería se convierte de oficio a profesión y después a profesión disciplinar, ratificando su filosofía que es **“EL CUIDADO”** a través de una metodología como el Proceso Atención de Enfermería, basado en diferentes corrientes teóricas que permite identificar el metaparadigma (cuidado, entorno, persona) no solo ante un proceso de enfermedad, si no también para preservar la salud.

Sin lugar a duda a la par de la evolución de la enfermería el cuidado ha cambiado, es impresionante, de lo que se considera una actividad implícita para la mujer y el hombre, dio origen a una profesión disciplinar que no solo tiene compromiso con su crecimiento si no con su nación y con el mundo entero.

“En cualquier lugar del mundo donde una persona requiera de un cuidado ó se identifique una necesidad, hay estará una enfermera dispuesta a otorgar un cuidado profesional curativo, preventivo o de preservación de la salud”.

4.2.2 TIPOS DE CUIDADO

La acción de cuidar es de naturaleza universal; En todas las acciones de cuidado el agente manifiesta interés y preocupación por paliar una situación o producir bienestar en otra persona, llevando a cabo ciertas acciones.

Para Leininger (1987) el cuidado puede ser:

Cuidado Genérico: Son aquellos actos de asistencia, soporte o facilitación prestadora a individuos o grupos con necesidades evidentes y orientados a la mejora y el desarrollo de la condición humana.

Cuidados Profesionales: Aquellas acciones, conductas, técnicas, procesos o patrones aprendidas cognitivamente y culturalmente que permiten (o ayudan) a un individuo, familia o comunidad a mantener o desarrollar condiciones saludables de vida.

Cuidados Profesionales Enfermeros: Todos aquellos modos humanísticos y científicos, aprendidos cognitivamente, de ayudar o capacitar a individuos, familias o comunidades para recibir servicios personalizados a través de modalidades, culturalmente determinadas, técnicas y procesos de cuidado orientados al mantenimiento y desarrollo de condiciones favorables de vida y muerte.

Colliere (1993) establece dos tipos de cuidado respecto a su naturaleza el **care** y el **cure**.

Care del inglés *To care*: cuidar de, ocuparse de.

Denominados **cuidados de costumbre o habituales**, relacionadas con las funciones de conservación, de continuidad de vida. Representan a todos los cuidados permanentes y cotidianos que tienen como función única mantener la vida, reaprovisionándola de energía, en forma de alimento o agua (hidratación o aseo), de calor, de luz, o de naturaleza afectiva o psicosocial, etc. Todos estos aspectos interfieren entre sí. Basados en todo tipo de hábitos, costumbres y de creencias; A medida que se construye y se constituye la vida de un determinado grupo surge todo un ritual, toda una cultura que programa y determina lo que se considera bueno o malo para conservar la vida, estos cuidados representan el tejido, la textura de la vida y aseguran su permanencia y duración.

Los cuidados representan todo este 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, formando, manteniendo la imagen del cuerpo, las relaciones, estimulando los intercambios, con todo aquello que es fundamental para la vida, las fuentes de energía vital y su debida interpretación como lo es la luz, el calor, etc.

Todo ello le confiere una idiosincrasia propia de su grupo que le permite subsistir e interrelacionarse con su medio exterior.

Cure del inglés *To cure*: Curar, resecar, tratar suprimiendo el mal; de ahí deriva cura, curetaje.

Denominados los **cuidados de curación**, relacionados con la necesidad de curar todo aquello que obstaculiza la vida. Tienen por objeto limitar la enfermedad, luchar contra ella y atajar sus causas.

La ruptura entre el cuerpo y el espíritu, entre el hombre y su entorno, operada en las sociedades occidentales, la multiplicación de las técnicas de investigación y de curación centradas en la enfermedad, han despejado poco a poco las interrogantes sobre las causas relacionadas con la forma de vida, las condiciones de vida o el deseo de existir; Los cuidados de curación se han aislado de los cuidados de costumbre, puesto que el objeto de la curación se ha convertido en la función orgánica o mental, el órgano, el tejido, la célula aislada de su todo y por lo tanto de todo aquello que puede dar significado al proceso salud-enfermedad. Por lo cuál estos cuidados van a predominar progresivamente hasta el punto de minimizar los cuidados de vida, cuando siguen siendo necesarios, puesto que sin ellos ninguna vida puede continuar.

Cuando prevalece el care sobre el cure se limita la función de continuar con la vida, el mantener el equilibrio o potencializar la continuidad de la vida permite en forma imprescindible el refortalecer las zonas viva y prepara el cuerpo para una mayor recuperación y si a esto le añadimos los cuidados de curación, podremos reintegrar a una persona a su entorno con el menor daño posible puesto que **la vida se retira cada vez que uno se preocupa de lo que se ha muerto más de lo que está vivo.**(Colliere,1993).

De aquí la importancia que los profesionales de enfermería cuenten con los elementos indispensables y los conocimientos no solo de la salud.enfermedad si no contar con un gavaje cultural que le permita identificar las necesidades de las personas y emita un juicio que le permita planear de forma necesaria las intervenciones y poder evaluar su actuar en forma oportuna, basado en un modelo o teoría reafirmando su compromiso con una profesión disciplinar.

4.3 LA TEORÍA DE ENFERMERÍA

Históricamente, el conocimiento usado por las enfermeras se ha derivado de las ciencias físicas y conductuales, como una profesión en continua evolución, la enfermería está ahora profundamente implicada en la identificación de su propia base de conocimientos, por lo tanto requiere el desarrollo y reconocimiento de los conceptos y teorías específicos de la enfermería (Kozier,1995).

El desarrollo de teorías en enfermería es un componente en la erudición enfermera para fomentar el conocimiento de la disciplina a través de la comprensión, análisis de fenómenos enfermeros guiando la práctica de la enfermería a través de la investigación (Marriner, 1989).

Tomando en cuenta que dentro de la construcción disciplinar, la epistemología es un elemento esencial nos conlleva a emplear la triada teoría-práctica-investigación; La razón de ser de enfermería es la práctica profesional (Durán, 2001) e idealmente todo conocimiento de enfermería debe tender a solucionar los problemas de la práctica. Por esta razón, la misión de la investigación es generar, redefinir o complementar conocimientos, es desarrollar teorías que describan, expliquen, predigan y prescriban el comportamiento de los fenómenos de enfermería.

Por lo tanto cuando se ha identificado que una teoría enfermera está de acuerdo con un área o fenómeno de interés, se deben tener en cuenta diversos aspectos, como lo completa que es la teoría, cualquier desaparición de componentes o relaciones, la consistencia interna de la teoría. La correspondencia de la teoría con los hallazgos empíricos disponibles y si está definida por su verificación. Los análisis de esta naturaleza conducen de manera lógica a la consideración de los pasos siguientes en el desarrollo de la teoría. El objetivo es continuar centrando la atención en el análisis crítico de teorías incompletas. Sólo a través de la investigación repetida y rigurosa puede acumularse evidencia científica para apoyar o rechazar las afirmaciones teóricas o proporcionar la base para sugerir modificaciones.

Los componentes de los modelos de enfermería son (Kozier, 1995):

Suposiciones: que son enunciados de hechos (premisas) o presunciones que las personas aceptan como la base teórica subyacente para las conceptualizaciones sobre la enfermería, éstas se derivan de la teoría científica o la práctica, o ambas y han sido o pueden ser certificadas.

Sistema de Valores: Las ideas que subyacen en una profesión son un sistema de valores; la enfermera tiene una función propia, es un servicio destinado a satisfacer necesidades de las personas sanas o enfermas, usa un proceso sistemático para hacer funcionar un modelo conceptual e implica una serie de relaciones interpersonales

Unidades Principales: A partir de las suposiciones y los valores se construyen siete unidades principales de modelos de enfermería meta de enfermería, cliente, rol de la enfermera, fuente de dificultad del cliente, enfoque de la actuación, formas de actuación y consecuencias de la actividad de enfermería.

Por lo anterior los profesionales de enfermería deben de construir un cuerpo sólido de conocimientos que les permita hacer uso de una herramienta científica en el otorgamiento del cuidado como lo es el proceso atención de enfermería, que le permita identificar la adaptabilidad y respuesta a cada una de estas teorías, con el firme objeto de proporcionar un cuidado enfermero profesional.

4.3.1 DEFINICIÓN DE TEORÍA

Es importante definir antes una serie de conceptos:

Ciencia: Es la observación, identificación, descripción, investigación experimental y explicación teórica de los fenómenos naturales. Es un cuerpo de conocimientos. (Marriner, 1989)

Conocimiento: Es la conciencia o percepción de la realidad, adquirida a través del aprendizaje o la investigación (Marriner, 1989).

Concepto: Es una idea abstracta o imagen mental de fenómenos o de la realidad. Los más significativos en enfermería son la persona, entorno, salud y acciones de enfermería, estos conceptos juntos conforman el metaparadigma de enfermería.

Fenómeno: Es cualquier suceso o hecho que sea susceptible de percepción directa a través de los sentidos, es la realidad lo que existe en el mundo real.

Supuestos: Son enunciados cuya certeza se supone sin prueba ni demostración.

Metaparadigma: Es la perspectiva más global de toda disciplina, su unidad encapsuladora o marco, singulariza los fenómenos con lo que trata la disciplina de una forma propia.

Modelo: Es un patrón de algo que hay que hacer, un esbozo abstracto o un bosquejo arquitectónico de un artículo auténtico, o una aproximación o simplificación de la realidad. Es una idea que explica por medio de visualización física o esquemática.

Marco: Es una estructura básica que soporta cualquier cosa.

Marco Conceptual: Es un conjunto de conceptos y enunciados que integran los conceptos en una configuración significativa.

Proposiciones: Enunciados que expresan las relaciones entre conceptos. Se consideran teoremas o enunciados derivados de los axiomas.

Hipótesis: Es un enunciado de relación que ha de ser demostrado

Modelo Conceptual: Da una directriz clara y explícita sobre las tres áreas de la enfermería, el ejercicio, la educación y la investigación.

La teoría se puede definir acorde a su elemento:

Por su estructura de la teoría la definen como “Una serie de hipótesis relacionadas”, y por lo tanto incorpora la investigación como elemento fundamental en el desarrollo teórico y elimina las conceptualizaciones derivadas de procesos mentales (McKey, 1969).

Por la meta de la teoría la define como “Es un sistema conceptual o marco de referencia que se ha inventado con algún propósito”, esta definición elimina las diferencias de abstracción entre lo conceptual y teórico y deja la puerta abierta a la invención de realidades mentales y la construcción de las mismas (Dickoff y James, 1978).

Por su naturaleza tentativa de la teoría la define como “Una definición que da a entender o caracteriza un fenómeno”(Barnum, 1990).

Chinn y Jacobs (1987) La teoría es un grupo de conceptos, definiciones y proposiciones, que proyectan una visión sistemática de un fenómeno, designándoles relaciones específicas, con el propósito de describir, explicar, predecir o controlar fenómenos de enfermería.

TEORIA: Es una serie de conceptos relacionados entre sí que proporcionan una perspectiva sistemática de los fenómenos, predictiva y explicativa(Wesley, 1995, p.4).

TEORIA DE ENFERMERÍA: Las teorías están conformadas de conceptos y proposiciones y están destinadas a explicar los fenómenos con mucha más minuciosidad que los modelos conceptuales y explican los fenómenos del metaparadigma (persona, entorno, salud y cuidado de enfermería), explicando las relaciones derivadas de estas cuatro variables (Fawcett, 1995).

Los elementos básicos de una teoría son:

- Un conjunto de conceptos bien definidos.
- Un conjunto de proposiciones que especifican las relaciones entre los conceptos
- Una hipótesis que analiza la relación entre los conceptos y proposiciones.

La principal distinción entre una teoría y un modelo conceptual es el nivel de abstracción.

4.3.2 OBJETIVOS Y VENTAJAS DEL USO DE LA TEORÍA DE ENFERMERÍA

Hage (1972) identificó los componentes de una teoría completa y especificó las contribuciones que hace cada uno de ellos a la teoría en su totalidad.

Conceptos y Definiciones: los conceptos tienen por objeto describir y clasificar los fenómenos; las definiciones teóricas del concepto establecer los significados; las definiciones operativas del concepto tienen por objeto proporcionar las mediciones.

Afirmaciones Relacionales: Las afirmaciones teóricas su objeto es relacionar conceptos que permiten el análisis; las afirmaciones operativas relacionan conceptos con las mediciones.

Asociaciones y Ordenación: Las asociaciones de afirmaciones teóricas su objetivo es proporcionar una base sobre por qué las afirmaciones teóricas están relacionadas y añaden plausibilidad; las asociaciones de afirmaciones operativas su objetivo es proporcionar una base sobre cómo están relacionadas las variables de medición permitiendo la comprobación; la organización de conceptos y definiciones en términos originales y derivados su objetivo es eliminar solapamientos (tautología) y la organización de afirmaciones y asociaciones en premisas e hipótesis y ecuaciones derivadas tienen por objeto eliminar inconsistencias.

Las teorías de enfermería sirven a varios propósitos esenciales (King, 1978)

- Genera conocimiento que facilita la mejora del ejercicio.
- Organiza la información en sistemas lógicos.
- Descubre las lagunas de conocimientos en el campo específico del estudio.
- Proporciona un fundamento racional para recoger datos fiables y válidos sobre el estado de salud de los clientes, lo que es esencial para una toma de decisiones y una ejecución eficaz.
- Desarrolla una forma organizada de estudiar enfermería.
- Guía la investigación de enfermería para ampliar los conocimientos.

Objetivos de las teorías y modelos conceptuales (Polit, 1999):

- Su objetivo global es la obtención de resultados científicos significativos y generalizables.
- Permitir a los investigadores entretelar las observaciones y hechos en un esquema ordenado.
- Elaborar un marco conceptual que constituye un mecanismo eficiente para reunir y resumir hechos acumulados, que en ocasiones provienen de investigaciones independientes.
- Obtener resultados con estructura coherente se traduce en una mayor accesibilidad y por ende en una mayor utilidad del cuerpo de conocimientos, tanto para la puesta en práctica de los resultados, como para la ampliación de conocimientos de una disciplina.

- Conducen al científico a entender el qué de los fenómenos naturales y el por qué suceden.
- Proporcionan una base para predecir fenómenos.
- Construir un marco utilitario que permita contribuir a genera cambios deseables en las conductas de las personas o en el medio.
- Desarrollar la creatividad en la construcción de la teoría.

-ESTIMULAN LA INVESTIGACIÓN Y LA EXTENSIÓN DEL CONOCIMIENTO

Ventajas:

- Permite el desarrollo continuo de la investigación: El conocimiento científico se deriva del análisis de las hipótesis generadas por las teorías de enfermería. La investigación determina la utilidad de dichas hipótesis y los hallazgos de la investigación pueden plasmarse en teorías para la enfermería (Kozier,1995)
- Desarrollo de asociaciones más sólidas entre la teoría, la investigación y práctica enfermera.
- Interrelación y adaptabilidad a las herramientas metodológicas de atención como lo es el proceso atención de enfermería.
- Proponer nuevas formas de atención y contribuir a la construcción disciplinar del conocimiento.
- Reconocimiento como profesión disciplinar al utilizar un cuerpo bien definido y bien organizado de conocimientos especializado que está en el nivel intelectual del aprendizaje superior.
- Reconocimiento y prestigio profesional.
- Brinda autonomía.
- Formular estrategias profesionales para controlar la actividad profesional.
- Guiar y perfeccionar la praxis de enfermería.
- Otorgar identidad profesional, libertad de acción, oportunidades de crecimientos profesional.
- Desarrolla la capacidad analítica, estimula la creación de nuevas propuestas, aplica su cuerpo de conocimientos en servicios para el bienestar social y humano.
- Le permite organizar y entender aquello que sucede en la práctica, para analizar de manera crítica las situaciones de los pacientes, tomar decisiones clínicas, planificar cuidados y proponer intervenciones enfermeras adecuadas y predecir resultados y evaluar la eficacia de los cuidados.

4.3.3 CLASIFICACIÓN DE LAS TEORIAS

Wesley (1995) las clasifica por su nivel de desarrollo en metateorías, metaparadigmas, teorías de medio rango y teorías empíricas.

Metateorías: Se centran en aspectos generales, incluyendo el análisis del propósito y el tipo de teoría necesaria, la propuesta y crítica de fuentes y métodos para el desarrollo de la teoría y la propuesta de criterios para la evaluación de la teoría.

Metaparadigmas: (Algunas veces se denominan grandes teorías) son de contenido abstracto y de ámbito general; intentan explicar una visión global útil para la comprensión de los conceptos y principios clave.

Teorías de Medio-Rango: Tienen como objetivo fenómenos o conceptos específicos, tales como el dolor y el estrés; son de ámbito limitado, pero lo suficientemente generales como para estimular la investigación. Merton (1968) las define como simples en el aspecto que propone aspectos funcionales de la disciplina.

Teorías Empíricas: Son definidas brevemente; se dirigen al objetivo deseado y las acciones específicas necesarias para su realización.

Marriner (1989) las clasifica por su alcance en macroteorías, teorías de medio alcance y microteorías.

Macroteoría: Son amplias en alcance y de gran complejidad, requieren muchas especificaciones y necesitan una compleja división de enunciados teóricos para que puedan ser verificadas empírica y teóricamente, plantean sus formulaciones teóricas en los niveles mas generales de abstracción y resulta a menudo difícil vincular dichas formulaciones con la realidad. Contienen conceptos acumulativos que incorporan teorías de menor alcance.

Teorías de Medio Alcance: Su alcance no es tan vasto, está compuesto de conceptos relacionales, no representan un aspecto limitado de la realidad como para que no puedan ser aplicadas al complejo campo de la vida real. Describen fenómenos o conceptos específicos y reflejan de mejor manera, los componentes de la práctica.

Microteorías: Son las menos complejas y más específicas, constituyen un conjunto de enunciados teóricos, a menudo hipotéticos que se ocupan de fenómenos estrechamente definidos

Por el desarrollo de la teoría se clasifican en método utilizado inducción, deducción y retroducción.

Inducción: Es una forma de razonamiento que va de lo específico a lo general. En lógica inductiva, una serie de parte se combinan en un conjunto más amplio de cosas. En la investigación inductiva, primero se observan y analizan los acontecimientos particulares, para luego formular enunciados teóricos generales, a menudo denominados teoría fundamentada. *Constituye una investigación para el abordaje teórico.*

Deducción: Es una forma de razonamiento lógico que progresa de lo general a lo específico. Este proceso implica una secuencia de enunciados teóricos que derivan de algunos enunciados generales o axiomas. Dos o mas enunciados se emplean para extraer una conclusión. Las relaciones teóricas abstractas se utilizan para generar hipótesis empíricas específicas. *Constituye una teoría para el abordaje de la investigación.*

Retroducción: Combinan la inducción y la deducción, se vale de la analogía para el diseño de la teoría. Con este enfoque los teóricos pueden profundizar en el conocimiento teórico de otro campo. Producen adelantos en el desarrollo teórico al extrapolar aspectos estructurales o de contenido desea teoría hacia su propio campo para formar una nueva teoría. Se trata de algo más que tomar prestado de otro campo.

Por su forma en tres categorías: conjunto de leyes, proceso axiomático y proceso causal

Conjunto de leyes: Es un enfoque inductivo que busca patrones en los hallazgos de la investigación, estos se clasifican, de acuerdo con el grado de base empírica, en categoría de leyes, generalizaciones empíricas e hipótesis. Resulta difícil organizar dado que la base de un enunciado no servirá de sustento a otro enunciado.

Proceso Axiomático: Es un sistema lógico interrelacionado de conceptos, definiciones y enunciados de relación dispuesto en orden jerárquico. Los axiomas abstractos se encuentran en el nivel más alto de la jerarquía y le siguen las proposiciones derivadas.

Proceso Causal: Aumenta la comprensión mediante enunciados relacionales que especifican la causa entre variables dependientes e independientes. También esta forma requiere conceptos, definiciones y enunciados relacionales. Sirve para explicar como sucede algo.

Es imprescindible analizar la teoría, la revisión crítica conduce a su mejor comprensión a través de la claridad: la coherencia y la claridad semántica y estructural; simplicidad: Necesitan una teoría simple, como la de nivel medio que guíe su práctica; generalidad: para determinar la generalidad de una teoría s examina el objetivo de sus conceptos y

metas; precisión empírica: es accesible está teoría?, si los conceptos están emplazados en la realidad observable; consecuencias deducibles: es importante está teoría?, la investigación, la teoría y la práctica deben de estar relacionadas de manera significativa (Chin y Kramer, 2004).

Han surgido diversas teóricas en enfermería que proponen diversos modelos sobre el cuidado como lo es Martha Rogers "Ciencia de los seres humanos unitarios", Imogene King "Modelo de interacciones de sistemas", Dorothea Orem "Modelo de Autocuidado", Sor Callista Roy "Modelo de

Adaptación”, Virginia Henderson “Modelo complementario- suplementario” propuesta en 14 necesidades básicas, entre otras.

Brown la teoría determina qué observaciones merecen hacerse y cómo deben de interpretarse; y la observación proporciona desafíos a las estructuras teóricas aceptadas. El esfuerzo continuo para producir un cuerpo de teoría y observación coherentemente organizado constituyen la fuerza impulsora de la investigación, y el fracaso prolongado de proyectos de investigación específicos conduce a las revoluciones científicas.

4.3.4 TEORÍA DE VIRGINIA HENDERSON

Virginia Henderson nació en 1897, originaria de Kansas City, Missouri

Experiencia Profesional:

- En 1918 ingresó en la Escuela de Enfermería del Ejército en Washington, D.C.
- En 1921 se gradúa y acepta el puesto como enfermera en el Henry Street Visiting Nurse Service de Nueva York.
- En 1922 inició su carrera docente en enfermería en el Norfolk Protestant Hospital de Virginia.
- Cinco años más tarde ingresó al Teachers College de la Universidad de Columbia, donde consiguió el título de B.S y M.A en la rama de enfermería.
- 1929 ocupa el cargo de supervisora pedagógica en la Clínica Strong Memorial Hospital de Rochester, Nueva York.
- Regresó al Teachers College en 1930 como miembro del profesorado e impartió cursos sobre técnicas de análisis en enfermería y prácticas clínicas hasta 1948.

Aportaciones Científicas:

- Escribió la 4ª edición de Textbook of the Principles and Practice of Nursing de Bertha Harmer, publicado en 1939. La 5ª edición apareció en 1955 y contenía la definición de enfermería de la propia Henderson.
- 1959 a 1971 dirigió el proyecto Nursing Studies Index subvencionado por Yale, formado por cuatro volúmenes sobre la bibliografía, análisis y literatura histórica de la enfermería desde 1900 a 1959.
- 1960 publicó el folleto Basic Principles of Nursing Care para el International Council Of Nurses que fue traducido a más de 20 idiomas.
Con Leo Simmons durante cinco años editó una encuesta nacional sobre la investigación en enfermería que se publicó en 1964.
- 1966 en su obra The Nature of Nursing describe su concepto sobre la función única y primigenia de la enfermería.
- 1978 edita la 6ª edición de The Principles and Practice of Nursing con Gladys Nite.

Sus textos se tradujeron a más de 25 idiomas.

Títulos:

- Merecedora de más de nueve títulos doctorales honoríficos y del primer premio Christiane Reimann
- Premio Mary Adelaide Nutting de la National League for Nursing de los Estados Unidos.
- Elegida miembro honorario de la American Academy of Nursing de la Association of Integrate and Degree Course in Nursing, Londres y de la Royal College of Nursing de Inglaterra.
- 1938 premio Mary Toelle Wright Founders de la Sigma Theta Tau International por su labor de liderazgo, uno de los más altos honores de esta sociedad.
- 1988 en la convención de la American Nurse Association, recibe mención de honor por sus contribuciones a la investigación, formación y la profesionalidad en la enfermería a lo largo de su vida.

Henderson fallece de muerte natural en marzo de 1966 a la edad de 98 años.

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

INFLUENCIA:

Tuvo muchas influencias en sus trabajos en las que menciona a Annie W Goodrich atribuía la primera discrepancia con el cuidado del paciente, exaltaba nuestras reflexiones por encima de la técnica y el trabajo rutinario; Caroline Stackpole la importancia de mantener el equilibrio fisiológico; Jean Broadhurst la importancia de la higiene y la asepsia; Dr. Edward Thorndike, se dio cuenta que la enfermedad es algo más que un estado patológico y que las necesidades básicas no se satisfacen en su mayoría, en los hospitales; Dr. George Deaver, el esfuerzo de la rehabilitación era recuperar la independencia del paciente; Bertha Harmer, la enfermería se enraíza en las necesidades de la humanidad; Ida Orlando, la relación existente entre la enfermera y el paciente, lo fácil que es equivocarse al valorar las necesidades cuando no contrasta con él su interpretación de dichas necesidades.

En 1956 en el libro *The Nature of Nursing* define la función propia de la **ENFERMERÍA**:

La única función de la enfermera es asistir al individuo, sano o enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyen a la salud o a su recuperación (o a una muerte serena), actividades que

realizaría por sí mismo si tuviera fuerza, conocimiento o voluntad necesaria. Todo ello de manera que le ayude a recobrar su independencia de la forma más rápida posible.

Establece una serie de conceptos:

1. Persona
 - Necesidades Básicas
2. Salud
 - Independencia
 - Dependencia
 - Causas de la dificultad o problema
3. Rol Profesional
 - Cuidados básicos de enfermería
 - Relación con el equipo de salud
4. Entorno

PERSONA:

Un ser humano único y complejo con componentes biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales, que tiene 14 necesidades básicas o requisitos que debe satisfacer para mantener su integridad (física y psicológica) y promover su desarrollo y crecimiento.

NECESIDADES BÁSICAS:

Estas necesidades son comunes a todos los individuos, si bien cada persona en su unicidad, tiene la habilidad y capacidad de satisfacerlas de modo diferente con el fin de crecer y desarrollarse a lo largo de su vida, estas necesidades están determinadas por los aspectos biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales y son:

1. Necesidad de Oxigenación
2. Necesidad de Nutrición e Hidratación
3. Necesidad de Eliminación
4. Necesidad de Moverse y mantener una buena postura
5. Necesidad de Descanso y sueño
6. Necesidad de Usar Prendas de Vestir adecuadas
7. Necesidad de Termorregulación
8. Necesidad de Higiene y protección de la piel
9. Necesidad de Evitar los peligros
10. Necesidad de Comunicarse
11. Necesidad de Vivir según sus creencias y valores
12. Necesidad de Trabajar y realizarse
13. Necesidad de Jugar/Participar en actividades recreativas

14. Necesidad de Aprendizaje

SALUD:

Todas las personas tienen determinadas capacidades y recursos, tanto reales como potenciales. En este sentido, buscan y tratan de lograr la independencia y por lo tanto la satisfacción de las necesidades de forma continuada, con el fin de mantener en estado óptimo la propia salud. Capacidad del paciente de realizar sin ayuda los 14 componentes del cuidado de enfermería.

Independencia:

La capacidad de las personas 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.

Dependencia:

La ausencia de actividades llevadas a cabo por la persona con el fin de satisfacer las 14 necesidades. Aunque puede ser que se realicen actividades que no resulten adecuadas o sean insuficientes.

Causa de Dificultad:

Son los obstáculos o limitaciones personales o del entorno, que impiden a la persona satisfacer sus propias necesidades y pueden ser por falta de fuerza, de conocimientos o voluntad, la presencia de estas causas puede ocasionar dependencia total o parcial, así como temporal o permanente.

-Falta de Fuerza: No sólo la capacidad física o habilidades mecánicas de las personas, sino también la capacidad del individuo para llevar a término las acciones pertinentes a la situación, lo cuál vendrá determinado por el estado emocional, estado de las funciones psíquicas, capacidad intelectual, etc.

-Falta de Conocimientos: En lo relativo a las cuestiones esenciales sobre la propia salud y situación de enfermedad, la propia persona (autoconocimiento) y sobre los recursos propios y ajenos disponibles.

-Falta de Voluntad: Entendida como incapacidad o limitación de la persona para comprometerse a una decisión adecuada a la situación y en la ejecución y mantenimiento de las acciones oportunas para satisfacer las 14 necesidades.

ROL PROFESIONAL:

Cuidados Básicos:

Acciones que lleva a cabo la enfermera en el desarrollo de su función propia, actuando según criterios de suplencia o ayuda, según el nivel de dependencia identificado en la persona.

Relación con el Equipo de Salud:

En la planificación y ejecución de un programa global, ya sea para el mejoramiento de la salud, el restablecimiento del paciente o para evitarle sufrimiento en la hora de la muerte. Ningún miembro del grupo debe exigir del otro actividades que le obstaculicen el desempeño de su función propia.

ENTORNO:

No incluye el concepto de manera específica en su modelo utilizo la definición del Webster's New Collegiate Dictionary de 1961 "El conjunto de todas las condiciones e influencias externas que afectan a la vida y el desarrollo de un organismo".

SUPUESTOS PRINCIPALES:

Enfermería

- Una enfermera tiene como única función ayudar a individuos sanos o enfermos.
- Una enfermera actúa como miembro de un equipo médico
- Una enfermera actúa al margen del médico, pero apoya su plan.
- Una enfermera debe tener nociones tanto de biología como de sociología.
- Una enfermera puede valorar las necesidades humanas básicas.
- Los 14 componentes del cuidado de enfermería abarcan todas las funciones posibles de enfermería.

Persona (Paciente)

- La persona debe mantener el equilibrio fisiológico y emocional.
- El cuerpo y la mente de una persona no se pueden separar.
- El paciente requiere ayuda para conseguir la independencia.
- El paciente y su familia constituyen una unidad.
- Las necesidades del paciente están incluidas en los 14 componentes de enfermería.

Salud

- La salud es la calidad de vida.
- La salud es fundamental para el funcionamiento humano.
- La salud requiere independencia e interdependencia
- Favorecer la salud es más importante que cuidar al enfermo
- Toda persona conseguirá estar sana o mantendrá un buen estado de salud si tiene la fuerza, la voluntad o el conocimiento necesario.

Entorno:

- Las personas que están sanas pueden controlar su entorno, pero la enfermedad puede interferir en dicha capacidad.
- Las enfermeras deben formarse en cuestiones de seguridad.
- Las enfermeras deben de proteger a los pacientes de lesiones mecánicas.
- Las enfermeras deberán reducir al mínimo la posibilidad de accidentes a través de consejos en cuanto a la construcción de edificios, adquisición de equipos y mantenimiento.
- Los médicos se sirven de las observaciones y valoraciones de las enfermeras en las que basan sus prescripciones para aparatos de protección.
- Las enfermeras deben de conocer las costumbres sociales y las prácticas religiosas para valorar los riesgos.

AFIRMACIONES TEÓRICAS:

LA RELACIÓN ENFERMERA-PACIENTE: Se Pueden establecer tres niveles.

-En la relación enfermera-paciente que van desde una relación muy independiente a la práctica independencia.

1. La enfermera como una **sustituta** del paciente.
2. La enfermera como una **auxiliar** del paciente.
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, íntegro o independiente debida a su fortaleza física, voluntad o conocimiento.

-Declaro que la enfermera es temporalmente la conciencia del inconsciente, el amor del suicida, la pierna del amputado, los ojos de quién se queda ciego, un medio de locomoción para el niño, la experiencia y la confianza para una joven madre, la boca de los demasiados débiles o privados del habla, etc.

-Durante los estados de convalecencia la enfermera socorre al paciente para que adquiera o recupere su independencia.

-Henderson afirmó que independencia es un término relativo. Nadie es independiente de los demás, pero nos esforzamos por alcanzar una interdependencia sana, no una dependencia enferma.

-Como compañeros la enfermera y el paciente formulan juntos el plan de asistencia.

-Las necesidades pueden estar matizadas por criterios circunstanciales como edad, carácter, el estado anímico, posición social y cultural y la capacidad física e intelectual.

-La enfermera debe meterse 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 el paciente 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 enfermera debe favorecer la salud.

-Se puede sacar mayor partido de ayudar a una persona aprender a como mantener su salud que preparando a los terapeutas más especializados para que la ayuden en los momentos de crisis.

LA RELACIÓN ENFERMERA-MÉDICO

-Henderson insistía que la enfermera tenía una función especial, diferente a los médicos.

-El plan asistencial formulado por la enfermera y el paciente debe de aplicarse de forma que se promueva el plan terapéutico prescrito por el médico.

-Remarcaba que las enfermeras no están a las órdenes de los médicos. “Que los médicos den órdenes a los paciente y empleados sanitarios”.

-La enfermera ayuda al paciente a manejar su salud cuando no se dispone de médicos.

-Muchas de las funciones de la enfermera y médico se solapan.

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.

-Ninguna persona del equipo debe sobrecargar a otro de sus miembros con peticiones que no pueda llevar a cabo dentro de su función especializada.

-Henderson comparaba a todo el equipo médico incluyendo al paciente y su familia con las porciones de una tarta. El tamaño de cada parte destinada un miembro del equipo depende de las necesidades

reales del paciente, y por lo tanto cambia a medida que el paciente progresa en su camino hacia la independencia. La meta final es que el paciente tenga la mayor ración o la tarta entera.

-A medida que cambian las necesidades del paciente, cambia la definición de enfermería. Creo la enfermería cambiará según la época en la que se practique y que depende en gran medida de lo que haga el resto del personal sanitario.

-Con motivo de la 6ª edición de *Principles and Practice of Nursing* amplió su definición a los profesionales de enfermería "La enfermería no existe en un vacío. Debe desarrollarse y progresar para satisfacer los nuevos requisitos sanitarios del público según se vayan presentando".

MÉTOD LÓGICO

Henderson aplica aparentemente una forma deductiva de razonamiento lógico en el desarrollo de su definición de enfermería. Dedujo esta definición y las 14 necesidades de su modelo de los principios psicológicos y fisiológicos.

Los supuestos de la definición de Henderson deben estudiarse con el fin de valorar su concordancia lógica. Muchos de sus supuestos tienen validez por su gran coincidencia con las publicaciones y conclusiones de investigación de científicos de otras disciplinas.

VALORACIÓN:

Para ello cuenta con un instrumento que permite valorar cada una de las 14 necesidades sin embargo se incluyen dentro de estas las siguientes necesidades.

-Todo lo referente al aparato circulatorio, ha sido incluido en la necesidad de oxigenación.

-El dolor, es un elemento que ha sido incluido en la valoración de distintas necesidades, aunque de un modo más específico pensamos que debe ser considerado en la necesidad de reposo y sueño.

-Los aspectos relativos al autoconcepto y autoimagen se incluyen en la necesidad de evitar peligros.

-Los aspectos de desempeño de rol y status se presentan en la necesidad de trabajar y realizarse y en la necesidad de evitar peligros.

-Lo referente a los patrones de sexualidad de la persona ha sido incluidos en la necesidad de comunicarse.

-Lo relativo a las relaciones significativas o aspectos que tienen relación con la interdependencia del ser humano se trata en la necesidad de comunicarse.

-Los mecanismos de afrontamiento de la persona se contempla en todas y cada una de las necesidades.

-La valoración de la ansiedad/estrés se incluye en todas las necesidades, al preguntar como influencia su estado de ánimo en la satisfacción de las distintas necesidades.

-El considerar las necesidades desde el punto de vista implica forzosamente contemplar al individuo como un sistema abierto que continuamente intercambia materia, información y energía con el entorno.

-Es importante que al aplicar la guía de valoración se tome en cuenta los principios de cualquier entrevista, que hacen referencia a la información a proporcionar a la persona que va a ser entrevistada sobre el objetivo de la recogida de datos, la forma en que se realizara la confidencialidad de los datos proporcionados.

DIAGNÓSTICO

La nomenclatura que se utiliza para identificar los problemas es en combinación con la taxonomía de la NANDA dándole un enfoque a su teoría formulando los diagnósticos de esta manera:

Modelo Henderson	NANDA
-Definición del Problema de Dependencia	-Etiqueta diagnóstica de la NANDA
-Datos de Dependencia	-Características Definitorias mayores y menores.
-Causa de la Dificultad (Fuerza, conocimiento o voluntad)	-Factores relacionados/contribuyentes

PLAN DE CUIDADOS

Acorde al modelo de Virginia Henderson, se deberá establecer que tipo de intervención se brindará de suplencia, de ayuda total o parcial. Estas actividades irán encaminadas acorde con los objetivos a reforzar, aumentar, sustituir, añadir o completar la fuerza, voluntad, conocimientos.

EVALUACIÓN

Permite conocer el grado de resolución de la necesidad, el cumplimiento de los objetivos planteados.

4.4 PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

A través del tiempo la enfermería ha evolucionado de ser oficio posteriormente profesión a profesión disciplinar debido a que cuenta con una construcción disciplinar del conocimiento dentro de la que se enmarca la metodología y ha esta corresponde la herramienta única en el otorgamiento del cuidado como filosofía y objeto de estudio de la enfermería, denominado proceso atención de enfermería.

Tanto en la práctica clínica como en la enseñanza, la aplicación del proceso enfermero proporciona las bases y habilidades de pensamiento crítico requeridas para actuar de forma segura y efectiva, alcanzando estándares en materia de calidad, una autonomía de pensamiento siendo proactivo que aseguren unos cuidados competentes e individualizados.

La expansión de los roles y actúes de enfermería se expande no solo a la clínica u hospitales, a las fábricas, escuelas e incluso domicilio, lo que le otorga a la enfermera un compromiso con el mantenimiento y preservación de la salud de las personas, la búsqueda constante en la demostración de la importancia que tienen los cuidados que brinda le conferirá una mayor imagen ante la sociedad.

Por ello el proceso atención de enfermería, ha sido ratificado como el método de elección para el cuidado de enfermería; por ejemplo la Organización Mundial de la Salud (OMS), en 1997, declara que “ El Proceso atención de Enfermería es un término que se aplica a un sistema de intervenciones propias de enfermería sobre la salud de los individuos, las familias, las comunidades o ambos..”

En el caso de México, la Secretaría de Educación Pública y la Dirección General de profesiones (1999), publica el documento denominado “Progresión XX-XXI de las profesiones” en él se menciona que “El Proceso Atención de Enfermería será el instrumento utilizado por la totalidad del personal a través del cuál se aplicará la lógica del conocimiento científico, el razonamiento para el trabajo de enfermería”, en el mismo documento se refiere que “El egresado en el programa de enfermería en el siglo XXI...empleará con habilidad el método de enfermería”.

Actualmente el Consejo Internacional de Enfermería (CIE) ha elaborado la Clasificación Internacional para la Práctica de Enfermería (ICPN), la cuál es un sistema de lenguaje unificado que aporta la terminología necesaria para representar los diagnósticos, las intervenciones, y los resultados de enfermería, con el propósito de dar soluciones regionales, nacionales e internacionales para normalizar la terminología de esta disciplina.

4.4.1 DEFINICIÓN Y OBJETIVO

DEFINICIÓN

Alfaro (2005) define al Proceso Atención de Enfermería como una forma dinámica y sistematizada de brindar cuidados enfermeros. Eje de todos los abordajes enfermeros, el proceso promueve unos cuidados humanísticos, centrados en unos objetivos (resultados) y eficaces.

El proceso enfermero es (Alfaro, 2005):

Sistemático:

Como el método de solución de problemas, consta de cinco pasos, en los que se llevan a cabo una serie de acciones deliberadas para extremar la eficiencia y obtener resultados beneficiosos a largo plazo.

Dinámico:

A medida que adquiere más experiencia, podrá moverse hacia atrás y hacia adelante entre los distintos pasos del proceso, combinando en ocasiones distintas actividades para conseguir el mismo resultado final.

Humanístico:

Se base en la creencia de que a medida que planificamos y brindamos los cuidados debemos considerar los intereses, valores y deseos específicos del usuario (persona, familia o comunidad). Como enfermeras, debemos considerar la mente, el cuerpo y el espíritu.

Centrado en los objetivos (Resultados):

Los pasos del proceso estén diseñados para centrar la atención en si la persona que demanda los cuidados de salud obtienen los mejores resultados de la manera más eficiente. Los requerimientos específicos de documentación proporcionan los datos clave que pueden estudiarse para optimizar los resultados en otras personas en situación similar.

ETICA EN EL USO DEL PROCESO ENFERMERO

Es obligación de la enfermera asegurarse de que las decisiones y acciones realizadas en beneficio de los clientes se ejecuten éticamente. La American Nurses Association (ANA) recomienda los siguientes principios éticos:

-Autonomía: Las personas tiene derecho a tomar sus propias decisiones basándose en: a) sus propios valores y creencias; b) una información adecuada y libre de coacciones, c) un sólido razonamiento que considere todas las alternativas.

-Beneficiencia: Hacer el mayor bien posible y evitar el daño.

-Justicia: Tratar alas personas con igualdad y equidad.

-Fidelidad: Mantener las promesas y no hacer promesas que no se pueden cumplir.

-Veracidad (Decir la verdad) Ser honrada con los enfermos, familias y colegas

-Confidencialidad: Respetar la privacidad de la información.

-Responsabilidad: Ser responsable de las consecuencias de sus acciones.

OBJETIVOS DEL PROCESO:

El objetivo principal del proceso de enfermería es constituir una estructura que pueda cubrir, individualizándolas, las necesidades del paciente, la familia y la comunidad.

- Identificar las necesidades reales y potenciales del paciente, familia y comunidad.

- Establecer planes de cuidados individuales, familiares o comunitarios.

- Actuar para cubrir y resolver los problemas, prevenir o curar la enfermedad.

-Impulsan a las enfermeras a examinar continuamente lo que hacen y a plantearse como pueden mejorar su cuidado.

-Proporcionar cuidados eficaces y eficientes de acuerdo con los deseos y necesidades del individuo.

-Fomentar el desarrollo del pensamiento crítico.

-Contar con una herramienta metodológica que permita brindar cuidado y se adaptable al uso de diversas teorías en enfermería.

4.4.2 VENTAJAS DEL PROCESO

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

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

Para el paciente son:

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

EL PROCESO ENFERMERO DEBE REUNIR LOS SIGUIENTES ASPECTOS PARA PROPORCIONAR UNOS CUIDADOS DE CALIDAD.



Para la enfermera:

- I. Se convierte en experta.
- II. Satisfacción en el trabajo
- III. Crecimiento profesional
- IV. Desarrollo del pensamiento crítico.

PENSAMIENTO CRÍTICO:

Es definido como un pensamiento cuidadoso, deliberado, centrado en un objetivo (orientados al resultado).

Un pensador crítico es:

- Conscientes de sus recursos y capacidades.
- Sensibles a sus propias limitaciones y predisposiciones.
- Son de mente abierta, escucha nuevas ideas y puntos de vista.
- Humildes.
- Proactivos aceptan la responsabilidad legal y social, se anticipan a los problemas.
- Flexibles
- Conscientes de que los errores son escalones para acceder a nuevas ideas.
- Conocedores del hecho de que no vivimos a un mundo perfecto.
- Mantiene una actitud inquisitiva.
- Piden una aclaración cuando no comprenden algo.
- Aplican el conocimiento previo a las nuevas situaciones.
- Sopesan los riesgos y beneficios.
- Piden ayuda cuando la necesitan
- .Usan la lógica validan las primeras impresiones para cerciorarse de que las cosas no son como parecen, distinguen los hechos de las falacias, distinguen los hechos de las inferencias, aplican el concepto de causa y efecto.
- No emiten juicios hasta que conocen todos los hechos necesarios.

El pensamiento crítico en enfermería:

- Supone un pensamiento deliberado, dirigido al logro de un objetivo.
- Se orienta al paciente, familia y a las necesidades de la comunidad.
- Se basa en los principios del proceso enfermero y del método científico.
- Constantemente está reevaluándose, autocorrigiéndose y esforzándose por mejorar.
- Requiere conocimientos habilidades y experiencia.
- Requiere estrategias para desarrollar al máximo el potencial humano (Usando los recursos individuales) y compensar al máximo los problemas creados por la naturaleza humana.
- Se guía por los estándares profesionales y los códigos éticos.

4.4.3 DESCRIPCIÓN DE LAS ETAPAS

El Proceso de Atención de Enfermería tiene sus orígenes cuando, por primera vez, fue considerado como un proceso, esto ocurrió con Hall (1955), Jhonson (1959), Orlando (1961) y Wiedenbach (1963), consideraron un proceso de tres etapas (valoración , planeación y ejecución) ; Yura y Walsh (1967), establecieron cuatro (valoración, planificación, realización y evaluación) ; y Bloch (1974), Roy (1975), Aspinall (1976) y algunos autores más, establecieron las cinco actuales al añadir la etapa diagnóstica.

Etapas de valoración:

Es la primera fase proceso de enfermería, pudiéndose definir como el proceso organizado y sistemático de recogida y recopilación de datos sobre el estado de salud del paciente a través de diversas fuentes: éstas incluyen al paciente como fuente primaria, al expediente clínico, a la familia o a cualquier otra persona que dé atención al paciente. Las fuentes secundarias pueden ser revistas profesionales, los textos de referencia.

Muchas enfermeras recogen principalmente datos fisiológicos para que los utilicen otros profesionales e ignoran el resto de los procesos vitales que implican consideraciones psicológicas, socioculturales, de desarrollo y espirituales. Desde un punto de vista holístico es necesario que la enfermera conozca los patrones de interacción de las cinco áreas para identificar las capacidades y limitaciones de la persona y ayudarle a alcanzar un nivel óptimo de Salud. Ignorar cualquiera de los procesos vitales puede acarrear la frustración y el fracaso de todos los implicados.

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

- Las convicciones del profesional: conforman la actitud y las motivaciones del profesional, lo que piensa, siente y cree sobre la enfermería, el hombre, la salud, la enfermedad, etc. Estas convicciones se consideran constantes durante el proceso.
- Los conocimientos profesionales: deben tener una base de conocimientos sólida, que permita hacer una valoración del estado de salud integral del individuo, la familia y la comunidad. Los conocimientos deben abarcar también la resolución de problemas, análisis y toma de decisiones.
- Habilidades: en la valoración se adquieren con la utilización de métodos y procedimientos que hacen posible la toma de datos.
- Comunicarse de forma eficaz. Implica el conocer la teoría de la comunicación y del aprendizaje.
- Observar sistemáticamente. Implica la utilización de formularios o guías que identifican los tipos específicos de datos que necesitan recogerse.
- Diferenciar entre signos e inferencias y confirmar las impresiones. Un signo es un hecho que uno percibe a través de uso de los sentidos y una inferencia es el juicio o interpretación de esos signos. Las enfermeras a menudo hacen inferencias extraídas con pocos o ningún signo que las apoyen, pudiendo dar como resultado cuidados de Enfermería inadecuados.

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

- Criterios de valoración siguiendo un orden de "cabeza a pies": sigue el orden de valoración de los diferentes órganos del cuerpo humano, comenzando por el aspecto general desde la cabeza hasta las extremidades, dejando para el final la espalda, de forma sistemática.
- Criterios de valoración por "sistemas y aparatos": se valora el aspecto general y las constantes vitales, y a continuación cada sistema o aparato de forma independiente, comenzando por las zonas más afectadas.
- Criterios de valoración por "patrones Funcionales de Salud": la recogida de datos pone de manifiesto los hábitos y costumbres del individuo/familia determinando el funcionamiento positivo, alterado o en situación de riesgo con respecto al estado de Salud.

Esta etapa cuenta con una valoración inicial, donde deberemos de buscar:

- Datos sobre los problemas de salud detectados en el paciente.
- Factores Contribuyentes en los problemas de salud.
- En las valoraciones posteriores, tenemos que tener en cuenta:
 - Confirmar los problemas de salud que hemos detectado.
 - Análisis y comparación del progreso o retroceso del paciente.
 - Determinación de la continuidad del plan de cuidados establecido.
 - Obtención de nuevos datos que nos informen del estado de salud del paciente.

En la recogida de datos necesitamos:

- Conocimientos científicos (anatomía, fisiología, etc. ...) y básicos (capacidad de la enfermera de tomar decisiones).
- Habilidades técnicas e interprofesionales (relación con otras personas).
- Convicciones (ideas, creencias, etc ...)
- Capacidad creadora.
- Sentido común.
- Flexibilidad.

Concepto de dato: Un dato es una información concreta, que se obtiene del paciente, referido a su estado de salud o las respuestas del paciente como consecuencia de su estado.

Nos interesa saber las características personales, capacidades ordinarias en las actividades, naturaleza de los problemas, estado actual de las capacidades.

Tipos de datos:

-Datos Subjetivos: No se pueden medir y son propios de paciente. lo que la persona dice que siente o percibe. Solamente el afectado los describe y verifica. (Sentimientos).

- Datos objetivos: se pueden medir por cualquier escala o instrumento (cifras de la tensión arterial) .

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

- Datos actuales: son datos sobre el problema de salud actual.

Métodos para obtener datos:

A) Entrevista Clínica:

Es la técnica indispensable en la valoración, ya que gracias a ella obtenemos el mayor número de datos.

Existen dos tipos de entrevista, ésta puede ser formal o informal. La entrevista formal consiste en una comunicación con un propósito específico, en la cual la enfermera realiza la historia del paciente.

El aspecto informal de la entrevista es la conversación entre enfermera y paciente durante el curso de los cuidados.

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

- Obtener información específica y necesaria para el diagnóstico enfermero y la planificación de los cuidados.
- Facilitar la relación enfermera/paciente.
- Permitir al paciente informarse y participar en la identificación de sus problemas Y en el planteamiento de sus objetivos Y también.
- Ayudar a la enfermera a determinar que otras áreas requieren un análisis específico a lo largo de la valoración.

La entrevista consta de tres partes: Iniciación, cuerpo y cierre :

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

- **Cuerpo:** La finalidad de la conversación en esta parte se centra en la obtención de la información necesaria. Comienza a partir del motivo de la consulta o queja principal del paciente y se amplía a otras áreas como historial médico, información sobre la familia y datos sobre cuestiones culturales o religiosas. Existen formatos estructurados o semiestructurados para la recogida sistematizada y lógica de la información pertinente sobre el paciente.
- **Cierre:** Es la fase final de la entrevista. No se deben introducir temas nuevos. Es importante resumir los datos más significativos. También constituye la base para establecer las primeras pautas de planificación.

La entrevista clínica tiene que ser comprendida desde dos ámbitos:

- Un ámbito interpersonal en el que dos o más individuos se ponen en contacto y se comunican.
- Otro ámbito de la entrevista es el de una habilidad técnica.

La entrevista puede verse interrumpida por los ruidos, entendiéndose por esto no solamente los ruidos audibles sino también, la imagen global que ofrece el centro sanitario. Éstas pueden ser controladas por el entrevistador en la mayoría de los casos. Tres tipos de interferencias:

- **Interferencia cognitiva:** Consisten en que el problema del paciente no es percibido o comprendido por el entrevistador.
- **Interferencia emocional:** Es frecuente, consiste en una reacción emocional adversa del paciente o del entrevistador. Los estados emocionales extremos como ansiedad, depresión, miedo a una enfermedad grave o a lo desconocido, dolor o malestar. Por parte del profesional, agresividad, excesiva valoración de sí mismos, excesiva proyección sobre los pacientes e incluso desresponsabilización de las obligaciones, Borrell (1986).
- **Interferencia social:** En este caso las diferencias sociales conllevan en el profesional una menor conexión emocional a una menor implicación, y a prestar menor información al paciente.

Las técnicas verbales son:

- El interrogatorio permite obtener información, aclarar respuestas y verificar datos.
- La reflexión o reformulación, consiste en repetir o expresar de otra forma lo que se ha comprendido de la respuesta del paciente, permite confirmar y profundizar en la información.

- Las frases adicionales, estimula la continuidad del proceso verbal de la entrevista.
- Las técnicas no verbales: Facilitan o aumentan la comunicación mientras se desarrolla la entrevista, estos componentes no verbales son capaces de transmitir un mensaje con mayor efectividad incluso que las palabras habladas, las más usuales son:
 - Expresiones faciales,
 - La forma de estar y la posición corporal,
 - Los gestos,
 - El contacto físico,
 - La forma de hablar.

Para finalizar la entrevista y siguiendo a Briggs, J. (1985) y Gazda G.M. (1975) concretaremos las cualidades que debe tener un entrevistador: empatía, calidez, concreción, y respeto.

- **Empatía:** Entendemos por empatía la capacidad de comprender (percibir) correctamente lo que experimenta nuestro interlocutor, Cibanal (1991). Pero Borrell (1989), nos aporta que no basta con comprender al cliente, si no es capaz de transmitirle esa comprensión. La empatía pues consta de dos momentos, uno en el que el entrevistador es capaz de interiorizar la situación emocional del cliente, Y otro en el que le da a entender que la comprende.
- **Calidez:** Es la proximidad afectiva entre el paciente y el entrevistador. Se expresa solo a nivel no verbal
- **Respeto:** Es la capacidad del entrevistador para transmitir al paciente que su problema le atañe, y que se preocupa por él preservando su forma de pensar, sus valores ideológicos y éticos Borrell (1989). En palabras de Cibanal (1991), implica el aprecio de la dignidad y valor del paciente y el reconocimiento como persona.
- **Concreción:** Es la capacidad del entrevistador para delimitar los objetivos mutuos Y compartidos de la entrevista, Borrell (1989).

Cibanal (1991) nos aporta una quinta característica del entrevistador:

La autenticidad, ésta supone que «uno es él mismo cuando lo que dice está acorde con sus sentimientos».

B) La observación:

Es el segundo método básico de valoración, la observación sistemática implica la utilización de los sentidos para la obtención de información tanto del paciente, como de cualquier otra fuente significativa Y del entorno, así como de la interacción de estas tres variables. La observación es una habilidad que precisa práctica y disciplina. Los hallazgos encontrados mediante la observación han de ser posteriormente confirmados o descartados.

C) La exploración física:

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

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

- Inspección: es el examen visual cuidadoso y global del paciente, para determinar estados o respuestas normales o anormales. Se centra en las características físicas o los comportamientos específicos (tamaño, forma, posición, situación anatómica, color, textura, aspecto, movimiento y simetría).
- Palpación: Consiste en la utilización del tacto para determinar ciertas características de la estructura corporal por debajo de la piel (tamaño, forma, textura, temperatura, humedad, pulsos, vibraciones, consistencia y movilidad). Esta técnica se utiliza para la palpación de órganos en abdomen. Los movimientos corporales Y la expresión facial son datos que nos ayudarán en la valoración
- Percusión: implica el dar golpes con uno o varios dedos sobre la superficie corporal, con el fin de obtener sonidos. Los tipos de sonidos que podemos diferenciar son: Sordos, aparecen cuando se percuten músculos o huesos. Mates: aparecen sobre el hígado y el bazo. Hipersonoros: aparecen cuando percutimos sobre el pulmón normal lleno de aire Y Timpánicos: se encuentra al percutir el estómago lleno de aire o un carrillo de la cara.
- Auscultación: consiste en escuchar los sonidos producidos por los órganos del cuerpo. Se utiliza el estetoscopio y determinamos características sonoras de pulmón, corazón e intestino. También se pueden escuchar ciertos ruidos aplicando solo la oreja sobre la zona a explorar.

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

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

La información física del paciente que se obtiene es idéntica en cualquiera de los métodos que utilizemos.

*** VALIDACIÓN DE DATOS:**

Significa que la información que se ha reunido es verdadera (basada en hechos). Esto es lo que debemos asegurarnos de que el paciente quiere indicar lo que de hecho dice. En comunicación existen técnicas de reformulación que nos ayudan a comprender más fielmente los mensajes del paciente, evitando las interpretaciones.

Se consideran datos verdaderos aquellos datos susceptibles de ser evaluados con una escala de medida precisa, peso, talla, etc.

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

*** ORGANIZACIÓN DE LOS DATOS:**

Es el cuarto paso en la recogida de datos, en esta etapa se trata de agrupar la información, de forma tal que nos ayude en la identificación de problemas, el modo más habitual de organizar los datos es por necesidades humanas (Maslow, 1972), o por patrones funcionales (Gordon, 1987), etc. La información ya ha sido recogida y validada, ahora los datos se organizan mediante categorías de información. Estas categorías ya las hemos visto en el apartado de examen físico y como habíamos apuntado, para el establecimiento de la agrupación, se debe elegir la que más se adapte al modelo desarrollado en cada centro asistencial, etc.

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

- Datos de identificación.
- Datos culturales y socioeconómicos.
- Historia de salud: Diagnósticos médicos, problemas de salud; resultados de pruebas diagnósticas y los tratamientos prescritos.
- Valoración física
- Patrones funcionales de salud.

La valoración mediante patrones funcionales (funcionamiento) se realiza en términos mensurables y no abstractos (necesidades), en este sentido los patrones funcionales de salud facilitan la valoración,

aunque no por ello hay que entender que la valoración de los patrones funcionales es opuesta a la valoración de necesidades; antes al contrario, se complementan, Tomás Vidal (1994).

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

*** DOCUMENTACION Y REGISTRO DE LA VALORACIÓN:**

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

- Constituye un sistema de comunicación entre los profesionales del equipo sanitario.
- Facilita la calidad de los cuidados al poder compararse con unas normas de calidad (véase tema referente a la garantía de la calidad de los cuidados enfermeros).
- Permite una evaluación para la gestión de los servicios enfermeros, incluida la gestión de la calidad.
- Prueba de carácter legal
- Permite la investigación en enfermería
- Permite la formación pregrado y postgrado

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

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

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

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

D) Los hallazgos deben describirse de manera meticulosa, forma, tamaño, etc.

E)La anotación debe ser clara y concisa.

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

G) Las anotaciones serán correctas ortográfica y gramaticalmente. Se usarán solo las abreviaturas de uso común.

* FASE DE DIAGNÓSTICO:

Según se utilice el PAE de 4 fases o el de 5 es el paso final del proceso de valoración o la segunda fase. Es un enunciado del problema real o en potencia del paciente que requiera de la intervención de enfermería con el objeto de resolverlo o disminuirlo. En ella se va a exponer el proceso mediante el cual estaremos en condiciones de establecer un problema clínico y de formularlo para su posterior tratamiento, bien sea diagnóstico enfermero o problema interdependiente.

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

Un diagnóstico de enfermería no es sinónimo de uno médico.

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

- La dimensión dependiente de la práctica de la enfermera incluye aquellos problemas que son responsabilidad directa del médico que es quien designa las intervenciones que deben realizar las enfermeras. La responsabilidad de la enfermera es administrar el tratamiento médico prescrito.
- La dimensión interdependiente de la enfermera, se refiere a aquellos problemas o situaciones cuya prescripción y tratamiento colaboran las enfermeras y otros profesionales de la Salud. Estos problemas se describirán como problemas colaborativo o interdependiente, y son complicaciones fisiológicas que las enfermeras controlan para detectar su inicio o su evolución y colaboran con los otros profesionales para un tratamiento conjunto definitivo.
- Dimensión independiente de la enfermera, es toda aquella acción que es reconocida legalmente como responsabilidad de Enfermería, y que no requiere la supervisión o dirección de otros profesionales. Son los Diagnósticos de Enfermería. (D.E.)

Los pasos de esta fase son:

1.- Identificación de problemas:

- Análisis de los datos significativos, bien sean datos o la deducción de ellos, es un planteamiento de alternativas como hipótesis
- Síntesis es la confirmación, o la eliminación de las alternativas.

2.- Formulación de problemas. Diagnóstico de enfermería y problemas interdependientes.

Componentes de los Categorías Diagnósticos aceptadas por la NANDA:

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

- Investigación: Para poder investigar sobre los problemas de Salud que los profesionales de enfermería estamos capacitados para tratar, es necesario que los mismos estén bien definidos y universalizados, a fin de que los resultados de las investigaciones, puedan ser comprendidos y aplicados por otros enfermeros. Es evidente que esto no es posible llevarlo a cabo sin disponer de un lenguaje común previo que aúne los criterios y facilite la comunicación e intercambio de datos. En este momento los Diagnósticos enfermeros pueden contribuir a la consolidación de la disciplina en Enfermería mediante líneas de investigación dirigidas a:
 - Determinar la compatibilidad de una taxonomía con cada uno de los modelos conceptuales.
 - Validar en distintos ámbitos culturales las características definitorias y los factores relacionados de los Diagnósticos de Enfermería aceptados.
 - Comparar la eficacia de las diversas intervenciones propuestas ante un mismo Diagnóstico.
 - Realizar el análisis epidemiológico de los diagnósticos que presenta una población determinada
 - Identificar nuevas áreas de competencia en Enfermería, o completar las ya identificadas, mediante el desarrollo y validación de nuevos Diagnósticos.
- Docencia: la inclusión de los Diagnósticos de Enfermería en el curriculum básico debe iniciarse y continuarse de forma coherente, y prolongarse de forma progresiva a lo largo de todo el curriculum. Permite:
 - Organizar de manera lógica, coherente Y ordenada los conocimientos de Enfermería que deberían poseer los alumnos
 - Disponer de un lenguaje compartido con otros profesionales, con los enfermeros docentes y con los propios alumnos, lo cual facilita enormemente la transmisión de ideas y conceptos relacionados con los cuidados.
- Asistencial: El uso de los Diagnósticos en la práctica asistencial favorece la organización y profesionalización de las actividades de enfermería, al permitir:
 - identificar las respuestas de las personas ante distintas situaciones de Salud
 - Centrar los cuidados brindados en las respuestas humanas identificadas a través de una valoración propia

- Aumentar la efectividad de los cuidados al prescribir actuaciones de Enfermería específicas orientadas a la resolución o control de los problemas identificados.
 - Organizar, definir y desarrollar la dimensión propia del ejercicio profesional
 - Delimitar la responsabilidad profesional, lo que como beneficio secundario crea la necesidad de planificar y registrar las actividades realizadas.
 - Diferenciar la aportación enfermera a los cuidados de Salud de las hechas por otros profesionales.
 - Unificar los criterios de actuación ante los problemas o situaciones que están dentro de nuestra área de competencia.
 - Mejorar y facilitar la comunicación inter e intradisciplinar.
- Gestión: Algunas de las ventajas que comportan la utilización de los Diagnósticos de Enfermería en este ámbito son:
 - Ayudar a determinar los tiempos medios requeridos, Y por tanto, las cargas de trabajo de cada unidad o centro, al facilitar la organización y sistematización de las actividades de cuidados.
 - Permitir, como consecuencia, una mejor distribución de los recursos humanos y materiales.
 - Favorece la definición de los puestos de trabajo, ya que ésta podría incluir la habilidad para identificar y tratar los Diagnósticos de Enfermería que se dan con mayor frecuencia.
 - Posibilitar la determinación de los costes reales de los servicios de Enfermería, y consecuentemente, los costes reales de los cuidados brindados al usuario.
 - Facilitar el establecimiento de criterios de evaluación de la calidad de los servicios de Enfermería brindados en un centro o institución.
 - Identificar las necesidades de formación para grupos profesionales específicos.

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

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

2.- Definición: expresa un significado claro y preciso de la categoría y la diferencia de todas las demás.

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

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

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

- F. Fisiopatológicos (biológico y psicológicos): shock, anorexia nerviosa
- F. de Tratamiento (terapias, pruebas diagnósticas, medicación, diálisis, etc.)
 - De medio ambiente como, estar en un centro de cuidados crónicos, residuos tóxicos, etc.
 - Personales, como encontrarnos en el proceso de muerte, divorcio, etc.
- F. de Maduración: paternidad/maternidad, adolescencia, etc.

D) Tipos de diagnósticos:

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

- **Real:** representa un estado que ha sido clínicamente validado mediante características definitorias principales identificables. Tiene cuatro componentes: enunciado, definición características que lo definen y factores relacionados. El enunciado debe ser descriptivo de la definición del Diagnóstico y las características que lo definen (Gordon 1990). El término "real" no forma parte del enunciado en un Diagnóstico de Enfermería real. Consta de tres partes, formato PES: problema (P) + etiología, factores causales o contribuyentes (E) + signos/síntomas (S). Estos últimos son los que validan el Diagnóstico.
- **Riesgo:** es un juicio clínico de que un individuo, familia o comunidad son más vulnerables a desarrollar el problema que otros en situación igual o similar. Para respaldar un Diagnóstico potencial se emplean los factores de riesgo. 1.a descripción concisa del estado de Salud alterado de la persona va precedido por el término "alto riesgo" . Consta de dos componentes, formato PE: problema (P) + etiología/factores contribuyentes (E).
- **Posible:** son enunciados que describen un problema sospechado para el que se necesitan datos adicionales. La enfermera debe confirmar o excluir. Consta de dos componentes, formato PE: problema (P) + etiología/factores contribuyentes (E).
- **De bienestar:** juicio clínico respecto a una persona, grupo o comunidad en transición desde un nivel específico de bienestar hacia un nivel más elevado. Deben estar presentes dos hechos: deseo de un nivel mayor de bienestar y estado o función actual eficaces. Son enunciados de una parte, conteniendo sólo la denominación. No contienen factores relacionados. Lo inherente a estos Diagnósticos es un usuario o grupo que comprenda que se puede lograr un nivel funcional más elevado si se desea o si se es capaz. La enfermera puede inferir esta capacidad basándose en i los deseos expresos de la persona o del grupo por la Educación para la Salud.

Podemos añadir un quinto tipo:

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

A la hora de escribir un Diagnóstico hay que tener en cuenta una serie de directrices:

- Unir la primera parte (P) con la segunda (E) utilizando " relacionado con" mejor que "debido a" o "causado por". No quiere significar necesariamente que hay una relación causa-efecto directa.
- La primera parte del Diagnóstico identifica la respuesta de la persona, y no una actividad de Enfermería.
- Redactar en términos convenientes y aconsejables desde el punto de vista legal
- Escribir el Diagnóstico sin emitir juicios de valor, sino basarse en datos objetivos y subjetivos que se hayan recogido y validado con el usuario.
- Evitar invertir el orden de las partes del Diagnóstico, puede llevar a un enunciado confuso.
- No mencionar signos y síntomas en la primera parte del Diagnóstico.
- No indique el Diagnóstico de Enfermería como si fuera un Diagnóstico médico.
- No escriba un Diagnóstico de Enfermería que repita una orden médica.
- No rebautice un problema médico para convertirlo en un Diagnóstico de Enfermería.
- No indique dos problemas al mismo tiempo, dificulta la formulación de los objetivos.

*** PLANIFICACIÓN DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA:**

Una vez hemos concluido la valoración e identificado las complicaciones potenciales (problemas interdependientes) y los diagnósticos enfermeros, se procede a la fase de planeación de los cuidados o tratamiento enfermero. En esta fase se trata de establecer y llevar a cabo unos cuidados de enfermería, que conduzcan al cliente a prevenir, reducir o eliminar los problemas detectados. La fase de planeación del proceso de enfermería incluye cuatro etapas, Carpenito (1987) e Iyer (1989).

Etapas en el Plan de Cuidados

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

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

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

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

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

- **Elaboración de las actuaciones de enfermería,** esto es, determinar los objetivos de enfermería (criterios de proceso). Determinación de actividades, las acciones especificadas en el plan de cuidados corresponden a las tareas concretas que la enfermera y/o familia realizan para hacer realidad los objetivos. Estas acciones se consideran instrucciones u órdenes enfermeras que han de llevar a la práctica todo el personal que tiene responsabilidad en el
- **Cuidado del paciente.** Las actividades propuestas se registran en el impreso correspondiente y deben especificar: qué hay que hacer, cuándo hay que hacerlo, cómo hay que hacerlo, dónde hay que hacerlo y quién ha de hacerlo.

-Para un Diagnóstico de Enfermería real, las actuaciones van dirigidas a reducir o eliminar los factores concurrentes o el Diagnóstico, promover un mayor nivel de bienestar, monitorizar la situación.

-Para un Diagnóstico de Enfermería de alto riesgo las intervenciones tratan de reducir o eliminar los factores de riesgo, prevenir la presentación del problema, monitorizar su inicio.

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

Documentación y registro

*** DETERMINACIÓN DE PRIORIDADES:**

Es un paso en la fase de planeación en la que se debe priorizar, qué problemas serán los que se incluyan en el plan de cuidados y por tanto tratados, éstos deben consensuarse con el cliente, de tal

forma que la no realización de este requisito puede conducirnos a errores y a pérdidas de tiempo, por el contrario su uso nos facilitará aun más la relación terapéutica.

Se trata de establecer las necesidades que son prioritarias para el paciente. Creemos que es de interés indicar aquí, que bajo una concepción holístico-humanista, la insatisfacción de las necesidades básicas provoca la enfermedad, Maslow (1972), esta carencia coloca a la persona en un estado de supervivencia, a pesar de ello y en determinadas ocasiones de libre elección, la persona prefiere satisfacer unas necesidades, privándose de otras. Es obvio añadir que son problemas prioritarios las situaciones de emergencia, como problemas de carácter biofisiológico, con excepción de la urgencia en los procesos de morir.

Por lo tanto daremos preferencia a aquellos diagnósticos de enfermería y complicaciones potenciales, referidos a las necesidades que el paciente da prioridad consensuadamente con la enfermera/o. En realidad las actividades que la enfermería desarrolla con y para las personas tienen suma importancia dentro del campo asistencial y del desarrollo humano, ya que les ayuda a detectar, reconocer y potenciar sus propios recursos, esto es satisfacer sus necesidades humanas, Maslow (1972), favorece en gran medida la recuperación de la enfermedad.

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

*** PLANTEAMIENTO DE LOS OBJETIVOS:**

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

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

Lo que se pretende con los objetivos de las actuaciones enfermeras es establecer qué se quiere conseguir, cómo, cuándo y cuánto.

Existen dos tipos de objetivos:

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

Normas generales para la descripción de objetivos

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

OBJETIVOS DE ENFERMERÍA:

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

- A encontrar sus puntos fuertes, esto es, sus recursos de adaptación adecuados para potenciarlos.
- A buscar nuevos sistemas y recursos de adaptación.
- A conocer su estilo de vida y ayudarlo a modificarlo, si no fuera competente para el cambio, bien por una disminución de los recursos propios o por una inadecuación de los mismos.

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

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

Los objetivos de enfermería se describen en el tiempo a:

- **Objetivos a corto plazo:** Son los resultados que pueden lograrse de modo favorable y rápido, en cuestión de horas o días. Estos son adecuados especialmente para establecer la atención inmediata en situaciones de urgencia cuando los pacientes son inestables y los resultados a largo plazo son inciertos.

- **Medio plazo:** para un tiempo intermedio, estos objetivos son también intermedios, de tal forma que, podamos utilizarlos para reconocer los logros del paciente y mantener la motivación.

- Objetivos a largo plazo: Son los resultados que requieren de un tiempo largo. Existen dos tipos:

- Uno, abarca un período prolongado y requiere de acciones continuas de enfermería, que median directamente entre el objetivo y su logro.
- Otro, se obtiene mejor a través de una secuencia de objetivos a corto plazo. Este segundo tipo no requiere de la acción directa de enfermería, dado que las acciones de enfermería acompañan a los objetivos a corto plazo.

*** OBJETIVOS DEL CLIENTE/PACIENTE:**

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

Las principales características de los objetivos del cliente son tres:

- Deben ser alcanzables, esto es, asequibles para conseguirlos.
- Deben ser medibles, así se describen con verbos mensurables del tipo de, afirmar, hacer una disminución, hacer un aumento, toser, caminar, beber, etc.
- Deben ser específicas en cuanto a contenido (hacer, experimentar o aprender) y a sus modificadores (quién, cómo, cuándo, dónde, etc.). Así, al verbo se le añaden las preferencias e individualidades, Ejemplo: el paciente caminará (verbo) por el jardín (dónde) después de comer (cuándo) durante 15 minutos (cuánto).

Los contenidos se describen como verbos y como ya hemos dicho que sean mensurables. En cuanto a los objetivos cuyo contenido es el área de aprendizaje quisiéramos aportar los ámbitos que B. Bloom hace del aprendizaje, referidos como objetivos de la educación.

- Cognoscitivos: estos objetivos se fundamentan en la memoria o reproducción de algo adquirido mediante el aprendizaje, así como objetivos que precisan actividad de carácter intelectual (determinación de problemas, reestructuración), Los objetivos abarcan desde un mero repaso a la alta originalidad.
- Afectivos: son objetivos que hacen hincapié en la tensión sentimental, una emoción o cierto grado de simpatía o repulsa. Oscilan entre una simple atención a la toma de conciencia de gran complejidad. Son objetivos que describen intereses, actitudes, conceptuaciones, valores y tendencias emotivas,

- **Psicomotores:** estos objetivos se proponen el desarrollo muscular o motor, ciertas manipulaciones de materias u objetos, o actos que precisan coordinación neuromuscular, Son habilidades.

La lectura de Bloom nos ayuda a conocer y adquirir habilidad para describir de una manera correcta los objetivos en el área del aprendizaje.

*** ACTUACIONES DE ENFERMERÍA:**

Las actuaciones enfermeras son aquellas intervenciones específicas que van dirigidas a ayudar al paciente al logro de los resultados esperados. Para ello se elaborarán acciones focalizadas hacia las causas de los problemas, es decir, las actividades de ayuda deben ir encaminadas a eliminar los factores que contribuyen al problema (Iyer 1989).

El paciente y los familiares deben participar, siempre que sea posible, en las decisiones relativas a las intervenciones enfermeras encaminadas al logro de los objetivos. Para identificar las intervenciones es aconsejable conocer los puntos fuertes y débiles del paciente y sus familiares, como se explicó anteriormente.

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

- **Prescripciones enfermeras:** Son aquellas en que la enfermera puede prescribir independiente para que el personal de enfermería ejecute la prescripción. Estas prescripciones tratan y controlan los diagnósticos enfermeros.

- **Prescripciones médicas:** Son actuaciones prescritas por el médico, representan tratamientos de problemas interdisciplinarios que la enfermera inicia y maneja .

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

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

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

- Dependientes: Son las actividades relacionadas con la puesta en práctica de las actuaciones médicas. Señalan la manera en que se ha de llevar a cabo una actuación médica
- Interdependientes: Son aquellas actividades que la enfermera lleva a cabo junto a otros miembros del equipo de salud. Estas actuaciones pueden implicar la colaboración de asistentes sociales, expertos en nutrición, fisioterapeutas médicos, etc.
- Independientes: Son aquellas actividades de la enfermería dirigidas hacia las respuestas humanas que está legalmente autorizada a atender, gracias a su formación y experiencia práctica Son actividades que no requieren la orden previa de un médico.

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

- Serán coherentes con el plan de cuidados, es decir, no estarán en desacuerdo con otros planes terapéuticos de otros miembros del equipo.
- Estarán basadas en principios científicos. Recordemos los paradigmas de salud sobre los que se basa contemporáneamente la enfermería, empírico-analítico, hermenéutico-interpretativo y socio-crítico, éstos fundamentan las decisiones y actuaciones enfermeras.
- Serán individualizados para cada situación en concreto. Los cuidados de un paciente difieren de los de otro, aunque tengan diagnósticos enfermeros y médicos iguales o similares.
- Se emplearán para proporcionar un medio seguro y terapéutico.
- Van acompañadas de un componente de enseñanza y aprendizaje.
- Comprenderán la utilización de los recursos apropiados.

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

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

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

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

- El diagnóstico enfermero real:

- Reducir o eliminar factores contribuyentes.
 - Promover mayor nivel de bienestar.
 - Controlar el estado de salud.
- Para el diagnóstico enfermero de alto riesgo:
- Reducir o eliminar los factores de riesgo,
 - Prevenir que se produzca el problema.
 - Controlar el inicio de problemas.
- Para el diagnóstico enfermero posible:
- Recoger datos adicionales que ayuden a confirmar o excluir un diagnóstico.
- Para el diagnóstico enfermero de bienestar:
- Enseñar conductas que ayuden a conseguir mayor nivel de bienestar.
- Para problemas interdependientes:
- Controlar los cambios de estado del paciente.
 - Manejar los cambios de estado de salud.
 - Iniciar las actuaciones prescritas por la enfermera V el médico.

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

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

El segundo paso de este método consiste en desarrollar todas las soluciones o alternativas posibles. El éxito de las actuaciones de enfermería dependerá de la capacidad del profesional para elegir actividades y posteriormente desarrollar las más adecuadas para obtener los resultados esperados, solución del problema/diagnóstico posibles.

Acciones de enfermería que encontramos en un plan de cuidados:

- Realizar valoraciones de enfermería para identificar nuevos problema/diagnósticos de enfermería
- Realizar la educación sanitaria del paciente para capacitarle en conocimientos, actitudes y habilidades.
- Aconsejar acerca de las decisiones de sus propios cuidados.
- Consulta y remisión a otros profesionales.
- Realización de acciones terapéuticas específicas de enfermería
- Ayudar a los pacientes a realizar las actividades por si mismos.

Y también, la determinación de actividades de enfermería para los problemas interdependientes, según Carpenito (1987) son:

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

Las directrices específicas para los cuidados de enfermería se denominan órdenes de enfermería y se componen de los siguientes elementos, según Iyer (1989):

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

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

*** DOCUMENTACIÓN EN EL PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA:**

La última etapa del plan de cuidados es el registro ordenado de los diagnósticos, resultados esperados Y actuaciones de enfermería Ello se obtiene mediante una documentación.

El plan de cuidados de enfermería, según Griffith-Kenney y Christensen (1986), "es un instrumento para documentar y comunicar la situación del paciente/cliente, los resultados que se esperan, las estrategias, indicaciones, intervenciones y la evaluación de todo ello".

Las finalidades de los planes de cuidados están dirigidas a fomentar unos cuidados de calidad, mediante:

- Los cuidados individualizados,
- La continuidad de los cuidados,
- La comunicación, y
- La evaluación, Bower (1982).

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

*** PARTES QUE COMPONEN LOS PLANES DE CUIDADOS:**

Los planes de cuidados deben tener los siguientes registros documentales:

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

Hunt (1978) desarrolló tres documentos para recoger toda la información necesaria para enfermería:

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

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

*** TIPOS DE PLANES DE CUIDADOS:**

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

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

- Estandarizado: Según Mayers (1983), «un plan de cuidados estandarizado es un protocolo específico de cuidados, apropiado para aquellos pacientes que padecen los problemas normales o previsibles relacionados con el diagnóstico concreto o una enfermedad»

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

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

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

- Registrar la información de manera rápida, clara y concisa
- Recabar la información precisa sobre el estado de salud, que permite una óptima planificación de los cuidados, su revisión y la mejora del plan,
- Facilitar la continuidad de los cuidados, tanto en el hospital como la comunicación con otros servicios de salud.
- Evitar la repetición de los datos.
- Facilitar datos a la investigación y a la educación.
- Posibilitar el cálculo del coste-beneficio del servicio hospitalario.

Los beneficios que se obtienen tras la información de la documentación enfermera son según Kahl et al (1991):

- Eliminación del papeleo.
- Los planes de cuidados mantienen su flexibilidad y son personalizados.
- Los datos incluidos son más relevantes y más exactos.

*** EJECUCIÓN:**

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

- Continuar con la recogida y valoración de datos.
- Realizar las actividades de enfermería.
- Anotar los cuidados de enfermería Existen diferentes formas de hacer anotaciones, como son las dirigidas hacia los problemas
- Dar los informes verbales de enfermería,
- Mantener el plan de cuidados actualizado.

El enfermero tiene toda la responsabilidad en la ejecución del plan, pero incluye al paciente y a la familia, así como a otros miembros del equipo. En esta fase se realizarán todas las intervenciones enfermeras dirigidas a la resolución de problemas (diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes) y las necesidades asistenciales de cada persona tratada.

De las actividades que se llevan a cabo en esta fase quiero mencionar la continuidad de la recogida y valoración de datos, esto es debido a que por un lado debemos profundizar en la valoración de datos que quedaron sin comprender, y por otro lado la propia ejecución de la intervención es fuente de nuevos datos que deberán ser revisados y tenidos en cuenta como confirmación diagnóstica o como nuevos problemas.

*** EVALUACIÓN:**

La evaluación se define como la comparación planificada y sistematizada entre el estado de salud del paciente y los resultados esperados. Evaluar, es emitir un juicio sobre un objeto, acción, trabajo, situación o persona, comparándolo con uno o varios criterios.

Los dos criterios más importantes que valora la enfermería, en este sentido, son: la eficacia y la efectividad de las actuaciones, Griffith y Christensen (1982).

El proceso de evaluación consta de dos partes

- Recogida de datos sobre el estado de salud/problema/diagnóstico que queremos evaluar.
- Comparación con los resultados esperados y un juicio sobre la evolución del paciente hacia la consecución de los resultados esperados.

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

1.- Aspecto general y funcionamiento del cuerpo:

- Observación directa, examen físico.
- Examen de la historia clínica

2.- Señales y Síntomas específicos

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

3.- Conocimientos:

- Entrevista con el paciente
- Cuestionarios (test),

4.- Capacidad psicomotora (habilidades).

- Observación directa durante la realización de la actividad

5.- Estado emocional:

- Observación directa, mediante lenguaje corporal y expresión verbal de emociones.
- Información dada por el resto del personal

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

- Entrevista con el paciente.
- información dada por el resto del personal

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

- El paciente ha alcanzado el resultado esperado.
- El paciente está en proceso de lograr el resultado esperado, nos puede conducir a plantearse otras actividades.
- El paciente no ha alcanzado el resultado esperado y no parece que lo vaya a conseguir. En este caso podemos realizar una nueva revisión del problema, de los resultados esperados, de las actividades llevadas a cabo.

M, Caballero (1989) la evaluación se compone de:

- Medir los cambios del paciente/cliente.
- En relación a los objetivos marcados.
- Como resultado de la intervención enfermera
- Con el fin de establecer correcciones.

La evaluación se lleva a cabo sobre las etapas del plan, la intervención enfermera y sobre el producto final.

A la hora de registrar la evaluación se deben evitar los términos ambiguos como «igual», «poco apetito», etc., es de mayor utilidad indicar lo que dijo, hizo y sintió el paciente. La documentación como va evolucionando el cliente y realizar ajustes o introducir modificaciones para que la atención resulte más efectiva.

El proceso enfermero pretende mantener la salud potenciando la independencia, la sensación de bienestar y la capacidad de funcionar, independientemente de la presencia de enfermedades o discapacidades. La competencia en el uso del proceso enfermero requiere una amplia base de conocimientos enfermeros, pensamiento crítico, sólidas habilidades interpersonales y técnicas, y la capacidad para cuidar y el deseo de hacerlo.

4.5 LA ADULTEZ COMO ETAPA DE VIDA

Durante la vida se tienen cambios cuantitativos (estatura, peso, vocabulario) y cualitativos (carácter estructural u organizacional: inteligencia, memoria) que ocurren en el ser humano desde su concepción hasta su muerte y permanecen en un tiempo razonable, lo que se conoce como Desarrollo Humano. Este se caracteriza por ser: gradual, relativamente ordenado e implica diferencias individuales. Se toman en cuenta aspectos como el: físico, intelectual, personal y social; e influyen en el desarrollo los factores biológicos (herencia, maduración), ambientales (aprendizaje, físico/natural, socio-culturales) y personales.

Características:

-Para la sociedad, estos años son los más importantes de toda la vida. Hay consolidación de la identidad y comienzo de la realización del proyecto de vida. Adaptación a la vida social.

-Psicológico: La sensación de dominio se manifiesta en un sentimiento de autonomía, lo que permite utilizar las energías de forma más eficiente. Control de emociones y encuentra intimidad.

-Biológico: Las funciones están en su máximo funcionamiento, están estables, lo que se traduce en seguridad, poder, dominio, hay fortaleza, energía, resistencia. Un funcionamiento intelectual consolidado. Etapa en que se desarrollan muchos deportes y actividades extremas.

Desarrollo Social y Personalidad:

Los humanos cambian y crecen en muy diversos aspectos durante el período de los 18 a los 40 años. Durante estas 2 décadas se toman muchas de las decisiones que han de afectar al resto de la vida, con respecto a la salud, felicidad y el éxito del individuo. Se trata de una fase de importantes cambios sociales en los ámbitos de la vida profesional y familiar, cambios que se resumirían en la apropiación de aquellos roles requeridos para la ejecución de una serie de tareas como la elección de un compañero/a, comienzo de una ocupación, aprendizaje en la convivencia marital, paternidad y cuidado de los hijos, atención del hogar, adquisición de responsabilidades cívicas, localización de un grupo de pertenencia, entre las principales.

Según Erickson, el adulto joven se mueve entre la intimidad y el aislamiento, es una etapa en que la persona está dispuesta a fundar su identidad con la de otros. Está preparado para la intimidad, se tiene la capacidad de entregarse a afiliaciones y asociaciones concretas y de desarrollar la fuerza necesaria para cumplir con tales compromisos, aún cuando impliquen sacrificios significativos. La afiliación y el amor son las virtudes o fortalezas que se asocian a esta etapa. Hay construcción y establecimiento de un estilo de vida, se organiza la vida de forma práctica, se llevan a cabo propósitos. Por otra parte, también hay mucha exploración y aprendizaje (no todos los roles que se asumen son definitivos).

Trabajo:

El trabajo está fuertemente ligado con todos los aspectos del desarrollo intelectual, físico social y emocional. En general, las diferencias de edad en el desempeño parecen depender mucho de cómo se mide el desempeño y de las demandas de una clase de trabajos específico. Un empleo que requiere reflejos rápidos, por ejemplo, tiene más probabilidad de que sea desempeñado mejor por una persona joven, uno que depende de la madurez de juicio puede ser mejor ejecutado por una persona mayor.

A la larga, los trabajadores jóvenes (de menos de 35 años), quienes están en el proceso de labrar su carrera, están menos satisfechos con sus trabajos, en general, de lo que estarán más tarde. Son menos comprometidos con sus empleos, menos comprometidos con sus empleadores y tienen más probabilidad de cambiar empleo de la que tendrán más tarde en la vida. Con respecto a la satisfacción y permanencia en el trabajo, no hay diferencias claras de edad en aspectos específicos de la relación de trabajo, estos se encuentran asociados con la promoción, supervisión, compañeros de trabajo y el salario.

Es posible que la relación entre la edad y la satisfacción en general con el empleo puedan reflejar la naturaleza del empleo en sí mismo. Cuanto más tiempo trabaja la gente en una ocupación específica, más gratificante puede ser el trabajo y mientras más se conozcan las características positivas de la institución empleadora, sus principios, políticas, estructura y alcances, más probablemente se infiltra un compromiso del trabajador con ella. Para llegar a estos alcances el joven adulto requiere de tiempo. Las características propias del joven adulto puede llevarlo a mirar su empleo con ojo más crítico de lo que lo hará cuando haga un compromiso más serio. Los trabajadores más jóvenes, por ejemplo, están más preocupados por el nivel de interés de su trabajo, por las oportunidades de desarrollar sus habilidades y por las oportunidades de progreso. Los trabajadores de más edad se preocupan más por supervisores y compañeros de trabajo amistosos y por recibir ayuda en su trabajo.

Matrimonio:

Principalmente se da la tarea de la intimidad. La gran mayoría, tanto hombres como mujeres, se casa en este período (25-34 años). Implica, además, la posibilidad de ser padres, el complementarse y completarse, diferentes tareas y necesidades psicológicas, interdependencia, necesidad de amor. Lo que se construye entre ambos es un espacio psicológico común (con proyectos de pareja).

Constituir una pareja exige el establecimiento de un compromiso con el otro (se renuncia a otras alternativas de pareja, también se renuncia a otras relaciones que compitan con la relación de pareja); para hacer el proyecto hay que negociar; hay una construcción de la identidad de pareja que pasa por el proyecto común, su realización; hay una fusión de identidades (no sólo para satisfacer al

otro, sino para lograr una identidad común). Para esto, deben predominar los sentimientos amorosos por sobre los agresivos. La pareja se hace cargo de sus propios conflictos y no los ventila con los demás.

Existe la capacidad de entablar relaciones duraderas, donde hay una apreciación de la pareja y no hay una tendencia explotadora (dominado-dominador), sino cooperación. Se debe tener una escala de valores compartida por ambos, asumiendo la responsabilidad ética del compromiso que se establece con el otro. Se fortalece el vínculo amoroso, se reconoce y respeta al otro conjuntamente y se busca la felicidad en la sexualidad.

Ser Padres:

Los nuevos padres tienen una serie de expectativas acerca de cómo serán como padres, las que se van modificando con la experiencia, para volverse más realistas estas expectativas. Ser padre ofrece la posibilidad de ver, más íntimamente, cómo se desarrolla alguien del sexo opuesto. Posibilita una mejor comprensión de la pareja al vivir juntos la experiencia de la paternidad y maternidad. No obstante, el embarazo en la mujer puede generar ansiedad, pero lograrlo da seguridad. Concebir un hijo otorga inseguridad sobre el cuidado del mismo y su crianza, pero también proporciona mucha seguridad, ya que es un estímulo para la integración y elaboración de la sexualidad.

Después de tener hijos se vive mejor la sexualidad, se vive sin culpa (“ya procreé”). Mayor capacidad de goce, aceptación de la sexualidad como una cualidad, un espacio de entrega. Aunque esto es relativo según la cultura familiar o las creencias religiosas, algunas parejas en países más desarrollados toman la decisión de no tener hijos, y sencillamente disfrutan de la relación en pareja.

Al ser padre se amplían las relaciones sociales, en función de los hijos. Ofrece la posibilidad de identificarse con los propios padres, prepararse para las etapas que vienen. La paternidad es una fuente de gratificación muy grande. Los hijos van pasando por etapas que requieren de actitudes especiales de parte de los padres. Lo que sirvió en una etapa no tiene por qué servir en otra.

La Soltería:

Existen alternativas al matrimonio, como por ejemplo, la soltería. Los solteros forman un grupo heterogéneo, ya que pueden haber elegido esta opción por diferentes razones:

- **Profesionales:** subliman la frustración de no encontrar pareja sumiéndose en el trabajo, búsqueda de estabilidad, de posición social, entre otras.
- **Sociales:** prefieren permanecer solteros para disfrutar de la libertad y la individualidad.

Establecer relaciones en diferentes ámbitos sociales, en búsqueda de reconocimiento, estatus, identificación con grupos.

- **Individualistas:** centradas en el autodesarrollo, autoidentidad, entre otros, por lo que su tiempo libre es dedicado a eso y al aprendizaje.
- **Activistas:** personas muy activas, gastan todo su tiempo en una causa específica y no en su vida personal.
- **Pasivas:** pasan la mayor parte de los tiempos solos, no tienen iniciativa para compartir.
- **Asistenciales:** religiosos, opción por los pobres, entre otros; donde el propósito de la vida es servir y ayudar a otros.

Mitos Asociados a Las Personas Solteras:

La gente en general piensa que las personas solteras tienden a padecer de soledad y de actividad sexual indiscriminada ("promiscuidad"). Ninguno de estos dos mitos es verdad. Las personas solteras hoy día tienen tantas redes de interacción social como las personas casadas y tienden a practicar un estilo de interacción sexual que se conoce en la literatura de la sexología como monogamia en serie (interacción sexual monógama con una pareja fija por un tiempo, seguido por el rompimiento de la relación e inicio de otra relación monógama, y así una después de la otra). Muy pocos adultos de esta edad son caracterizados por tener múltiples relaciones sexuales

La Crisis Experiencial o Crisis de la Mitad de la Vida:

Es la que se da entre la adultez joven y la adultez media, la cual una vez superada da paso a la adultez media, en esta se contrastan los valores con la vida laboral, la realidad y el practicismo. Es un periodo de reestructuración, con nuevas posibilidades de madurez y desarrollo. No es un acontecimiento inevitable, ya que la existencia de buenos recursos para enfrentar las exigencias del medio y las de crecimiento personal permitiría una buena adaptación a la edad madura.

4.6 ANATOMÍA DE COLUMNA VERTEBRAL

Embriología

La columna vertebral tiene su origen embrionario en un eje primitivo y flexible proveniente del mesodermo llamado notocordio. En el desarrollo embrionario humano el notocordio induce la formación de un surco que se pliega hacia adentro y luego se cierra para convertirse en el tubo neural, el precursor del cerebro y de la médula espinal. Una vez el organismo es adulto, lo único que queda de ella es el *núcleo pulposo* de los discos intervertebrales que se encuentran entre vértebra y

vértebra de la columna, amortiguando y dando más movilidad a estas articulaciones. Cuando el anillo de cartílago fibroso (situado alrededor del núcleo pulposo) se rompe, el núcleo pulposo se derrama, produciéndose una hernia discal.

Las Funciones de la Columna: Las tres funciones principales de la columna son;

- Proteger la médula espinal, las raíces nerviosas y varios de los órganos internos del cuerpo.
- Proporcionar soporte estructural y equilibrio, a fin de mantener una postura vertical.
- Permitir que haya flexibilidad de movimiento.

Los Planos de la Columna

Con el fin de fomentar una mayor comprensión de su anatomía y lograr una mejor descripción, los especialistas en columna con frecuencia se refieren a planos corporales específicos. Un plano corporal es una superficie imaginaria, plana y bidimensional, que se utiliza para definir un área anatómica en particular.

Término	Significado
Plano Frontal o Coronal	Divide todo el cuerpo en mitades anterior y posterior.
Plano Medio o Sagital	Divide todo el cuerpo en costados izquierdo y derecho.
Plano Transversal o Axial	Divide el cuerpo al nivel de la cintura (en mitades superior e inferior).

Regiones de la Columna

Columna cervical:

La curvatura cervical, convexa hacia adelante, comienza en el ápice del proceso odontoide (*parecido a un diente*) y termina en la mitad de la segunda vértebra torácica, es la menos marcada de las curvaturas de la columna. Consta de siete vértebras, numeradas desde arriba hacia abajo.

La primera (C1) también llamada atlas, se articula con los cóndilos del hueso occipital del cráneo articulación condílea-, y por abajo lo hace con la segunda vértebra cervical (C2) o axis. Esta última, también se articula con el hueso occipital por medio de su apófisis odontoides y sostienen a la cabeza.

Las vértebras de la columna se pueden separar en dos grupos a las vértebras cervicales, las cuales, con la excepción de la C7, tienen cuerpos pequeños y poseen una bífida apófisis espinosa:

- *Comunes:* C3, C4, C5 y C6. Presentan un cuerpo, apófisis transversas, agujero transverso (por donde pasarán las arterias vertebrales, ramas de la arteria subclavia), presentan el gran

agujero vertebral (por donde pasa la médula), tienen superficies articulares y la apófisis espinosa (palpable en la columna).

- *Particulares*: C1 o atlas y C2 o axis.

Atlas: es más alargada que las demás cervicales, no presenta cuerpo ni apófisis espinosa, presenta superficies articulares para el Axis y se pueden observar las cavidades glenoideas para los cóndilos del occipital.

Axis: no tiene cuerpo, tiene apófisis espinosa y presenta una apófisis odontoides en la cara anterosuperior que se articulará con el occipital.

Séptima cervical. Vértebra de transición, recuerda todavía las vértebras precedentes, aunque aproximadamente ya a las que la siguen. Dos caracteres particulares:

a. apófisis espinosa unituberculosa; es de notable longitud (por esto se ha dado el nombre de prominente a la séptima vértebra cervical);

b. apófisis transversas, igualmente unituberculosas, con un agujero transversal relativamente pequeño (nunca pasa por él la arteria vertebral).

La columna cervical presenta movimientos de: flexión (45° - 50°), extensión (45° - 60°), lateralidad (45°) y rotación (80°). Estos movimientos son llevados a cabo gracias a varios músculos del cuello.

Columna dorsal:

La columna dorsal está formada por doce vértebras del tórax. La curvatura dorsal es cóncava hacia adelante, comienza en la mitad de la segunda y termina en la mitad de la duodécima vértebra dorsal. Su punto de curvatura más prominente corresponde con la apófisis espinosa de la séptima vértebra dorsal. La vértebra D1 (primera dorsal) se articula con C7. Las diez primeras vértebras dorsales se distinguen por la presencia de caras costales que articulan con las costillas respectivas. Con la articulación de las costillas con el esternón se conforma la caja torácica. Las últimas dos vértebras dorsales – D11 y D12 – se articulan con las costillas falsas, aquellas que no se articulan con el esternón. El tamaño del cuerpo de estas vértebras está entre el tamaño de las vértebras cervicales y las lumbares.

La columna dorsal o torácica permite movimientos de flexión, extensión, rotación y flexión lateral. Aloja a la médula espinal dorsal a lo largo del conducto raquídeo y a través de orificios laterales de cada vértebra salen las 12 raíces dorsales o nervios intercostales hacia los huesos, músculos, ligamentos y la piel en la región torácica.

Columna lumbar:

La curvatura lumbar es más marcada en las mujeres que en los hombres, comienza en la mitad de la duodécima vértebra dorsal y termina en el ángulo sacrovertebral. Es convexa hacia adelante, con una mayor convexidad en las últimas tres vértebras que a nivel de las primeras dos.

Las cinco vértebras que continúan las dorsales, son las vértebras lumbares armando la *columna lumbar*. Son vértebras con un gran cuerpo, sin caras costales ni orificios de la apófisis transversa y se articulan entre sí solamente. La quinta vértebra lumbar (L5) se articula con el hueso sacro – cinco vértebras fusionadas (S1-S5), el cual a su vez se continúa con el hueso coxal – cuatro vértebras fusionadas (Co1-Co4).

La columna lumbar permite movimientos de flexión, extensión, rotación y flexión lateral. Aloja la parte final de la médula espinal y a la cauda equina o cola de caballo de donde salen las 5 raíces lumbares por los orificios laterales de cada vértebra hacia los huesos, músculos, ligamentos y la piel de la región inguinal, lumbar y de los miembros inferiores.

SACRO Y COXIS:

El hueso sacro y el coxis son una estructura ósea e inmóvil conformada por 5 vértebras sacras y 4 o 5 cocígeas fusionadas, al final de la columna. Cierran la pelvis por detrás, y se articulan con los huesos ilíacos de los coxal|coxales mediante las articulación|articulaciones sacro-ilíacas. Aloja a las 5 raíces sacras y 1 cocígea que salen a través de orificios laterales hacia los huesos, ligamentos, músculos, órganos urinarios, intestinales y genitales y la piel de la región inguinal y perineal y perianal.

Curvas de la Columna

Desde una vista anterior o frontal (en el Plano Coronal) la columna sana es recta. (Si existe una curva con desviación lateral, se le conoce como escoliosis). Desde una vista lateral (en el Plano Sagital) la columna madura tiene cuatro curvas distintas, que se describen como cifóticas o lordóticas.

Una curva cifótica es una curva convexa en la columna (es decir, la convexidad se extiende hacia su parte posterior). Las curvas en las columnas torácica y sacra son cifóticas.

Una curva lordótica es de forma cóncava (es decir, la concavidad se extiende hacia la parte posterior de la columna), y se encuentra en las regiones cervical y lumbar.

Estructuras Vertebrales.

Todas las vértebras están conformadas por el mismo número de elementos básicos, con la excepción de las dos primeras vértebras cervicales.

La cubierta externa de una vértebra está formada por hueso cortical. Este tipo de hueso es denso, sólido y resistente. Dentro de cada vértebra hay hueso esponjoso, que es más débil que el cortical y está constituido por estructuras vagamente entretejidas que se asemejan a un panal. La médula ósea

que forma eritrocitos y algunos tipos de leucocitos - está ubicada dentro de las cavidades del hueso esponjoso.

Las vértebras están conformadas por los siguientes elementos comunes:

- **Cuerpo Vertebral:** La porción mayor de una vértebra. Vista desde arriba, por lo general tiene una forma algo ovalada. Desde una perspectiva lateral, el cuerpo vertebral tiene la forma de un reloj de arena, siendo de mayor grosor en los extremos que en la parte media. El cuerpo vertebral está cubierto por resistente hueso cortical y en su interior hay hueso esponjoso.
- **Pedículos:** Son dos apófisis cortas, formadas de resistente hueso cortical, que protruyen desde la parte posterior del cuerpo vertebral.
- **Láminas:** Son dos placas óseas relativamente planas que se extienden a ambos lados de los pedículos, fusionándose en la línea media.
- **Apófisis:** Existen tres tipos de apófisis: articular, transversa y espinosa. Las apófisis sirven como puntos de conexión de ligamentos y tendones.

Las 4 apófisis articulares se vinculan a las apófisis articulares de las vértebras adyacentes, formando así las articulaciones facetarias. Éstas, en combinación con los discos intervertebrales, son las que permiten que la columna tenga movimiento.

La apófisis espinosa se extiende en forma posterior, a partir del punto en que se fusionan las dos láminas, y actúa como una palanca que activa el movimiento vertebral.

- **Placas Terminales:** Los extremos superior e inferior de cada cuerpo vertebral están “revestidos” de una placa terminal. Las placas terminales son estructuras complejas que se “mezclan” formando el disco intervertebral, y ayudando a darle soporte.
- **Agujero Intervertebral:** Los pedículos tienen una pequeña escotadura en su superficie superior y una escotadura profunda en su superficie inferior. Cuando las vértebras están una encima de la otra, las escotaduras pediculares forman un área denominada agujero intervertebral. Esta área es de vital importancia, ya que es a través de ella que las raíces nerviosas salen de la médula espinal hacia el resto del cuerpo.

Articulaciones Facetarias

Las articulaciones de la columna vertebral se encuentran atrás del cuerpo vertebral (en la cara posterior). Estas articulaciones ayudan a la columna a flexionarse o doblarse, a girar y extenderse en distintas direcciones. Aunque facilitan el movimiento, también lo restringen si es excesivo, como en el caso de la hiperextensión o la hiperflexión (es decir, el latigazo).

Cada vértebra tiene dos articulaciones facetarias. La carilla articular superior ve hacia arriba y funciona como charnela con la carilla articular inferior.

Al igual que otras articulaciones del cuerpo, cada una de las facetarias está rodeada por una cápsula de tejido conectivo y produce líquido sinovial que alimenta y lubrica la articulación. Las superficies de la articulación están cubiertas de cartílago que les ayuda a moverse (articularse) de manera uniforme.

Discos Intervertebrales

Entre cada uno de los cuerpos vertebrales se encuentra una especie de "cojín" denominado disco intervertebral. Cada disco amortigua los esfuerzos e impactos en los que incurre el cuerpo durante el movimiento y evita que haya desgaste por fricción entre las vértebras. Los discos intervertebrales son las estructuras más grandes del cuerpo que no reciben aporte vascular y asimilan los nutrimentos necesarios a través de la ósmosis.

Cada disco consta de dos partes: el anillo fibroso y el núcleo pulposo.

Anillo Fibroso

El anillo es una estructura rígida, semejante a una llanta, que encierra un centro gelatinoso, el núcleo pulposo. El anillo incrementa la estabilidad de rotación de la columna y le ayuda a resistir el esfuerzo de compresión.

El anillo consta de agua y capas de resistentes fibras de colágeno elástico. Las fibras están orientadas en forma horizontal hacia diferentes ángulos, similar al diseño de una llanta radial. El colágeno se fortalece de los densos haces fibrosos de proteína que están unidos entre sí.

Núcleo Pulposo

La porción central de cada disco intervertebral está rellena de una sustancia elástica, similar a un gel. Junto con el anillo fibroso, el núcleo pulposo transmite tensión y cargas de una vértebra a otra. Al igual que el anillo fibroso, el núcleo pulposo está compuesto de agua, colágeno y proteoglicanos. No obstante, la proporción de estas sustancias es diferente, ya que el núcleo contiene más agua que el anillo.

La Médula Espinal y las Raíces Nerviosas

La médula espinal es una delgada estructura cilíndrica de aproximadamente el mismo ancho que el dedo meñique. La médula espinal empieza inmediatamente debajo del tallo cerebral y se extiende

hasta la primera vértebra lumbar (L1). A partir de este punto, la médula se mezcla con el cono medular, que se convierte en la cauda equina, un grupo de nervios que se asemeja a la cola de un caballo. Las raíces de los nervios vertebrales son responsables de la estimulación del movimiento y las sensaciones. Las raíces nerviosas salen del canal medular a través de los agujeros intervertebrales, pequeños orificios entre cada vértebra.

El cerebro y la médula espinal conforman el Sistema Nervioso Central (CNS, por sus siglas en inglés). Las raíces nerviosas que salen de la médula espinal / canal medular se ramifican en el cuerpo para formar el Sistema Nervioso Periférico (PNS, por sus siglas en inglés).

Entre las porciones frontal y posterior de las vértebras (es decir, en la región media) se encuentra el canal medular, mismo que aloja la médula espinal y los agujeros intervertebrales. Estos últimos están constituidos por pequeños orificios que se van formando entre cada una de las vértebras. Estos “hoyos” abren el espacio necesario para que las raíces nerviosas salgan del canal medular y puedan seguirse ramificando hasta formar el sistema nervioso periférico.

Tipo de Estructura Neural	Papel/Función
Tallo Cerebral	Conecta la médula espinal con otras partes del cerebro.
Médula Espinal	Transmite los impulsos nerviosos entre el cerebro y los nervios vertebrales.
Nervios Cervicales (8 pares)	Innervan la cabeza, el cuello, los hombros, los brazos y las manos.
Nervios Torácicos (12 pares)	Conectan porciones del abdomen superior con los músculos que de la espalda y el tórax.
Nervios Lumbares (5 pares)	Innervan la espalda baja y las piernas.
Nervios Sacros (5 pares)	Innervan los glúteos, piernas y pies, así como las áreas genitales y anales del cuerpo.
Dermatomas	Áreas de la superficie cutánea que son abastecidas por las fibras nerviosas de una raíz vertebral.

Ligamentos, Músculos y Tendones Ligamentos

Los ligamentos y tendones son bandas fibrosas de tejido conectivo que se insertan en los huesos. Los ligamentos y tendones conectan dos o más huesos y también ayudan a estabilizar las articulaciones. Los tendones unen a los músculos y los huesos. Varían en cuanto a su tamaño y tienen una cierta elasticidad.

El sistema de ligamentos de la columna vertebral, en combinación con los tendones y músculos, proporciona una especie de refuerzo natural que ayuda a proteger a la columna de las lesiones. Los ligamentos mantienen estables las articulaciones durante los estados de reposo y movimiento y, más aún, ayudan a prevenir las lesiones provocadas por la hiperextensión e hiperflexión.

Nombre del Ligamento	Descripción
Ligamento Longitudinal Anterior (ALL, por sus siglas en inglés) Un importante estabilizador de la columna	De aproximadamente una pulgada de ancho, el Ligamento Longitudinal Anterior recorre toda la columna, desde la base del cráneo hasta el sacro. Conecta la parte frontal (anterior) del cuerpo vertebral con la región frontal del anillo fibroso.
Ligamento Longitudinal Posterior (PLL, por sus siglas en inglés) Un importante estabilizador de la columna	De aproximadamente una pulgada de ancho, el Ligamento Longitudinal Posterior recorre toda la columna, desde la base del cráneo hasta el sacro. Conecta la parte trasera (posterior) del cuerpo vertebral con la región posterior del anillo fibroso.
Ligamento Supraespinoso	Este ligamento une la punta de cada apófisis espinosa con la siguiente.
Ligamento Interespinoso	Este delgado ligamento se une a otro, denominado ligamento amarillo, que recorre la parte más profunda de la columna vertebral.
Ligamento AmarilloEl más resistente de todos	Este ligamento, llamado amarillo, es el más fuerte de todos. Va desde la base del cráneo hasta la pelvis - por enfrente y por detrás de las láminas - y protege la médula espinal y los nervios. El ligamento amarillo también rodea las cápsulas de la articulación facetaria.

MÚSCULOS

La mayoría de los músculos de la columna se originan en una vértebra y terminan en la más cercana.

Músculo Recto Anterior Mayor del Abdomen

Origen: Espina del pubis.

Inserción: Cartílago de la quinta, sexta y séptima costilla y apéndice xifoides.

Inervación: Ramos de los nervios intercostales séptimo a duodeno.

Función/acción: Ayuda a bajar las costillas, flexionando el tórax sobre la pelvis. Flexión lateral del tronco.

Estructura: Fibras paralelas cruzadas por tres bandas tendinosas. El extremo inferior del recto pasa por una hendidura en el músculo transverso y se coloca detrás de él.

Palpación: Parte anterointerna del abdomen, entre la caja torácica y el pubis.

Cuadrado Lumbar (Músculo Flexor Lateral Puro)

Origen: Labio posterointerno de la cresta iliaca y apófisis transversa de las cuatro últimas vértebras lumbares.

Inserción: Apófisis transversas de las dos primeras vértebras lumbares y borde inferior de la duodécima costilla..

Inervación: Ramas de los nervios duodécimo torácico y primero lumbar.

Función/acción: Representa el motor primario para la extensión de la región lumbar, cuando ambos músculos actúan juntos. En situaciones cuando solo interviene un segmento de este músculo, participa como el motor primario para la flexión lateral para el mismo lado.

Estructura: Una banda plana de fibras, orientadas principalmente en dirección vertical.

Palpación: Es imposible de palpar, salvo en individuos excesivamente delgados.

Músculo Oblicuo Mayor del Abdomen

Origen: Borde inferior de las ocho costillas por una serie de digitaciones que se entremezclan con el músculo serrato mayor del abdomen.

Inserción: Mitad anterior de la cresta iliaca, arco crural, espina del pubis y aponeurosis del recto mayor en su segmento anteroinferior.

Inervación: Ramas de los nervios intercostales octavo a duodécimo y nervios abdominogenitales (iliohipogástrico e ilioinguinal).

Función/acción: Flexiona el tronco, el segmento derecho del músculo gira hacia la izquierda mientras el izquierdo gira al lado derecho.

Estructura: Una lámina de fibras paralelas que descienden diagonalmente hacia dentro desde su origen, formando con las fibras del lado opuesto un V en la parte anterior del abdomen..

Palpación: Segmento derecho o izquierdo del abdomen.

Biomecánica de la columna

Los movimientos de la columna vertebral de carácter natural son:

Flexión de la columna vertebral: movimiento anterior de la columna vertebral; en la región lumbar el tórax se mueve hacia la pelvis.

Extensión de la columna vertebral: regreso de la flexión o movimiento posterior de la columna vertebral; en la región cervical la cabeza se separa del tórax, mientras que en la región lumbar, el tórax se separa de la pelvis.

Flexión o inclinación lateral (izquierda o derecha): algunas veces ha recibido el nombre de flexión hacia un lado; la cabeza se mueve lateralmente hacia los hombros y el tórax se mueve lateralmente hacia la pelvis.

Rotación de la columna vertebral (izquierda o derecha): movimiento rotatorio de la columna vertebral dentro de un plano horizontal; la barbilla rota desde una posición neutra hacia los hombros, mientras que el tórax rota hacia un costado.

Reducción: movimiento de retorno desde la flexión lateral a una posición neutra.

4.7 ALTERACIONES DE LA COLUMNA VERTEBRAL.

CONDUCTO LUMBAR ESTRECHO

ANTECEDENTES:

El estudio del conducto lumbar estrecho ha sido para muchos controversial dada la multifactoriedad causal, para 1803 se hace la primera descripción de conducto lumbar estrecho, en 1858 Charcot describió la claudicación neurogénica, en 1891 Gower, postuló que el estrechamiento de la foramina en el paciente anciano, puede resultar en el daño de raíces nerviosas, produciendo dolor irradiado y algunas veces neuritis descendente, describió estudios en cadáveres de sujetos que lo padecieron y no mencionaron sintomatología alguna; En 1900 Sachs y Fraenkel y en 1911 Casamajor describen los cambios en la espina lumbar, incluyendo engrosamiento de la lámina y del ligamento flavum e hipertrofia de facetas articulares; En 1949 Verbiest y Ehni publicaron el término de conducto lumbar estrecho, Epstein en 1962 fue el primero en descubrir imágenes radiológicas y patoanatómicas de la estenosis del receso lateral y el 1988 Senegas describe el tratamiento quirúrgico de recalibrado y reparación ligamentaria.

CONDUCTO LUMBAR ESTRECHO:

Se define como un síndrome en el que se presenta reducción del diámetro en el conducto espinal, los canales laterales y/o de los forámenes (Miyamoto, 2002).

Este puede ocurrir como parte de un proceso generalizado de la enfermedad e implicar múltiples áreas y distintos niveles, aunque puede ser localizado o segmentario, la reducción en el diámetro del conducto o de las conexiones de los nervios pueden ser atribuibles a la hipertrofia del hueso o ligamentaria, a la saliente del disco, a espondilolistesis o a cualquier combinación de estos elementos y resulta potencialmente en compresión de los elementos neurales, los síntomas pueden ser

variables debilidad, alteración de los reflejos y/o marcha, disfunción intestinal o vesical, cambios sensoriales, dolor radicular y claudicación neurogénica (Vo An, 2005)

EPIDEMIOLOGÍA:

El 6% de los pacientes adultos sufren de síntomas de estenosis, sin embargo la estenosis adquirida es más típica en la 5ª y 6ª década de la vida. Los pacientes que presentan estenosis aislada del receso lateral pueden presentar sintomatología en edad media.

La estenosis congénita es rara y ocurre aproximadamente en el 9% de los pacientes con sintomatología lumbar. Los procesos quirúrgicos realizados por procesos degenerativos de la columna lumbar son realizados en 1 de cada 1,000 personas, pero el reconocimiento y tratamiento de la estenosis está en aumento, el porcentaje quirúrgico ha aumentado en 800% de 1979 a 1992 y actualmente es el diagnóstico más común en pacientes de 65 años en adelante (Kanayama, 2005).

El género predominante es en varones, esta estenosis ocurre principalmente a nivel de L3-L4, L4-L5 y menos en L5-S1 ó de L1-L2, esto es debido a que anatómicamente la susceptibilidad varía en relación al conducto espinal, el forámen, tamaño de pedículo y diferencias de forma en cada nivel, Iguchi y Cramer mencionan que las facetas lumbares tienen una orientación más coronal y permite la movilidad rotacional, lo cual puede predisponer a la lesión en este nivel.

Las diferencias individuales y la respuesta inflamatoria puede llevar a un incremento de la sintomatología lumbar en pacientes con espondilolistesis o estenosis, enfermedades vasculares periféricas, degeneración articular, patologías de la cadera, tumores e infecciones.

ETIOLOGÍA:

La causa común en el conducto lumbar estrecho segmentario con origen degenerativo, es la alteración del diámetro a nivel central, por hipertrofia del ligamento amarillo, desarrollo de osteófitos en las plataformas vertebrales o abombamiento por insuficiencia del mismo, lo anterior como resultado de la inestabilidad lumbar o por movimiento anormal del segmento. (Santiago, 2001).

En la porción lateral la causa más común es un defecto en la pars interarticularis, el defecto puede resultar en osteofitosis debajo del pars donde el ligamento flavum se encuentra amarrado al fibrocartílago o hipertrofia de órgano bursátil en el defecto espondilar.

El abombamiento lateral difuso o herniación de disco intervertebral puede causar compresión nerviosa en esta área.

Son causas comunes para estenosis de salida hipertrofia articular con o sin subluxación, osteófitos en margen superior del disco y herniación del disco lateral.

Existen diversas clasificaciones en cuanto a la etiología para Bethem se organiza en congénitas, adquiridas o combinadas, mientras que para Iguchi en estenosis primaria y secundaria:

<p>Estenosis Primaria: Falla en el crecimiento normal del canal espinal.</p> <p>1. Defecto congénito que no sea estenosis congénita.</p> <p>a) Disrafismo Espinal. b) Falla de la segmentación vertebral. c) Estenosis intermitente</p> <p>2. Desarrollada.</p> <p>a) Errores en crecimiento óseo -Acondroplasia -Enfermedad de Morquio -Exostosis hereditaria múltiple b) Idiopática -Con hipertrofia ósea de cada arco vertebral -En ausencia de hipertrofia</p> <p>Estenosis Secundaria: Canal vertebral de dimensiones normales en un esqueleto maduro.</p> <p>1. Estenosis degenerativa: Siendo el más común osteófitos en facetas y cuerpos.</p> <p>2. Espondilolistesis</p> <p>a) Ístmica de masa fibrosa b) Degenerativa canal central cerrada seguida de deslizamiento en faceta inferior.</p> <p>3. Post-fusión</p> <p>a) A nivel de la fusión b) En niveles adyacentes a la fusión.</p>	<p>I. Congénita/ del desarrollo</p> <p>A. Idiopática B. Acondroplásica C. Osteopetrosis</p> <p>II. Adquirida</p> <p>A. Degenerativa</p> <p>1. Central 2. De fosa lateral y foraminal</p> <p>B. Yatrogénica</p> <p>1. Poslaminectomía 2. Posfusión 3. Posdisquectomía</p> <p>C. Trastornos diversos</p> <p>1. Acromegalia 2. De paget 3. Fluorosis 4. Espodilitis anquilosante</p> <p>D. Traumática</p> <p>III. Combinada Cualquier combinación de estenosis congénita o adquirida.</p>
--	---

DEFINICIONES ANATÓMICAS:

Existen tres variantes del conducto espinal redondo, ovoide y trébol. El conducto en forma de trébol se presenta en un 15% y predispone a estenosis de los procesos laterales. Anatómicamente la estenosis se divide en central y lateral. La estenosis central se observa a nivel intervertebral y la mayoría de las veces causa claudicación neurogénica. El cono medular y la cauda equina pueden ser comprimidos centralmente por material de disco o por hipertrofia del ligamentum flavum y por hipertrofia de la articulación, los cuáles son mecanismos de estrés por inestabilidad articular.

El ligamentum flavum presenta fibrosis además de cambios condrometaplásicos con la edad, así como cambios de fibrocartilago, éstos son asociados con la proliferación de colágena tipo II, así como osificación y depósito de cristales de calcio, la combinación de estos cambios reducen la elasticidad de los ligamentos produciendo un conducto espinal verticalizado aun con el grosor regular.

En un estudio se encontró que el factor 1 transformador de fibroblastos se relaciona con la hipertrofia del ligamentum flavum, así como con estenosis espinal lateral.

La columna lateral incluye raíces (receso lateral) y el foramen intervertebral. La columna lateral se divide en tres zonas anatómicas.

1. La zona de entrada: La cual es medial o pasa por debajo del proceso articular superior, es un sinónimo de receso lateral.
2. La zona media: Se encuentra por debajo y pegado a la pars interarticularis y el pedículo.
3. La zona de salida: Es sinónimo de foramen intervertebral.

PATOGÉNESIS:

La patogénesis es múltiple, debido a que puede involucrarse las cascadas de neuroisquemia además de inflamación.

El desarrollo de estenosis refleja el estrechamiento causado por malformaciones congénitas o defectos en el desarrollo posnatal o alteraciones del crecimiento, en la edad adulta estas entidades son clínicamente y radiográficamente similares, pacientes con desarrollo de estenosis tienen de forma típica pedículos cortos (Santiago, 2001).

Un canal en trébol es visto en el 15% de la población e implica un diámetro sagital más corto y un receso lateral profundo, que limita el volumen de reserva del canal contra una menor intrusión adquirida, existen cambios degenerativos, se considera la forma mas benigna de estenosis congénita.

La estenosis degenerativa es más común y es adquirida con la degeneración espondilar a través de una secuencia de degeneración progresiva con cambios en los discos, cuerpos, facetas y ligamentos de la espina. En el centro de discos sanos es el núcleo pulposo el que actúa como fluido de contención, el peso axial pasa a través del disco para ser dispersado a los fluidos del núcleo, circulando en el anillo fibroso y aquí el peso es convertido en cuerdas tensiles o fibras anulares y posteriormente transmitidos a las láminas terminales.

En el nacimiento el núcleo pulposo y el anillo fibroso representan en su superficie un 50% ambos, las células de la notocorda del núcleo pulposo son gradualmente reemplazadas por condrocitos sobre todo en la adolescencia, este reemplazo esta asociado con el engrosamiento anular y una pérdida de la demarcación entre el anillo fibroso y el núcleo, los núcleos pulposos viejos tiene un alto contenido en colágena con más estructuración de fibras, el radio de colágena tipo I a tipo II aumenta.

El metabolismo de los proteoglicanos en el disco también cambian con la edad, estos cambios varían de un incremento en la degradación aun decremento en la producción y sobre todo el condroitin 4-sulfato y el condroitin 6-sulfato decremantan mientras el radio de Keratan sulfato a condroitin sulfato aumentan, el keratan sulfato tiene menos potencial hidrofilito a formar enlaces estables con ácido halurónico; De la tercera a la quinta década de la vida, estos cambios en la colágena y contenidos de los proteinglicanos son reflejados en un decremento significativo de la hidratación del disco.

La teoría de degeneración propuesta por Hirsch y cols. Sostiene que una nutrición insuficiente, empeoramiento en transporte de gasto y factores traumáticos combinados con una propensión genética y hormonal producen un efecto desecante y de ruptura anular, una degeneración severa está relacionada con el incremento del metabolismo del lactato, decremento del Ph y acumulación de enzimas proteolíticas así como necrosis de condrocitos. Un decremento en la hidratación se convierte en menor resistencia del disco para carga peso axial.

La claudicación neurogénica parece ser inducida por una insuficiencia vascular, la cuál es causa de la cascada neuroisquémica, debido al engrosamiento venoso o hipertensión dando una presión intratecal y epidural elevada, comprometiendo la microcirculación y fenómenos que se manifiestan clínicamente como claudicación neurogénica.

CUADRO CLÍNICO:

Hay referencia de lumbalgia por años, el dolor de miembros pélvicos es descrito como calambres, entumecimiento u hormigueo, el cuál aumenta de manera considerable con la marcha, desarrollando claudicación intermitente.

El dolor en primera instancia puede ser difícil de distinguir de claudicación vascular, que puede tener una acalambramiento similar, de sensación quemante que empeora con el ejercicio y mejora con el descanso. Subir escaleras es más fácil que el bajarlas, relacionado a la extensión y flexión de la columna lumbar lo que ocasiona ampliación o disminución del conducto.

Aunque los síntomas se regionalizan por ejemplo procesos de estenosis relacionados con la raíz en uno o más niveles que pueden llegar a parecer que no son de origen neurológico. Una claudicación espinal se puede presentar en una posición de flexión, por lo que es importante valorar los pulsos periféricos.

Los hallazgos neurológicos son variantes debilidad y pérdida asimétrica de la estabilidad de los tobillos, no es común en los pacientes sintomatología intestinal, pero si la evidencia de sintomatología vesical; Signos de tensión de raíz nerviosa como la limitación a la extensión de los miembros pélvicos. La tolerancia al ejercicio es más afectada en la estenosis del receso lateral que estenosis central o prolapso del disco.

DIAGNÓSTICO:

A través de la historia clínica, la estenosis lumbar es conocida como lumbago ciática, claudicación intermitente, conocer mecanismo de lesión, tipo de dolor, parestesias, pérdida de fuerza muscular, etc.

Realizar electromiografías nos permite conocer la radiculopatía.

Estudios de imagen como lo son las radiografías simples, tomografía o resonancia magnética aumentan el grado de especificidad y sensibilidad, en la actualidad el uso de la resonancia dinámica nos permite mantener a la persona de pie y en movimiento lo que permite obtener un estudio funcional de la columna.

TRATAMIENTO

Puede llevarse a cabo de un tratamiento conservador o quirúrgico.

TRATAMIENTO CONSERVADOR:

Incluye descanso, analgesia y relajantes musculares, infiltraciones de esteroides, fisioterapia, entrenamiento postural, ortésis y ejercicios de estabilización.

Inicialmente el descanso se aconseja relativo con no más de 48 horas de estancia en cama, orientarle sobre la importancia de dormir con almohadillas debajo de sus rodillas para promover una inclinación pélvica posterior y disminuir la tensión dural.

Las drogas antiinflamatorias no esteroideas se prescriben para reducir la inflamación de raíces. Si no surge efecto el uso de opioides puede ser indicada. El uso de esteroides se utiliza en etapas de dolor aguda para aliviar el dolor facilitando así los programas de rehabilitación, al contar con un mejor confort.

Los mecanismos potenciales de acción de los corticoesteroides son: Inhibición de edema del nervio, microcirculación mejorada, isquemia reducida, disminución de la sensibilidad de las neuronas dorsales prostaglandina-sensibilizadas del cuerno, inhibición directa de la excitación neuronal. Por lo anterior se utilizan comúnmente temprano en el cuidado de un paciente con dolor radicular o disestesias de la nalga y la pierna.

Las técnicas de movilización de los nervios pueden restaurar la movilidad neurológica normal y la función lanzando el tejido fino de los nervios de la adherencia de una interfase y enseñándole habilidades nuevas para alcanzar el rango de movimientos, se cree que estas técnicas pueden mejorar la vascularización del tejido neurológico fino, incluyen aumento de la flexibilidad con mejora de la movilidad de la cadera y la estabilización lumbar en la flexión con consolidación de los músculos abdominales, glúteos, etc.

La aducción y tirantez del músculo del tendón de la corva pueden limitar la extensión de la cadera. La flexibilidad de los músculos lumbares se deben también restaurar con ejercicios de extensión, los ejercicios realizados en una sola pierna favorecen la propiocepción, las ortesis espinales se pueden usar en la fase aguda, si se utilizan por periodos prolongados se recomienda ejercicios de estabilización sin apoyo, mejorando postura que permita también disminuir el cargamento axial prolongado.

La utilización de infiltraciones de corticoesteroides en facetas articulares brinda resultados favorables aunque no definitivos.

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO:

Indicado en pacientes con signos y síntomas de moderada a severa compresión de raíces nerviosas a quienes el tratamiento conservador ha fracasado o fue imposible realizar. Nunca se debe indicar por imagenología, si no con la perfecta relación con la sintomatología incapacitante. Una columna operada no es una columna nueva, el estrechamiento del conducto espinal es solamente una condición predisponente de estenosis.

La edad avanzada no es una contraindicación para la cirugía, sin embargo la diabetes incrementa el riesgo de pobres resultados por las manifestaciones clínicas que pueden imitar a la estenosis.

Los mejores candidatos para cirugía son pacientes con severa compresión de raíz nerviosa, con dolor de regular intensidad, con síntomas severos en miembros pélvicos y moderado déficit neurológico, la evolución de 10 años es mejor tratarla con quirúrgico que con tratamiento conservador.

En la época actual se deben entender tres procedimientos para su atención: Liberación, fijación y artrodesis.

Como procedimiento de liberación se conoce a la laminoplastia, laminectomía y al recalibrado y en indicaciones específicas la microcirugía.

Laminoplastia: es la ampliación del conducto raquídeo preservando los elementos del arco neural, realizando una osteotomía del mismo en forma de ventana, puerta de dos planos o ampliando en forma de techo, dependiendo la técnica que se aplique. Empleada en la estenosis congénita o en aquella en la que los elementos anteriores, disco y ligamentos se encuentren biomecánicamente íntegros enfocando su principal objetivo a la ampliación del espacio, con la certeza de que la función raquídea no está alterada.

La laminectomía reconocida por muchos años como el método ideal de descompresión neurológica en la columna lumbar, actualmente tiene un fundamento más limitado, ya que se sabe su potencial causa inestabilización de los segmentos operados, por que retira la capacidad activa y pasiva de los elementos de estabilidad posterior de la columna. Por lo tanto está limitado al tratamiento de descompresión en estadio grado III y en pacientes que requieren cirugía de tiempo corto.

El recalibrado es una técnica publicada en 1988 por el profesor Jacques Senegas como alternativa del tratamiento de la estenosis fijando tres puntos clave: 1. toma en cuenta las regiones anatómicas donde existe compresión (media, cana radicular y foramen). 2 trata de conservar el mayor volumen de la anatomía, pensando en la funcionalidad de la zona. 3 no realiza artrodesis sino que intenta reparación ligamentaria para mejorar la estabilidad del segmento.

La técnica en síntesis consiste en liberación del conducto raquídeo a partir de la resección del ligamento amarillo, legrado y fenestración de láminas superiores e inferiores, discoidectomía o resección de osteófitos según sea el caso.

La segunda fase “Liberación de la Raíz.” a nivel del canal radicular, mediante resección de osteófitos en recesos laterales y de las plataformas discales en la porción lateral, así como la ampliación del espacio intersomático mediante fijación elástica.

La tercera es la “Foraminotomía” con legrado de paredes y ampliación del mismo por apertura de disco intervertebral.

La fijación puede ser rígida, semirígida o elástica dependiendo de la técnica empleada y el objetivo general que se tenga del tratamiento. Por ejemplo si se requiere un resultado de fijación definitiva con artrodesis 360°, la fijación rígida con tornillos transpediculares y cajas intersomática sería el método ideal. Si se requiere una artrodesis posterolateral firme, la fijación semirígida logrará mayor efectividad, se sabe que a mayor rigidez mejor evolución, sin embargo se sabe que existe desarrollo de inestabilidad del segmento adyacente en un 30% y que requiere hasta un 12% de reoperaciones.

En el caso de intentar crear una función y rehidratación del disco cerca de lo normal, coadyuvando a la actividad de los ligamentos y del arco neural la fijación elástica o dinámica será la elección. En la actualidad las prótesis de disco están contraindicadas en esta patología.

La intención de la artrodesis es fijar definitivamente el segmento operado para evitar inestabilidad y dolor provocado por la misma, puede ser posterior, sobre las láminas, posterolateral sobre las apofisis transversas, anterior intersomática o bien combinada denominada 360° con un índice de consolidación del 94.6%.

El índice de complicación de cirugía es del 15 al 30% mismas que se clasifican por imagenología en fibrosis, compresión residual, infección, pseudomeningocele.

Aunque se pueden clasificar también en 4.5% infección, 2.6% neurológicos, 2.9% mecánicas y de éstas las que requieren reoperaciones son hasta el 12%.

LIGAMENTOPLASTIA:

KALIO (1960)

- Menciona a la “sindemoplastia” interespinosa con corion como una opción de tratamiento en la inestabilidad vertebral.
- Recalibrado de columna lumbar como una alternativa en el tratamiento del conducto lumbar estrecho.

- Reportan 32 pacientes tratados mediante recalibrado, que mantiene integridad de las apófisis espinosas y permite la estabilización de columna realizando una ligamentoplastia interespinosa con dacron. *Senegas J. y col. Rev Chir Orthop Reparatrice Appar Mot 1988;74(1):15-22*
- Senegas J. Cirugía de los ligamentos vertebrales como una alternativa de la artrodesis en el tratamiento de inestabilidad degenerativa.
- Posterior a la disectomía se coloca un ligamento de poliéster denominado “Dallos”, este se coloca en una técnica de ocho entre las apófisis espinosas y posteriormente se realiza trenzado a nivel del espacio intersomático sobre el ligamento supraespinoso.
- Técnica fácil, inocua, que proporciona recuperación y facilita la rehidratación del disco, con buenos beneficios para el paciente.

5 . APLICACIÓN DEL PROCESO

5.1 PRESENTACIÓN DEL CASO

Se trata de Alberto, masculino de 25 años de edad, de profesión abogado, casado, de religión católica, alergias negadas hasta el momento, fumador 2 cigarros al día, alimentación balanceada, buenos hábitos de higiene y eliminación, de carácter optimista, realista de su situación actual, coherente en su expresión verbal y en la articulación de oraciones, se manifiesta atento al interrogatorio.

Presenta lesión de columna vertebral a nivel lumbar “Conducto Lumbar Estrecho L5-S1” despierto, mucosa oral húmeda, ventilando espontáneamente, catéter corto periférico en miembro superior derecho, refiere disminución de la sensibilidad en miembros pélvicos y fuerza disminuida de forma intermitente, dolor localizado a nivel lumbar escala de EVA de 5, medias TED en ambos miembros pélvicos.

Se aplica instrumento de valoración de las 14 necesidades de Virginia Henderson el interrogatorio y exploración se realiza en el área de pre-anestesia, sin embargo las observaciones se realizan dentro del trans-operatorio lo que nos permite detectar las necesidades durante la cirugía, emitir juicio clínico, planear y ejecutar intervenciones de enfermería.

Alberto inicia su período trans-operatorio en la sala N.1 de Cirugía de Columna Vertebral, se realiza monitoreo no invasivo de constantes vitales, el procedimiento se realiza bajo anestesia general balanceada, le realizan un abordaje posterior a nivel lumbar por lo que la posición es en decúbito ventral, durante el trans-operatorio presenta hemorragia manifestada por hipotensión la cuál es controlada sin ninguna otra complicación, realizan una cirugía de recalibrado lumbar y colocación de ligamento “Dallos”, egresa a recuperación somnoliento por efecto residual de anestesia, automatismo respiratorio, constantes vitales estables.

5.2 RESULTADOS DE LA VALORACIÓN

NECESIDAD	SATISFECHA	INSATISFECHA		GRADO DE DEPENDENCIA		
		REAL	POTENCIAL	TOTAMENTE DEPENDIENTE	PARCIALMENTE DEPENDIENTE	INDEPENDIENTE
1.Oxigenación		❖		❖		
2.Nutrición e Hidratación			❖	❖		
3.Eliminación		❖		❖		
4.Moverse y mantener una 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 y Valores	✓					✓
12.Trabaja y Realizarse	✓					✓
13.Jugar/Participar en Actividades Recreativas	✓					✓
14.Aprendizaje		❖			❖	

5.3 DESARROLLO DE LAS ETAPAS DEL PROCESO

DIAGNÓSTICO REAL No.1

Alteración de la Necesidad de Oxigenación relacionada a aplicación de medicamentos anestésicos manifestado por pérdida del estado de alerta y pérdida de automatismo respiratorio.

Objetivo: Mantener una buena oxigenación de Alberto durante el periodo trans-operatorio.

Planeación	Ejecución
<p>-Monitoreo hemodinámico no invasivo.</p> <p>-Colaborar en la inducción de anestesia.</p> <p>-Colaborar en la intubación orotraqueal.</p> <p>-Verificar permeabilidad de vía aérea</p>	<p>-Colocar electrodos para monitoreo cardiaco, sensor de saturación de oxígeno, brazaletes de presión arterial.</p> <p>-Realizar registro clínico de constantes vitales.</p> <p>-Contar con aparato de succión y laringoscopio, verificar funcionalidad.</p> <p>-Contar con cánulas orotraqueales y sondas nelaton.</p> <p>-Informarle al paciente que iniciara su anestesia."Se sentirá mareado y se dormirá"</p> <p>-Infundir seguridad al paciente durante la inducción de anestesia.</p> <p>-Dar posición de rosire al paciente para intubación.</p> <p>-Colaborar con el médico anesthesiologo en la intubación.</p> <p>-Conectar circuito a cánula orotraqueal.</p> <p>-Fijar cánula orotraqueal</p> <p>-Verificar que no exista fuga en circuito o cánula.</p> <p>-Auscultar campos pulmonares.</p> <p>-Vigilar datos de cianosis distal.</p> <p>-Verificar expansión de tórax de forma simétrica.</p> <p>-Verificar que no exista fuga de circuito o cánula orotraqueal.</p>

	<ul style="list-style-type: none"> -Verificar que permanezca inflado el globo de seguridad de la cánula orotraqueal. -Anotar cantidad de aire con que se insufla el globo de la cánula orotraqueal. -Al dar posición de decúbito ventral verificar que no quede acodada la cánula orotraqueal o el circuito. -La movilización se realizara en bloque, siendo el que proteja la cabeza el que dirija al equipo “A la cuenta de tres movemos a Alberto”, lo que permitirá mantener y vigilar la vía aérea permeable. -Verificar que permanezca conectada la cánula orotraqueal al circuito de la máquina de anestesia y fija la cánula.
<p>-Vigilar patrón respiratorio durante la cirugía.</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Vigilar datos de cianosis distal y llenado capilar durante la cirugía. -Mantener alineación neutra de cabeza-cuello para evitar que se doble la cánula orotraqueal, utilizando donas o careta acojinada. -Corroborar que los bultos que se utilizan para dar posición en decúbito ventral no se encuentre juntos y permitan la libre expansión pulmonar. -Vigilar monitoreo para detectar alteraciones en la frecuencia cardiaca y/o desaturación de oxígeno -Observar que no se encuentren fracturados los cables de monitoreo o se hayan desconectado en forma accidental.
<p>-Colaborar en la extubación</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Contar con aspirador funcional y sonda nelaton y/o equipo de aspiración de secreciones. -En bloque dar posición en decúbito dorsal, protegiendo la vía aérea. -Vigilar constantes vitales a través del monitor. -Colocar barandales en camilla ya que Alberto al revertir efecto anéstésico se encuentra agitado e inquieto. -Hablarle a Alberto cerca de su oído

	<p>indicándole que ya termino su cirugía, tratando de tranquilizarlo.</p> <p>-Al extubarlo por el médico de anestesia, verificar campos pulmonares, patrón respiratorio, datos de cianosis distal.</p> <p>-Al recuperar automatismo respiratorio, enviarlo a recuperación, con el registro debido de constantes vitales.</p>
--	--

DIAGNÓSTICO REAL No.2

Alteración de la Necesidad de oxigenación relacionada con pérdida sanguínea por evento quirúrgico manifestada por hipotensión y taquicardia.

Objetivo: Mantener un equilibrio homeostático en Alberto.

Planeación	Ejecución
<p>-Conocer y analizar guía de valoración</p> <p>-Verificar exámenes de laboratorio.</p> <p>-Monitoreo de Constantes Vitales</p> <p>-Medidas de seguridad en la posición de decúbito ventral.</p> <p>-Realizar balance hídrico.</p>	<p>-Alberto niega enfermedades de hígado, bazo o hematológicas</p> <p>-No consume medicamentos que favorezcan el sangrado.</p> <p>-Cuenta con un buen estado nutricional.</p> <p>-Verificar fecha de resultados de laboratorio.</p> <p>-Conocer niveles de hemoglobina y hematocrito y tiempos de coagulación.</p> <p>-Colocar electrodos para monitoreo cardiaco, sensor de saturación de oxígeno, brazaletes de presión arterial.</p> <p>-Realizar registro clínico de constantes vitales.</p> <p>-Vigilar datos de choque hipovolemico (hipotensión, taquicardia)</p> <p>-Verificar que los bultos que se utilizan para la posición de decúbito ventral, no se encuentren juntos.</p> <p>-Que el abdomen se encuentre libre.</p> <p>-Registrar ingresos y egresos de líquidos en forma horaria.</p> <p>-Cuantificar sangrado a través de textiles (Compresas y gasas) y aparato de succión.</p> <p>-Corroborar con instrumentista cuanto líquido se ha pasado para irrigar la herida quirúrgica y evitar falsos positivos en la cuantificación de sangrado.</p> <p>-Medición de uresis horaria.</p>

<p>-Intervenciones encaminadas a favorecer la circulación sanguínea y disminuir sangrado.</p> <p>-</p>	<p>-Informar a médico anestesiólogo para conocer cuantificación de sangrado.</p> <p>-Detectar datos de hipotensión arterial y registrar.</p> <p>-Mantener eutermia</p> <p>-Instalar vía periférica con catéter corto de calibre N.16</p> <p>-Ministrar expansores de volumen por indicación de anestesiólogo.</p> <p>-Ministrar soluciones parenterales tibias.</p> <p>-Proporcionar hemostático (Gelfoam, coagulación a través de pinza bipolar) a cirujano que permita cohibir hemorragia.</p> <p>-El cirujano deberá comentar al equipo si se logro hacer hemostasia.</p> <p>-El anestesiólogo comentara si el paciente se encuentra dentro del rango permitido de sangrado transquirúrgico y valorara la ministración de hemoderivados o sugerirá al cirujano la suspensión del procedimiento por máximo beneficio para el paciente.</p>
--	--

DIAGNÓSTICO REAL No.3

Alteración de la Necesidad de Eliminación relacionada con efectos de anestesia general manifestada por inhibición del arco reflejo para micción espontánea y retención urinaria.

Objetivo: Favorecer la eliminación urinaria de Alberto y contribuir al balance hídrico.

Planeación	Ejecución
<p>-Instalación de Sonda Foley</p> <p>-Medidas de seguridad en la instalación de sonda foley</p> <p>-Cuantificación de volúmenes urinarios</p>	<p>-Contar con material y equipo de instalación de sonda Foley.</p> <p>-Elegir calibre adecuado de sonda para evitar fugas de orina y falsos controles de líquidos.</p> <p>-Realizar aseo de genitales</p> <p>-Instalar sonda Foley respetando indicadores de instalación.</p> <p>-Insuflar globo con solución salina antes de instalarla para verificar que no se encuentre roto.</p> <p>-Colocar la cantidad necesaria de solución para inflar el globo acorde a la recomendación del fabricante para evitar que se rompa el globo o se salga la sonda</p> <p>-Fijar sonda Foley en el varón a nivel de cresta iliaca ya que por anatomía de pene favorece la salida de orina.</p> <p>-Evitar que quede doblado el pene y ocasione acodamiento de la sonda. Sobre todo al dar la posición en decúbito ventral.</p> <p>-Que la bolsa recolectora se encuentre por debajo del nivel de la vejiga.</p> <p>-Para un mejor control de líquidos es importante cuantificar la orina residual y al iniciar la cirugía vaciar la bolsa recolectora e iniciar cuantificación.</p> <p>-Cuantificar uresis en forma horaria.</p>

<p>-Vigilar características de orina</p>	<p>-Llevar un control de líquidos de ingresos y egresos que permita valorar la adecuada función renal.</p> <p>-Vigilar características macroscópicas de orina, que sea clara, sin presencia de sangrado.</p>
--	--

DIAGNÓSTICO REAL No.4

Alteración de la Necesidad de Moverse y mantener una Buena Postura relacionada con abordaje posterior en cirugía de columna vertebral manifestado por inactividad musculoesquelética inevitable.

Objetivo: Mantener alineación corporal en posición de decúbito ventral que permita el abordaje posterior en cirugía de columna vertebral.

Planeación	Ejecución
<p>-Contar con aditamentos que permitan la posición en decúbito ventral.</p> <p>-Movilización del paciente en bloque.</p> <p>-Conservar alineación corporal.</p>	<p>-Elaborar roys para el tórax y los pies ya sea que se cuente con unos de gel o elaborarlos con sabanas.</p> <p>-Elaboración de donas con venda de huata para las rodillas.</p> <p>-Elaboración de donas con vendas de huata para la cara contemplando la altura para que la cabeza quede en posición neutra o contar con careta acojinada.</p> <p>-Se deberá tener especial cuidado a la movilización, se realizará entre cuatro a más personas.</p> <p>-Cuidar la vía aérea debido a que el paciente se encuentra con cánula orotraqueal.</p> <p>-La persona que maneja la cabeza y vía aérea será quién dirija el equipo.</p> <p>-Colocar freno de camilla y mesa maquet para evitar caída del paciente.</p> <p>-Colocar donas o careta acojinada para conservar la cabeza en posición neutra.</p> <p>-Colocar brazos en posición de nadador para evitar lesión de plexo braquial, colocándolos en férulas de madera.</p> <p>-Colocar bultos en forma longitudinal a nivel de tórax evitando presión en abdomen, estos deberán de dar a nivel de la cadera esto permitirá mejor exposición anatómica del área a operar.</p> <p>-Alinear miembros pélvicos con la ayuda</p>

<p>-Evitar zonas de presión.</p>	<p>de dona en rodillas para conservar flexión y ángulos fisiológicos -Un bulto a nivel de los pies para evitar lesiones a nivel de tobillos.</p> <p>-Se buscara cualquier punto o zona de presión tratando de liberarlos a través de uso de donas o algodón elaboradas con vendas de huata como lo son frente, pómulos, mentón, codos, tórax, cadera, rodillas, tobillos, punta de los dedos de los pies.</p>
----------------------------------	---

DIAGNÓSTICO REAL No.5

Alteración de la Necesidad de Aprendizaje relacionado con desconocimiento de su cirugía manifestado por fascies de angustia y expresión verbal.

Objetivo: Disminuir el estrés en Alberto explicándole en que consiste la cirugía.

Planeación	Ejecución
<p>-Brindar confianza</p> <p>-Escucharlo</p> <p>-Explicar el lugar donde se encuentra</p> <p>-Explicar lo que se le hará</p>	<p>-Saludar a Alberto “Buen Día”</p> <p>-Presentarse con Alberto haciendo contacto visual y corporal (Saludarlo de mano, tocar su hombro)</p> <p>-La voz es un recurso terapéutico el modularla al presentarse será indispensable</p> <p>-Conocer algún gusto o saber a que se dedica.</p> <p>-Iniciar una plática sobre un tema general “Que frío hace”, “Que interesante su trabajo, pero en si que función desarrolla”,etc.</p> <p>-Centrarse en la plática y evitar distracciones, para brindar confianza.</p> <p>-Observar su aspecto general, sus gestos, la forma de articular palabras, el tono, la expresión corporal.</p> <p>-Dejar que externe sus miedos y preocupaciones.</p> <p>-Para disminuir la ansiedad es importante darle a conocer en que lugar se encuentra y que se realiza.</p> <p>-Acorde a su nivel de conocimientos que función tiene cada aparato y si es que escuchara alguna alarma.</p> <p>-Presentarle al equipo de salud.</p> <p>-Comentarle cual será la función de cada uno.</p> <p>-Explicarle que posición tendrá, que a lo</p>

	<p>mejor le causen algunas molestias en su recuperación.</p> <ul style="list-style-type: none">-Explicar sobre la cirugía a realizar, tiempo aproximado, cuando se conocen los estándares de cirugía y habilidades de los cirujanos.-Comentarle sobre algunos cuidados que deberá seguir en su recuperación.-Comentarle que no se asuste que al despertar tendrá un tubo por el cuál estará respirando, el cuál se le retirara.-Explicarle cada actividad que se realice “Estos parches se llaman electrodos y nos permiten conocer como trabaja su corazón durante la cirugía”-El dolor es uno de los miedos mas temidos, por lo cuál es importante comentarle que la mayoría de los procedimientos se realizaran mientras el se encuentra ya dormido.-No dejar de hacer contacto visual con el para infundir seguridad.
--	--

DIAGNÓSTICO POTENCIAL No.1

Riesgo de Alteración de la Necesidad de Evitar Peligros relacionada con anestesia general, posición, tiempo prolongado de exposición a cirugía.

Objetivo: Lograr que a Alberto no se le adicione lesiones a otros órganos y sistemas.

Planeación	Ejecución
<p>-Evitar lesión corneal.</p> <p>-Evitar obstrucción de riego sanguíneo cerebral.</p> <p>-Evitar lesión de plexo braquial.</p> <p>-Contribuir en la disminución del sangrado.</p> <p>-Lograr no lesionar nervio popíteleo o pedial o lesión muscular.</p>	<p>-Verificar que no exista fuga de aire en la cánula orotraqueal, debido a que puede reseca la cornea.</p> <p>-Colocar pomada o gotas oculares que permitan la hidratación corneal.</p> <p>-Ocluir los ojos con micropore para evitar que estos permanezcan abiertos.</p> <p>-Mantener la cabeza en posición neutra, que no este en flexión ya que obstruye el flujo sanguíneo cerebral y pudiera doblar la cánula orotraqueal.</p> <p>-Colocar donas de venda de huata o careta acojinada.</p> <p>-Mantener los brazos en posición de nadador y fijarlos en férulas de madera para evitar que se encuentren en hiperextensión o se caigan.</p> <p>-Evitar que el aparato de fluoroscopia lesione los brazos.</p> <p>-Verificar que el abdomen quede libre y no presionado por los bultos que se requieren para dar la posición en decúbito ventral.</p> <p>-Con el uso de donas de venda de huata mantener la flexión a nivel de rodillas y un cojinete a nivel de pie para evitar hiperextensiones.</p>

<p>-Evitar caídas.</p> <p>-Disminuir probabilidad de infección</p>	<p>-Fijar los cojinetes con vendas elásticas a la mesa -Movilizar al paciente en bloque entre más de 4 personas. -Fijar camilla y mesa maquet el movilizar al paciente.</p> <p>-Colocar un plástico y fijarlo con micropore a nivel sacro para aislar la región glútea en especial el ano que pudiera favorecer la proliferación de bacterias o ya relajado el paciente por efecto anestésico se evacua. -Verificar que cada paquete de instrumental haya virado el indicador mecánico y químico. -Que no se encuentren rotos las envolturas de material y equipo. -Verificar caducidad de esterilización. -Portar uniforme quirúrgico adecuadamente (Gorro, cubrebocas, botas, etc.). -Realizarse lavado quirúrgico de manos. -Realizar procedimientos con técnicas de asepsia. -Mantener campo quirúrgico sin contaminar. -realizar aseo mecánico respetando principios de asepsia y antisepsia de región toraco-lumbar. -Uso de campo estéril antimicrobiano. -Vestir a equipo quirúrgico con las reglas de necesarias de asepsia (Guantes, Batas estériles, etc) -Encender flujo láminar -Ministrar antibioticoterapia profiláctica indicada. -Utilización de antibiótico en solución de irrigación para la herida quirúrgica. -Utilización de apósitos estériles para cubrir herida quirúrgica. -Conservar circuito quirúrgico estéril. -Evitar dermoabrasiones o vías de entrada a microorganismos.</p>
---	---

DIAGNÓSTICO POTENCIAL No.2

Riesgo de Alteración de la Necesidad de Termorregulación relacionada con uso de flujo laminar, tiempo prolongado de cirugía.

Objetivo: Mantener la eutermia de Alberto durante la cirugía.

Planeación	Ejecución
-Medición de temperatura -Brindar calor por medios físicos -Ministrar soluciones parenterales tibias.	-Se tomo y registro de temperatura durante la cirugía. -Colocar sabana térmica de región glútea a miembros pélvicos para favorecer el calor. -Colocar vendaje en miembros pélvicos, además de que de forma importante favorecen la circulación proporciona calor. -Terminada la cirugía se coloco bata -Terminada la cirugía se cubrio con sabanas calientes y sabana térmica. -se calentaron la soluciones parenterales administradas por el médico de anestesia

DIAGNÓSTICO POTENCIAL No.3

Riesgo de Alteración de la Necesidad de Higiene y Protección de la Piel relacionada con tiempo prolongado en una sola posición, uso de equipo de electrocirugía.

Objetivo: Lograr que Alberto no cuente con zonas de presión o lesiones en piel.

Planeación	Ejecución
<p>-Identificar zonas de presión</p> <p>-colocar protectores en zonas de presión</p> <p>-Alinear cuerpo</p> <p>-Colocación adecuada de placa de electrocirugía</p> <p>-Fijar cánula, catéteres , sondas y/o drenajes.</p>	<p>-Las zonas de presión fueron frente, mentón, tórax, rodillas y pies.</p> <p>-Se coloco algodón , donas de vendas de huata y cojincillos acorde a los sitios identificados como zonas de presión.</p> <p>-Se alieno el cuerpo para liberar mayores zonas de presión.</p> <p>-No se derramaron líquidos cerca o encima de la placa de electrocirugía.</p> <p>-Se coloco en la pierna derecha la placa de electrocirugía.</p> <p>-Se verifico que se adhiriera en todas sus partes la placa de electrocirugía para evitar hacer puentes o fugas de electricidad.</p> <p>-Se tomaron precauciones al fijar y al retirar fijaciones para evitar dermoabrasiones que lesionaran la piel</p> <p>-Se retiraron excedentes de isodine que evitaran irritación de la piel.</p>

DIAGNÓSTICO POTENCIAL No.4

Riesgo de Alteración de la Necesidad de Nutrición e Hidratación relacionado con cirugía de columna vertebral y ayuno.

Objetivo: Favorecer condiciones óptimas para la realización de la cirugía.

Planeación	Ejecución
<p>-Valorar estado nutricional</p> <p>-Verificar ayuno</p> <p>-Contar con acceso venoso</p> <p>-Evaluar estado de hidratación</p>	<p>-Alberto cuenta con buenos hábitos alimenticios</p> <p>-Se encuentra dentro del rango de peso corporal.</p> <p>-Pesos corporal corresponde proporcionalmente a estatura.</p> <p>-Hemoglobina y hematocrito en límites normales.</p> <p>-Se verifico que se encontrara en ayuno para evitar riesgo de broncosapiración.</p> <p>-Cuenta con acceso venoso permeable.</p> <p>-No presenta flebitis</p> <p>-Fijada acorde a estándares que permite la visualización del sitio de punción.</p> <p>-Mucosa oral y piel hidratadas.</p> <p>-Constantes vitales dentro de límites normales</p> <p>-No presenta retención de líquidos.</p>

EVALUACIÓN:

Al realizar una valoración, se identificaron las necesidades, se clasifico el grado de dependencia, se planearon las intervenciones, se ejecutaron, resultando un cuidado enfermero oportuno. Alberto a pesar de presentar hemorragia no altero su estado hemodinámico de forma relevante ya que se logro contrarrestar este problema, no hubo alteración en la oxigenación, se mantuvo con volúmenes urinarios adecuados, no presento lesiones en piel, se conservo la eutermia, la postura favoreció la mejor exposición del sitio quirúrgico a operar, no se ocasiono lesión a otra parte de su cuerpo, al revertirse el efecto de anestesia, pasa al área de recuperación despierto, con automatismo respiratorio y constantes vitales dentro de parámetros normales.

6 CONCLUSIONES

El presente trabajo me permitió identificar los elementos que interviene en la construcción disciplinar del conocimiento, el contar con un metaparadigma definido en el que se interrelaciona la persona, el entorno, el cuidado y la salud da un enfoque filosófico, contar con un marco epistemológico, el profundizar en la teoría de Virginia Henderson a través de su propuesta de 14 necesidades, permitió elaborar el presente proceso atención de enfermería que es herramienta única metodología en el otorgamiento del cuidado profesional, que sin lugar a duda contribuye al mejor ejercicio de la práctica profesional, desarrollando un pensamiento crítico.

El identificar que el cuidado no solo se proporciona en áreas hospitalarias o en personas enfermas, si no es universal, en escuelas, hogares, personas sin enfermedad aparente, confirma el rol de los profesionales de enfermería en la preservación, conservación y restauración de la salud.

El compromiso que tenemos hoy en día los profesionales de enfermería es con la población, nuestra profesión y con nosotros mismos, debido a que debemos seguir fortaleciendo el gremio en pro de un cuidado de calidad.

BIBLIOGRAFÍA

- Duarte P. 1993, "Historía de la Enfermería", Ed. Doyma, España
- Siles J. 1999, "Historía de la Enfermería", Ed. Aguaclara, España
- Du Gas. 2000, "Tratado de Enfermería Práctica", Ed. Mc Graw Hill, Philadelphia, 4ª. ed.
- Rosales S. 2004, "Fundamentos de Enfermería", Ed. Manual Moderno, México, 3ª. ed.
- Colliere M.F. 1993, "Promover la Vida", Ed. MC Graw Hill, España
- Ariza O. 2005, "Actualizaciones en Enfermería", Ed. Fundación Santa Fé de Bogotá, Colombia, Vol.8
- Alfaro R. 2005, "Aplicación del Proceso Enfermero", Ed. Masson, España, 5ª. ed.
- Marion J. "Diagnósticos Enfermeros, Resultados e Intervenciones", Ed. Mosby, España.
- Mc Closkey J. "Clasificación de Intervenciones en Enfermería", Ed. Mosby, España, 4ª. ed.
- Marriner A. 1989, "Modelos y Teorías de Enfermería", Ed. Rol, Barcelona, España, 1ª. ed.
- Kozier B. 1995, "Conceptos y Temas en la Práctica de la Enfermería", Ed. Mc Graw Hill, 2ª. ed.
- Simms L. 1986, "Administración de los Servicios de Enfermería", Ed. Interamericana, México, 1ª. ed.
- Antología 2004 "Fundamentación Teórica para el Cuidado", Ed ENEO_UNAM
- Balderas, 1995, "Administración de los Servicios de Enfermería", Ed. Interamericana, México, 3ª ed.
- Rothman S. 2003, "Columna Vertebral", Ed. Mc Graw Hill, Pensilvania, 4a. ed.
- AMIM, 1996, "Temas de Medicina Interna", Ed. Interamericana, Vol. IV
- Mussen, 1982, "Desarrollo de la Personalidad en el Niño", Ed. Trillas, México, 2ª. ed.
- Reyes S, 2006 "Medigraphic", Vol.4

ANEXOS

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

INSTRUMENTO DE VALORACIÓN BASADO EN EL MODELO DE NECESIDADES HUMANAS DE VIRGINIA HENDERSON

Datos de identificación:

Nombre R.A ALBERTO Edad 25 A. Sexo MASC Ocupación ABOGADO

Estado civil CASADO Religión CATOLICO Escolaridad LICENCIATURA

Unidad de salud donde se atiende I.N.R

Signos vitales:

Respiración: Frecuencia 22 Ritmo _____ Expansión torácica: Simétrica X

Profundidad: Superficial _____ Profunda X

Pulso: Frecuencia 84 Ritmo: Regular X Irregular _____ Intensidad: Fuerte X Débil _____

Temperatura: 36⁷ Tensión arterial 120/70 mm Hg.

Somatometría: Peso 80 KG Talla 1.78 CM

VALORACIÓN DE NECESIDADES:

1. OXIGENACIÓN:

¿Tiene algún problema para respirar? **No**, Sí. Describa _____

¿Se ha expuesto al humo de leña? NO ¿ha fumado en algún momento de su vida? No, **Sí**.

¿Cuántos cigarros al día? 2 ¿Convive con fumadores? No, **Sí**. ¿Ha convivido con aves? NO

¿Tiene la sensación de que le falta el aire cuando camina? **No**, Si ¿Tiene la sensación de que le falta el aire al subir escaleras? **No**, Si. ¿Su casa está ventilada? No, **Si**. ¿Hay fábricas de cemento, asbesto u otra que contamine en la cercanía de su casa? **No**, Sí. ¿Tiene familiares con problemas para respirar? **No**, Si. ¿Le han diagnosticado hipertensión? **No**, Sí. ¿Tiene problemas cardiacos? **No**,

Sí. ¿Tiene familiares con problemas del corazón? **No**, Sí. ¿Toma algún medicamento? No, **Sí**.
Especifique: TRAMACET

Explore:

Región cardio pulmonar: (ruidos pulmonares, movimientos torácicos) **CAMPOS PULMONARES VENTILADOS, SIN RUIDOS AGREGADOS**

Dificultad respiratoria: **No**, Si Fatiga: **No**, Si, Tos: No, Sí Expectoración: **No**, Sí. Coloración de la piel SONROSADO Llenado capilar 3" segundos.

Observaciones: **POR EL TIPO DE CIRUGÍA SE SOMETA A ANESTESIA GENERAL BALANCEADA, COLOCAN CANULA OROTRAQUEAL N.8 A TRAVÉS DE LARINGOSCOPIA DIRECTA SIN PROBLEMAS, EN EL TRANSQUIRÚRGICO, PRESENTA HEMORRAGIA MANIFESTADA CON TENSIÓN ARTERIAL DE 90/40, SE MINISTRA EXPANSORES DE PLASMA Y SE RECUPERA SATISFACTORIAMENTE, EN CAMPO UTILIZAN GELATINA HEMOSTÁTICA.**

2. ALIMENTACIÓN E HIDRATACIÓN:

¿Cuáles son los alimentos que acostumbra consumir durante el desayuno? Cantidades en raciones: 1 taza de cafe, 1 jugo, 1 plato de fruta, hot Cakes o huevoo chilaquiles , 1 pza de pan dulce.

¿Cuáles son los alimentos que acostumbra consumir durante la comida? Cantidades en raciones: Sopa, 1 plato , guisado (carne 5 x semana, verdura 5 x semana, agua 2 vasos

¿Cuáles son los alimentos que acostumbra consumir durante la cena? Cantidades en raciones: , 1 taza de café con leche, 1 pan tostado, 1 plato de frutas.

¿Come entre comidas? No, **Sí** ¿Qué alimentos consume? golosinas ¿En donde acostumbra comer? en el trabajo ¿Con quien acostumbra comer? con compañeros del trabajo

¿Considera que su estado de ánimo influye en su alimentación? No, **Sí** ¿Por qué? cuando está bajo mucho estrés no come bien

¿Cuáles son los alimentos que le agradan? fruta y verduras ¿Cuáles son los alimentos que le desagradan? leguminosas ¿Cuáles son los alimentos que le causan intolerancia? no ¿Cuáles son los alimentos que le causan alergia? ninguno ¿Tiene problemas para masticar? **No**, Sí. ¿Por qué? ¿Tiene dentadura completa? No, **Sí**. ¿Usa prótesis? **No**, Sí ¿Tiene problemas con su peso? **No**, Sí ¿Por qué? ¿Considera que tiene adecuada digestión de los alimentos? **No**, Sí. ¿Por qué? come muy rápido

¿Cuantos vasos de agua toma al día? 2 litros mas comidas ¿Acostumbra tomar refrescos? No, **Sí**

Cantidad 1 coca-cola diaria 600ml. ¿Acostumbra tomar café? No, **Sí** ¿Acostumbra tomar alcohol? No, **Sí**. ¿Toma suplementos alimenticios? **No**, Sí.

Explore:

Cavidad Oral: Mucosa ora h{umeda, dentadura completa, sin presencia de caries, ni alitosis

Region Abdominal: Abdomen blando depresible, no se palpan megalias, ruidos peristalticos presentes.

OBSERVACION: **ALBERTO SE ENCUENTRA EN AYUNO POR CIRUGÍA PROGRAMADA DE COLUMNA VERTEBRAL, CON ACCESO VENOSO PARA HIDRATACIÓN, SIN DATOS DE FLEBITIS.**

3. ELIMINACIÓN.

¿Cuántas veces evacua al día? 2 ¿Presenta alguno de estos signos o síntomas?: Esfuerzo para defecar: **No**, Si. Dolor anal al evacuar **No**, Si. Dolor abdominal al evacuar **No**, Si. Características del dolor _____ Flatulencias **No**, Si. Tenesmo **No**, Si. Meteorismo **No**, Si. Incontinencia **No**, Si. Prurito **No**, Si. Hemorroides **No**, Si. Cuando presenta problemas para evacuar, ¿que recursos utiliza? Tomar mas agua ¿Qué hábitos le ayudan a evacuar? privacidad ¿Qué hábitos le dificultan la evacuación? baños publicos ¿Que características tiene la evacuación? cafe, buena consistencia

¿Cuántas veces orina al día? 6 ¿De qué color es su orina? clara ¿Qué olor tiene su orina? ¿Presenta algunos de estos signos o síntomas?: Disuria **No**, Sí. Poliuria **No**, Si. Nicturia **No**, Sí. Retención de orina **No**, Si. Urgencia para orinar **No**, Si. ¿Qué recursos utiliza cuando tiene problemas para orinar? _____ ¿Usted suda? **No**, **Si**. ¿Cómo es su sudoración? _____ ¿Bajo que condiciones suda? Haciendo ejercicio.

En caso de Mujeres

¿Fecha de Ultima menstruación? _____ ¿Cada cuándo menstrua? _____
¿Cuántos días dura su menstruación? _____ ¿Presenta alguno de estos signos o síntomas?:
Dismenorrea **No**, Si. Pérdidas intermenstruales **No**, Sí. Flujo vaginal **No**, Si. Qué características tiene? _____ ¿Qué hace para controlar la dismenorrea? _____

En caso de hombres

¿Presenta alguna alteración en la eyaculación? ninguna _____

Explore:

Región abdominal, fosas renales, genitales no presenta dolor, o zonas hiperemicas _____

Observaciones: **ALBERTO SE SOMETA A ANESTESIA GENERAL BALANCEADA POR LO QUE SE INSTALA SONDA FOLEY N.16, GLOBO 5 CC, VOLUMENES URINARIOS ADECUADOS, CARÁCTERÍSTICAS MACROSCÓPICAS DE ORINA CLARA COLOR AMBAR.**

4. MOVIMIENTO Y MANTENER BUENA POSTURA

¿Tiene algún problema que le dificulte la deambulaci3n? No, **Si**. Especifique: DOLOR EN ESPALDA BAJA ¿Este problema que tiene repercute en sus actividades de la vida diaria? No, **Sí**. ¿C3mo? No puedo estar mucho tiempo sentado o de pie ¿Tiene dificultad para moverse? No, **Si** Especifique: _____ ¿Utiliza apoyos para desplazarse? **No**, Si. ¿Cuáles la postura habitual relacionada con su ocupaci3n? sentado ¿Cuántas horas del día pasa usted en esta postura? 9 horas

¿Presenta alguno de estos signos o sntomas?: dolores 3seos, musculares, articulares, contracturas o presencia de temblores. No, **Si**. Especifique cuales: dolor en espalda baja que me impide moverme rapidamente y de forma adecuada.

Movimientos involuntarios **No**, Si. Describa: _____ Le falta fuerza o Debilidad muscular No, **Si**. Describa: _____ Edema, ardor, comez3n o hematomas en alguna parte del cuerpo. **No**, Si. Describa: _____ Mareos, perdida del equilibrio o desorientaci3n. **No**, Si. Describa: _____ ¿Realiza usted alguna actividad ffsica? No, **Sí**. ¿Cuál? pesas ¿Qué tiempo le dedica a la semana? 2 horas diarias

Explore:

Postura, marcha, movimientos, flexibilidad, resistencia articular, reflejos: marcha claudicante, reflejos osteotendinosos normales, fuerza de miembros pelvicos disminuida, sensibilidad disminuida

Observaciones: **DEBIDO AL TIPO DE ABORDAJE POSTERIOR EL PACIENTE SE COLOCA EN POSICION DE DECUBITO VENTRAL, SE PROTEGEN PROMINENCIAS OSEAS**

5. DESCANSO Y SUEÑO

¿Usted descansa durante el día? **No**, Sí. ¿C3mo? _____ Después de descansar ¿C3mo se siente? _____ ¿Cuántas horas duerme habitualmente? 6 ¿Presenta alguna de estas alteraciones del sueño?: Dificultad para conciliar el sueño No, **Si**.

¿Se despierta f3cilmente? No, **Si**. Sueño agitado, **No**, Si. Pesadillas, **No**, Sí. Nerviosismo, No, **Si**.

¿Se levanta durante la noche? No, **Si**. ¿Porqué? ME PREOCUPA SABER COMO SALDRE DE LA CIRUGIA

¿El lugar que usted utiliza favorece su sueño? No, **Si**. ¿Porqué? tiene privacidad

¿Acostumbra tomar siesta? **No**, Si. ¿Qué hace para conciliar el sueño? tomar un té

Explore:

(Ojeras, atención, bostezo, concentración, actitud de desgano, cansancio, adinamia) Se muestra concentrado, atento y responde de forma l{ogica

Observaciones: **EL PACIENTE SE ENCUENTRA BAJO ANESTESIA GENERAL BALANCEADA DURANTE LA CIRUGIA**

6. VESTIDO

¿Qué ropa utiliza cuando?: hace frío traje y gabardina hace calor traje o ropa casual

cuando llueve traje y gabardina ¿Su ropa le permite libertad de movimiento? No, **Si** ¿Expresa sentimientos a través de su ropa? No, **Si**. ¿La ropa que usa usted la elige? No, **Si**. ¿Es capaz de desvestirse y vestirse solo? No, Si. A VECES

Explore:

(Características de la ropa de acuerdo a su género, edad, uso de distintivos, limpieza y aliño debido a que se encuentra en el hospital cuenta con una bata, el considera ser comoda

Observación: **DURANTE EL PROCEDIMIENTO QUIRURGICO NO CUENTA CON BATA, LO PROTEGELA ROPA DE CIRUGIA QUE ES DESECHABLE.**

7. TERMORREGULACIÓN

¿Sabe como medir la temperatura? **Si**___ No___ ¿Presenta alteraciones de la temperatura? **No**, Si. Especifique_____ ¿Qué medidas toma para controlarla la temperatura cuando tiene alteraciones? un baño y un tempra

Explore:

Signos y síntomas relacionados con hipertermia o hipotermia (bochornos,) eutermico

Observación: **SE EXPONE A AMBIENTE FRIO Y AL FLUJO LAMINAR QUE SE REQUIERE DENTRO DE UN QUIROFANO, TIEMPO DE EXPOSICION PROLONGADO, SOLO CUENTA CON LA ROPA DE CIRUGIA QUE ES DESECHABLE**

8. HIGIENE

¿Con que frecuencia se baña? diario

¿Cada cuando se lava el cabello? diario

Después del baño ¿el cambio de ropa es? Parcial____ Total X

¿Cada cuando lava sus manos? antes de comer y antes y después de ir al baño

¿Cada cuando realiza el cuidado de las uñas? Pies cada tercer día manos cada tercer día

¿Cada cuando cepilla sus dientes? En las mañanas en las noches y después de comer

¿Para el aseo de sus dientes utiliza hilo dental? No, **Si.**

¿Utiliza prótesis dental? **No**, Si. ¿Cada cuando las asea? _____

¿Cuando realizó la última visita al Dentista? hace un mes

¿Necesita ayuda para realizar su aseo personal No, **Si.** ¿Porqué? por la pérdida de fuerza y para sentirme seguro coloco una silla al bañarme .

Explore:

(Estado de la piel y mucosas, uñas, cabello, cavidad bucal, limpieza, coloración, estado de hidratación y presencia de lesiones)Piel y mucosa oral hidratadas, cabello limpio, no hay presencia de lesiones en piel.

Observacion se realiza el lavado mecánico con isodine espuma y antisepsia con durapred, se protege zona contaminada como lo es ano con una bolsa aislando el área.

9. EVITAR PELIGROS

Prácticas sanitarias habituales:

Esquema de inmunizaciones completo: No, **Si.** Toxoide Diftérico No, **Si.** Toxoide tetánico No, **Si.**

Hepatitis No, **Si.** Neumocócica **No**, Si. Influenza **No**, Si. Rubéola Sarampión **No**, Si. Otra _____

Revisiones periódicas en el último año: 6

Exploración prostática **No**, Si. Resultado _____

Autoexploración mamaria No, Si. ¿Cada cuanto tiempo la realiza? _____

Resultado _____, Mamografía No, Si. Resultado _____ Papanicolaou No, Si.

Resultado _____,

Protección contra Infecciones de Transmisión Sexual (uso de condón) No, **Si.**

Seguimiento del plan terapéutico prescrito No, **Si.**

Automedicación No, **Si.** Nombre del medicamento: tempra, antigripales

¿Consumo de drogas de uso no médico? No, **Si.** ¿Cuál? Tramecet

Uso de medidas de seguridad: Cinturón de seguridad No, **Si.**

Uso de pasamanos No, **Si.** Uso de asideras **No**, Si. Uso de lentes de protección **No**, Si.

Aparatos protectores para la audición **No**, Si. Bastón **No**, Si.

Percepción de su imagen corporal: ¿Cómo se ve, y se siente físicamente? me gusta mi cuerpo, y me veo bien, me siento a gusto

¿Es capaz de dar solución a sus problemas? No, **Si**. ¿Es capaz de mantener su seguridad física? No, **Si**.

¿Cuenta con las medidas de seguridad?: En el trabajo No, **Si**. ¿Las utiliza? No, **Si**.

Escuela: No, Si. ¿Las utiliza? No, Si.

Casa: No, **Si**. ¿Las utiliza? No, **Si**. Otros lugares No, Si. ¿Cuáles? _____

¿Percibe algún tipo de sufrimiento? No, **Si**. ¿Cual es la causa? mi enfermedad

Observación: Alberto se encuentra bajo anestesia general balanceada, en posición de decúbito ventral, se hace uso de equipo de electrocirugía, tiempo quirúrgico prolongado.

10. COMUNICACIÓN

Idioma materno español ¿Tiene alguna alteración en los órganos de los sentidos que le impida comunicarse eficientemente? No, **Si**. ¿Cuál? Vista _____ oído _____ olfato _____ gusto _____ tacto pérdida transitoria de la sensibilidad ¿Afectación verbal? **No**, Si. Especifique: _____

Tipo de carácter: ___ Autopercepción: Optimista ___ X ___ Pesimista _____
Realista x _____ Introvertido _____ Extrovertido _____
Otro _____

¿Tiene dificultad para? Comprender **No**, Si. Aprender **No**, Si. Concentrarse: **No**, Si. Lectoescritura: **No**, Si. ¿Cómo es la comunicación con su familia? Es buena ya que en las noche en la cena siempre platicamos.

Explore:

(Características del lenguaje verbal, modelos de expresión, costumbres, cambios de expresión verbal, humor, apoyos como aparatos auditivos etc. y estado de conciencia).

Al interrogatorio su comunicación verbal es coherente, clara, concisa, con fascies de angustia.

Observación: Se muestra preocupado por no saber que pasara en su salud, manifiesta preocupación al encontrarse en un lugar desconocido y con personas desconocidas.

11. CREENCIAS Y SUS VALORES

¿Qué es importante para usted, en la vida? Mi esposa y mi trabajo

¿Además de ese valor que otras cosas son importantes? la lealtad, la solidaridad

¿Que opinión tiene de ayudar a personas desconocidas?: Ejemplos en casos de desastre doy apoyo si está a mi alcance

¿Siente que la vida le ha dado lo que usted ha esperado de ella? si ha sido buena conmigo

¿Sus creencias sobre la vida o su religión que le ayudan a enfrentar problemas? tener fe siempre es importante

Explore datos subjetivos:

Observar coherencia entre lo que la persona dice, lo que realmente hace. Ejemplo:

- Lee con frecuencia
- Usa estampas, cuadros, crucifijos, escapularios, otros
- Prácticas de oración y rezos
- Al hablar expresa peticiones u oraciones en voz alta a Dios o algún santo
- Dice ser ateo, no acepta que le hablen de nada espiritual, se ríe de creencias
- Solicita la presencia de: Sacerdote, pastor, rabino u otro guía espiritual.

Describe: Hace oración en silencio y solicita un tiempo para hacerlo.

12. TRABAJAR Y REALIZACIÓN

¿Que actividades realiza diferentes a su trabajo? ejercicio
¿Tiene alguna ocupación no remunerada? **No**, Si. ¿Cuál? _____
¿Tiene alguna capacidad diferente o limitación? No, **Si**. ¿Cuál? Al no poder movilizarme adecuadamente
¿Necesita algún cuidado especial? No, **Si**. ¿Cuál? evitar caerme
¿Su limitación es temporal? No, **Si**. ¿Puede trabajar? No, **Si**.
¿Considera usted que tiene algún tipo de dependencia? No, **Sí**. ¿De que tipo? En algunas ocasiones para poder realizar actividades cotidianas
¿A qué atribuye usted la dependencia? a mi enfermedad
¿Esto afecta su estado emocional? trato de ver las cosas positivamente
¿Tiene dificultad para integrarse socialmente? (familia, amistades, compañeros o grupos y comunidad) nunca
¿Requiere ayuda para realizar alguna actividad? No, **Si**. ¿Cuál? bañarme en algunas ocasiones
¿Requiere asistencia hospitalaria, institucional o equivalente? No **Si**.
¿Cuál? _____ ¿Con que frecuencia logra cumplir las metas que se propone? 90% ¿A que lo atribuye? constancia ¿Cuáles son sus metas de vida? desarrollarme profesionalmente y tener una familia.

Explore:(actitud) Fascies de angustia, conciente de su realidad, optimista

Observaciones Considera que su enfermedad es transitoria y cuenta con redes de apoyo en la familia y trabajo.

13. RECREACIÓN

¿Con que frecuencia se encuentra usted con ánimos de reír y divertirse? Nunca _____
Pocas veces ____ Casi siempre _____ Siempre x
¿A qué atribuye Usted este estado de ánimo? a mi forma de ver la vida
¿Qué actividades recreativas acostumbra realizar usted para divertirse? Cine x
teatro x Lectura x TV__Música x Baile x Fiesta x Reuniones con amistades y familiares x Otros _____
¿Con qué frecuencia tiene usted cambios bruscos de su estado de ánimo y fácilmente pasa de la risa al enojo o llanto? Nunca x Pocas veces _____ Casi siempre _____
Siempre _____
¿Le han diagnosticado a usted síndrome depresivo? **No**, Si. ¿Qué medicamento le indicaron? _____
¿Su estado de animo influye para realizar alguna actividad recreativa? **No**, Sí. Especifique

Observación: Alberto es sociable, le gusta compartir su tiempo, le gustan las artes, divide su tiempo para tratar de equilibrar su recreación en diversas actividades , incluso para estar solo y meditar.

14. APRENDIZAJE

¿Considera Usted que necesita adquirir nuevos conocimientos? No , **Sí** ¿Por qué? Para saber como me voy a cuidar

¿Cómo considera usted que es su capacidad de aprender? Muy Baja _____ Me cuesta trabajo pero sí aprendo _____ Regular _____ Casi no me cuesta trabajo _____ No me cuesta ningún trabajo x

¿De qué fuente adquiere conocimientos? Lectura x otras personas x Televisión x Radio _____ Cursos x Conferencias _____ Otros _____

¿Lo que ha aprendido ha modificado su estado de salud? No, **Si**.

¿Ha adquirido actitudes y habilidades para mantener su salud) No, **Si**.

Explore:

(Expresión del deseo de aprender, manifestación del interés de aprender, estado de receptividad)

Muestra mucho interés en aprender, es una gran área de oportunidad, está dispuesto al cambio, procesa en forma pronta y adecuadamente la información, indaga a través de otros medios sobre sus dudas.

Observación: El sentido de aprendizaje de Alberto es una gran área de oportunidad

