



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTÉTRICA**

TÍTULO DEL PROCESO

**“PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA APLICADO A UN ADULTO, EN ETAPA
PREOPERATORIA BASADO EN EL MODELO TEÓRICO DE VIRGINIA HENDERSON”.**

PRESENTA: CONCEPCIÓN ZARRABAL GONZÁLEZ

ASESORA: MTRA. SANDRA SOTOMAYOR SANCHEZ.



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AGRADECIMIENTOS:

Agradezco a todos los que han colaborado, ya sea directa o indirectamente a la elaboración de este trabajo en especial a la **MAESTRA SANDRA SOTO MAYOR**, que ha sido, para mí, una gran maestra, profesora y amiga, es por ello que la veo como modelo en el sentido profesional y humano, a mis asesores. Por compartir algo de sabiduría, en instruir más que a la mente, al alma.

Gracias.



JUNIO 2010.

En el Hospital General de Zona del IMSS, No. 11, “LIC. IGNACIO GARCIA TELLEZ”, de Xalapa Ver., se realizaron las prácticas clínicas del Nivelatorio a Licenciatura de Enfermería, en busca del logro de los objetivos establecidos, aplicando el proceso enfermero, basado en la teoría de Virginia Henderson y sus 14 Necesidades.

INDICE

INTRODUCCION	5
JUSTIFICACION	7
OBJETIVO GENERAL Y ESPECIFICO	8
METODOLOGIA	9
MARCO TEORICO	10
DEFINICIÓN DE ENFERMERÍA COMO PROFESIÓN	12
DEFINICIÓN DE ENFERMERÍA COMO DISCIPLINA	11
CUIDADO COMO OBJETO DE ESTUDIO	13
TEORÍA DE ENFERMERÍA	14
TEORIA DE VIRGINIA HENDERSON	17
DEFINICION POR VIRGINIA HENDERSON.	19
PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA	27
CARACTERISTICAS DEL ADULTO: BIOLOGICO, PSICOLOGICO Y SOCIAL.	56
LA MIOMATOSIS UTERINA	67
DESCRIPCION DEL CASO	71
RESULTADOS DE LA VALORACION	72
DESARROLLO DEL PROCESO DE ENFERMERIA	73
CONCLUSION	80
ANEXOS	82
BIBLIOGRAFIAS	93

INTRODUCCION

El proceso -de - enfermería es una serie de actuaciones básicas y fundamentales que se brindan a la persona, y le confiere seguridad y calidad de cuidado. Este método sistemático y planificado se basa en un complejo marco teórico cuya finalidad es reconocer el estado de salud que presenta la persona, considerando las 14 necesidades básicas del modelo de Virginia Henderson que parte de un principio importante: “todos los seres humanos tienen necesidades básicas que deben satisfacerse ya sea por sí mismo o con apoyo de la persona quien lo cuida, en este caso la enfermera”.

El Proceso Enfermero, es un método sistematizado y dinámico que se realiza, paso a paso en 5 etapas que son: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución, y evaluación, lo cual confiere no solo garantía de calidad al cuidado, sino también satisfacción y profesionalización al profesional de enfermería.

El proceso al tener un orden lógico y una aplicación primordial en la práctica profesional, permite prestar cuidados en forma racional, sistemática y sobre todo humana. El objetivo es reconocer las necesidades reales y potenciales por la que atraviesa la persona, para que de esta manera se pueda actuar y brindar un cuidado oportuno, suficiente y de calidad a la persona.

En la práctica diaria existen numerosas ocasiones donde el desempeño profesional dentro del área quirúrgica, en algunas ocasiones, la atención al paciente es impersonal y rutinario, naturalmente las necesidades o problemas individuales de la persona son ignorados. Del mismo modo a veces disponemos de ciertas indicaciones medicas o de la institución, protocolos normalizados ante una situación, autoridad delegada y no actué la enfermera con autonomía o efectué las acciones independientes que le confieren, Lo que ocurre, entonces, es que el ser humano pasa a ser tratado como un caso más, atendido por el equipo, sin tomar en cuenta la aplicación del proceso de enfermería, el cual constituye una herramienta metodológica básica para brindar cuidado de enfermería es por ello que es necesario que el personal de enfermería que brinda atención a las personas en quirófano, debe desligarse de su papel exclusivamente técnico e integrarse en el cuidado total de la persona, es aquí donde el profesional de enfermería ve a la persona con sus necesidades no el órgano afectado como otros profesionales..

Una de las características esenciales de la atención de enfermería basada en el proceso de enfermería es su carácter humanizado y sensible lo que confieren al ser humano, reconocimiento y calidad única.

El proceso de enfermería en el área quirúrgica es esencial para la individualización del cuidado lo cual es una condición imprescindible para llevar a cabo cuidados en forma armónica, segura donde se facilite los canales de comunicación entre la enfermera, persona y demás equipo de salud.

El presente proceso fue desarrollado y aplicado en el servicio de quirófano en el área de recuperación del hospital General de Zona del IMSS, No. 11, "LIC. IGNACIO GARCIA TELLEZ" de la ciudad de Xalapa Ver., previo a la intervención quirúrgica de la paciente.

El modelo en el cual fue basado dicho proceso fue el de la Enfermera Virginia Henderson, el cual enfoca las acciones, individualizando los cuidados hacia la persona, partiendo del concepto de que la persona tiene catorce necesidades básicas, las cuales debe tener un equilibrio y satisfechas para estar sano. Es por esto la importancia de establecer esquemas de valoración sistematizada con este enfoque teórico, que permitan al profesional de enfermería realizar intervenciones acertadas y oportunas en el cuidado de la persona sometido a cirugía electiva con alteraciones en la etapa pre-operatoria. La siguiente propuesta reúne los elementos fundamentales del modelo de atención de Virginia Henderson, aplicados a la valoración exhaustiva y focalizada del paciente en el periodo quirúrgico, como un intento de promover y guiar la valoración y la aplicación de conceptos metodológicos aplicando su juicio clínico al ejecutar sus actividades y controlar la evolución de su trabajo durante el trabajo enfermero desarrollado en áreas quirúrgicas.

JUSTIFICACIÓN

El Proceso Enfermero delimita el campo de acción de las enfermeras ya que la actividad va mas allá del cumplimiento de las indicaciones Médicas; además de favorecer al reconocimiento integral entre los miembros del equipo de salud y de la comunidad en general. Es aquí donde el papel de la enfermera es doble por que lleva a cabo actividades prescritas por otro profesional y aplica su juicio clínico a la hora de ejecutar esas actividades y controlar la evolución de la persona considerando las 5 etapas del proceso enfermero.

En muchos países la aplicación del proceso de enfermería es un requisito indispensable para el ejercicio del profesional de enfermería; en México adquiere mayor importancia en la formación de enfermeras y enfermeros pero aun es desconocido para muchas enfermeras que se encuentran laborando, es por ello la importancia de realizar el nivelatorio a licenciatura de todo el personal de enfermería..

El desarrollo de la teoría y su vinculación con el proceso es unas de las tareas más importantes del profesional de enfermería ya que le proporcionan conocimientos para mejorar la práctica mediante la descripción, explicación, predicción, y el control de los fenómenos.

La aplicación del proceso de enfermería en la práctica profesional confiere al profesional del cuidado, autonomía, identidad, liderazgo y por lo tanto profesionalización necesaria para cubrir las demandas de cuidado del individuo, familia y comunidad.

La elaboración de este trabajo es una gran experiencia que hemos desarrollado con un actuar muy profesional, encontrando acciones que mantenemos en forma descuidada, pero después de analizarlas, podemos aplicar los conocimientos adecuados para poder contribuir en la salud del individuo.

OBJETIVO GENERAL:

Aplicar un proceso de enfermería a un adulto en etapa preoperatoria, basado en las 14 necesidades de Virginia Henderson, con la finalidad de otorgar un cuidado holístico y de calidad que contribuya a satisfacer las necesidades reales o potenciales de salud. A la persona.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Identificar las necesidades básicas de la persona que será intervenida quirúrgicamente en el área pre operatorio, a través de la valoración
- Detectar problemas reales y de riesgo a la persona formulando diagnósticos, aplicando los planes de cuidados basados en las 14 necesidades de Virginia Henderson, apoyados en conocimientos científicos
- Aplicar los principios básicos de enfermería en la ejecución e intervención de las técnicas y procedimientos propios de la profesión.
- Favorecer el desarrollo de habilidades y actitudes necesarias para brindar cuidados enfermeros de calidad al individuo, familia y comunidad.
- Desarrollar actitudes de compromiso solidario respecto a la vida y a la salud en todas las intervenciones de enfermería.
- Aplicar un juicio crítico evaluando las acciones y las intervenciones requeridas, dando solución a las respuestas humanas de la persona.

METODOLOGIA

La elaboración de este trabajo se realizó bajo ciertas reglas sistematizadas y organizadas por personal altamente profesional de la ENEO – UNAM, lo que propició el logro de todos los objetivos planeados, siempre con una visión hacia un mejor desarrollo de la enfermería y poder brindar una atención integral a la persona y familia.

- El inicio se dio con una entrevista para la orientación de la elaboración de un trabajo para la titulación de Licenciada en Enfermería.
- Orientación sobre el desarrollo del trabajo y el tema a elegir marcando tiempo y fechas para la elaboración.
- Registro del tema elegido, basado en las 14 necesidades básicas de Virginia Henderson.
- Elección de una persona en etapa operatoria.
- Aplicación de un instrumento de valoración basado en el modelo de necesidades humanas de Virginia Henderson.
- Identificación de necesidades alteradas de la persona que se le aplicó el instrumento, Mediante:
 - A) Entrevista Clínica
 - B) La observación
- Elaboración de planes de cuidado, de acuerdo a las necesidades alteradas.
- Coordinación y revisión de los avances por vía electrónica, y personalizada con los asesores y maestros de la ENEO-UNAM.
- Revisión final por el jurado asignado.

MARCO TEÓRICO

DEFINICIÓN DE ENFERMERIA COMO PROFESIÓN.

La profesión de enfermería, a través de la historia, se ha caracterizado por la capacidad para responder a los cambios que la sociedad ha ido experimentando y en consecuencia, a las necesidades de cuidado que la población y el sistema de salud han ido demandando. Desde siempre la enfermera(o) ha cuidado a las personas apoyándolas en las circunstancias en las que su salud puede verse afectada y en las cuales no pueden responder de forma autónoma o, promoviendo la salud y previniendo la enfermedad de los individuos sanos. Con el tiempo la enfermería ha ido consolidando el objeto *su hacer* - el cuidado - a través del desarrollo del arte, la ciencia y la tecnología, pues como lo expresaba metafóricamente Dock-

“Todas las profesiones tienen muchas cosas en común, sirven para ‘algo’, pero no todas sirven a ‘alguien’, entendiendo siempre que ese alguien se refiere al ser como individuo”, con sus componentes biológicos, psicológicos, sociales, culturales y espirituales. La enfermería se ha caracterizado por ser una profesión de servicio, para ello debe desarrollar y fortalecer actitudes, aptitudes y valores que involucran el ser y que deben acompañar su hacer; esperándose así, un enfermero(a) reflexivo, crítico, comprometido, humanista, solidario, respetuoso, honesto, creativo, participativo y responsable para atender a las personas en un sistema de atención en salud que trata de atender las necesidades de los pacientes y sus familias.

Al hablar de enfermería como servicio al ser humano, sano o enfermo, la práctica cotidiana dirige su labor hacia el individuo, la familia y la comunidad, en los diferentes escenarios en los que se desarrolla. Para lograrlo, la enfermería debe apoyarse en las ciencias biológicas, sociales, humanas y la disciplina de la ética, para favorecer el desarrollo armónico del ser humano en sus diferentes espacios, fortalecer y reformar sus capacidades y potencialidades del cuidado de su salud y del logro de sus aspiraciones de vida y bienestar.

(Castrillón MC. Inv Edu Enfer 2000; 10(2):53-6) .

A la Enfermería, como profesión de servicio a las personas, le corresponde el diagnóstico y tratamiento de las respuestas humanas a los problemas de salud presentes o potenciales. Para llevar a cabo estas actividades se ha apoyado en el proceso de atención de enfermería, ya que es un método que ayuda a los profesionales a emplear sus conocimientos, solucionar problemas, desarrollar su creatividad y tener presente el aspecto humano de su profesión. Este método tiene como objetivo proporcionar cuidados de enfermería individualizados, y permitir la interacción con el sujeto de cuidado en forma holística, es decir, en sus dimensión biológica, psicológica, socio – cultural y espiritual.

(Brooks J, Kleine KA. 1995. p.13-17.)

DEFINICION DE ENFERMERIA COMO DISCIPLINA.

La enfermera para llevar a cabo su función de “cuidar” requiere la aplicación de entendimiento, conocimientos y habilidades específicas de la disciplina. Es un arte y una ciencia y utiliza conocimientos y técnicas de las ciencias físicas, sociales, médicas y biológicas, así como de las humanidades. Su responsabilidad esencial es ayudar a los individuos y grupos a funcionar de óptima en cualquier estado de salud que se encuentren. La disciplina abarca la función de “cuidar” tanto en la salud como en la enfermedad, y se extiende desde la concepción hasta la muerte. Desde hace algunos años las enfermeras/os han intentado desarrollar la práctica autónoma de la enfermería, quizás como ningún otro grupo profesional ha deseado convertir la especialidad en una disciplina científica, pocos no han sido los esfuerzos para delimitar un área particular de pensamiento que guíe la práctica, la investigación, la formación y gestión en enfermería. Por tal motivo se realizó una revisión de la literatura con la intención de describir cómo abordan distintos autores los conceptos de profesión, ciencia y holismo desde los orígenes de la especialidad así como las condiciones históricas y tendencias filosóficas que influyeron e influyen en la enfermería. Se demostró que la enfermería cumple con los criterios de profesionalización del sociólogo *Povalko*, tiene un método científico de trabajo, el Proceso de Atención de Enfermería, y un carácter profesional holístico al menos en su enfoque teórico. (Cólriere, 1993)

Según (Bárbara Kozier 1929) el cuidador es parte de un círculo complejo que desarrolla actividades que prestan apoyo a la conservación de la Dignidad del individuo que suelen llamarse “actuaciones materiales”. Así mismo (Leninger 1968) destaca que el cuidado y el amor, es decir es la esencia humanitaria que distingue la carrera de enfermería de cualquier otra. Este cuidado se orienta a la salud de una persona para mejorar su condición humana, la cual influirá en su forma de pensar, sentir y sobre todo actuar (Potter 2001).

La base teórica del presente estudio se basa en la adaptación del cuadro de necesidades de Virginia Henderson, aquí esta teórica de enfermería plantea 14 necesidades básicas. Este modelo está influenciado por la corriente del pensamiento de integración y según (Meleis 1997), se incluye dentro de las escuelas de las necesidades, están serían medio de ayuda para poder realizar la valoración e identificación de necesidades humanas afectadas en la persona.

Henderson reconoce varias influencias en su modelo conceptual algunos provienen de la fisiología Stackpole y otras del psicólogo Tharndike de ahí la complementariedad de las dimensiones biofisiológicas y psico-socioculturales según esta verosimilitud, se puede ver la influencia de Maslow, ya que Henderson presenta una lista de necesidades fundamentales de la persona. Según la concepción de Henderson, los cuidados enfermeros consiguen como principal objetivo el apoyo hacia las personas enfermas o sanas en la ejecución de las actividades relacionados con la satisfacción de sus necesidades fundamentales.

Estas personas podrían llevar a cabo estas necesidades y actividades sin ayuda si tuviesen la fuerza, la voluntad y los conocimientos necesarios (Henderson y Nite 1978) Henderson postula que la persona es un todo complejo presentado en catorce necesidades fundamentales cada necesidad tiene dimensiones de orden biofisiológico y psicocultural, toda persona tiene hacia la independencia en la satisfacción de sus necesidades fundamentales y desea alcanzarlos. Una necesidad es un registro más que una carencia (Adam 1991).

Las necesidades comunes a toda persona, enferma o sana son:

Respirar normalmente, beber y comer adecuadamente eliminar moverse y mantener la postura adecuada, dormir y descansar, vestir y desvestir, mantener una temperatura corporal normal, está limpio y aseado, evitar los peligros de entorno, comunicarse con otras personas, practicar su religión y actuar según sus creencias, ocuparse de manera que sienta útil, participar en actividades recreativas, aprender descubrir y satisfacer la curiosidad. (Henderson 1966)

El proceso de cuidado de enfermería en este trabajo fue aplicado en un caso clínico. Según (Virginia Henderson 1985) la persona es un ser integral con componentes biológicos, psicológicos y socioculturales que interactúan entre si y tienden al máximo desarrollo de su potencial .Así mismo (Rogers Parse 1981) menciona que la persona es un ser humano abierto que es más grande que la suma de sus partes y diferentes de esta libre de escoger un significado en cada situación. Participa en la creación de patrones de relación en un cambio mutuo y simultaneo con el entorno. Por otro lado Watson, la persona es un “ser en el mundo” el alma, el cuerpo, el espíritu, son influenciados por un cambio en el auto concepto (Boyd y Mast 1989) la persona se esfuerza continuamente en actualizar y establecer una armonía entre sus tres esferas la totalidad de la experiencia de una persona constituye un campo fenoménico único de la realidad subjetiva y de manera aportadora (Leninger 1988) conceptualiza a la persona como un ser que no puede ser separado de su bagaje cultural.

Sus expresiones y su estilo de vida reflejan los valores, las creencias y las prácticas de su cultura. Una persona tiene de modo natural la tendencia de cuidar a quienes lo rodean. Por otro lado si hablamos del cuidado ético en el caso de brindar ayuda a una persona esto involucraría la interacción y el contacto moral entre dos personas en el que media una solicitud, en donde hay interacción entre dos personas como parte de una relación. De lo anterior podemos deducir que la ética del cuidado es la disciplina que se ocupa de las acciones responsables y de las relaciones morales entre las personas motivadas por una solicitud y que tienen como lo último lograr el cuidado de sus semejantes o del suyo propio.

EL CUIDADO COMO OBJETO DE ESTUDIO

El cuidado es la esencia de Enfermería, estos debieran estar constituidos por acciones transpersonales e intersubjetivas para proteger, mejorar y preservar la humanidad ayudando a la persona a encontrar un significado a la enfermedad, sufrimiento, dolor y existencia y ayudar a otro a adquirir autocontrol, autoconocimiento y auto curación (Watson J. Nursing: 1985)

Los modelos y teorías de enfermería se fundamentan en una visión humanista del cuidado, como por ejemplo (Watson J. Caring: 2005.) la cual refiere que el cuidado es para la enfermería su razón moral, no es un procedimiento o una acción, el cuidar es un proceso interconectado, intersubjetivo, de sensaciones compartidas entre la enfermera y paciente. El cuidado humano debe basarse en la reciprocidad y debe tener una calidad única y auténtica. La enfermera es la llamada para ayudar al paciente, aumentar su armonía dentro de la mente, del cuerpo y del alma, para generar procesos de conocimiento de sí mismo. Desde este punto de vista, el cuidado no solo requiere que la enfermera sea científica, académica y clínica, sino también, un agente humanitario y moral, como copartícipe en las transacciones de cuidados humanos. A través de estudios transculturales (Leininger M. 2007), realiza los primeros intentos para clarificar y conceptualizar la noción del cuidado: el cuidado es para enfermería el dominio central del cuerpo de conocimiento y las prácticas... Afirma que, .el constructo cuidado se ha manifestado durante millones de años como fundamental en el crecimiento y supervivencia de los seres humanos..

TEORIA DE ENFERMERIA.

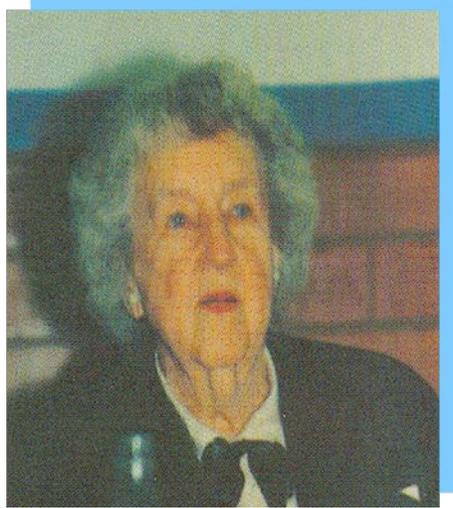
Cuando hablamos de enfermería inmediatamente surge la figura del profesional de la salud que brinda cuidados, sin embargo; es preciso cuestionarse como es que se construye o conceptualiza la enfermería, y no me refiero a como conceptualiza la enfermería la sociedad, sino a como conceptualiza la enfermería, el mismo personal de enfermería. De tal manera que planteo las siguientes preguntas: ¿Cuándo hacemos enfermería las enfermeras? ¿Qué es la enfermería?, son dos interrogantes distintas, pero que presentan una estrecha relación entre sí. La primera me ha llevado a cuestionar la conceptualización de la enfermería desde la filosofía y la ciencia, y la segunda me ha llevado a cuestionar cual es la finalidad de la enfermería como profesión. Lo primero que debemos cuestionar es si en el desarrollo de la enfermería, ésta utiliza algún tipo de razonamiento y de ser así cuales son. En efecto, en enfermería se utilizan tres tipos de razonamiento. Razonamiento lógico inductivo, razonamiento lógico deductivo y razonamiento lógico abductivo, cada uno de estos razonamiento o formas de pensar los aplicamos en nuestra vida profesional. Al instante surge una nueva interrogante, ¿para qué utilizamos las enfermeras (os) estos razonamientos? y la respuesta es para proporcionar los cuidados a los usuarios y para la decisiones en los diferentes ámbitos en que se desenvuelve el profesional de enfermería. Es así, como en un instante visualizo que el objetivo central de ejercer la enfermería, como menciona Watson, es ejercer el cuidado humano. Ahora la nueva pregunta es ¿Por qué debemos las enfermeras y enfermeros brindar cuidados humanos? Y bien, la respuesta es bastante trillada y conocida para favorecer la salud y promover el bienestar en los usuarios, siempre y cuando; el usuario presente una demanda de cuidado. Comenta que la acción de cuidar debe juzgarse solamente bajo el punto de vista del bienestar de la persona a la que se cuida. Al respecto Pastor comenta que la dimensión del cuidado de enfermería, es la acción profesional de alcanzar el bien moral, es decir la felicidad, al contribuir con todas sus fuerzas a que el paciente alcance la felicidad. Esto en virtud de que el sufrimiento del paciente afecta de alguna manera a quien brinda el cuidado. El brindar cuidados requiere de conocimientos teóricos, prácticos y deontológicos, del conocimiento de medios para poder proporcionarlos y del planteamiento de objetivos terapéuticos de enfermería dirigidos a mejorar la calidad de los usuarios a los cuales brinda un servicio. Es así que al brindar cuidados el profesional de enfermería deberá considerar no solo la satisfacción de necesidades generadas por una enfermedad o situación de enfermedad, deberá considerar la dignidad humana de los usuarios. Al hablar de dignidad Pastor menciona que es un derecho que todo hombre tiene a que se le reconozca como un ser que es un fin en sí mismo y no como un simple medio al servicio de los fines de otro. Hasta este momento, he intentado no perder de vista las dos primeras preguntas que planteo al inicio del escrito ¿Cuándo hacemos enfermería las enfermeras? ¿Qué es la enfermería? Y considero que la primera tiene una respuesta, las enfermeras (os) hacemos enfermería cuando ejercemos el cuidado humano, considerando

dentro del cuidado humano todas las implicaciones anteriores. Al respecto Watson (1983), refiere que el cuidado humano al brindarse debe considerar ciertas características: El cuidado es una práctica interpersonal El personal de enfermería necesita identificar una necesidad humana que pueda ser satisfecha por un enfermero (a), a esto Orem, (1993) se le denomina paciente legítimo. Se debe tener previsto obtener un resultado del ejercicio del cuidado humano (salud, bienestar).

El profesional de enfermería que brinde el cuidado deberá ser capaz de visualizar al usuario desde un enfoque integral (biopsicosocial), considerando que el ser humano es un ser individual con características y necesidades particulares. El ejercicio del cuidado humano es el eje central de la enfermería. El cuidado humano proporcionado por el profesional de enfermería identifica dentro de esta relación una serie de conceptos que muestran relaciones entre sí: Usuario/paciente: Entorno/contexto: Necesidad de ayuda: Enfermería/cuidados: Objetivo-Salud - Bienestar: Código de conducta que regule la acción de cuidar: Conocimiento: Dentro de estos conceptos se pueden identificar claramente los considerados dentro del metaparadigma enfermero, pero de ¿Dónde surgió este metaparadigma? El metaparadigma está integrado por una serie de conceptos, cuatro para ser más específicos, diversos autores los han abordado (Chinn, 1983; Fawcett, 1984; 1985, Leddy y Pepper, 1985; Flaskerud, 1980; Newman, 1983), pero la pregunta es ¿Por qué estos y no otros conceptos? Considerando lo que menciona Bateson (1972) el metaparadigma enfermero surge de lo que perciben las investigadoras en enfermería, de la forma en que relacionan los conceptos y de la manera en que proporcionan el cuidado dirigido al ser humano. Es decir las enfermeras empezaron a dar significado a sus observaciones y a analizar la manera de vivenciar el cuidado. De tal forma que las enfermeras empezaron estudiar la manera de conocer, pensar y decidir. Aquí podemos mencionar que autores como ---- han mencionado los tipos de razonamiento que común mente utiliza el personal de enfermería en el desarrollo de la práctica (razonamiento lógico inductivo, deductivo y abductivo) y por medio estos han intentado explicar la construcción de la realidad profesional de la enfermería. En otras palabras las enfermeras empezaron a estudiar las técnicas analíticas y críticas que definen los límites de sus conocimientos. Sin embargo, la enfermería abarca aspectos no solo técnicos o teóricos, sino también aspectos socioculturales, y fue en este momento donde no solo cuestionaron ¿cuál era el sujeto de estudio? Sino ¿cómo se relacionaban con el sujeto de estudio? De esta manera las enfermeras iniciaron con el proceso de construcción del conocimiento enfermero. De lo anterior es que surge la propuesta de cada uno de los paradigmas que hoy constituyen el metaparadigma enfermero. Claro ejemplo de esto es lo mencionado por Walter (1971) donde explica que enfermería se puede enmarcar en términos de cuatro categorías o subgrupos: personas que brindan cuidado, personas con problemas de salud que reciben cuidado, el contexto en el cual se provee el cuidado y un estado final; el bienestar. Al respecto Yura y Torres (1975) explican que en numerosos análisis de programas de enfermería a nivel profesional, en sus marcos conceptuales, hilos integradores, fueron: hombre, sociedad, salud y enfermería. Para Fawcett (1978) las unidades persona, ambiente, salud y cuidado de enfermería especifican claramente el

fenómeno de interés de la ciencia enfermera. Más recientemente Flaskerud (1980) explica que las cuatro áreas conceptuales de enfermería son el ambiente en el cual existe la persona, el proceso continuo de salud enfermedad en el que se encuentra la persona en el momento de la interacción con la enfermera y finalmente las acciones mismas de enfermería. Newman (1983) plantea que el dominio de enfermería siempre ha incluido la enfermería, el paciente, la situación en que se encuentran y el propósito por cual están juntos. En términos formales los componentes más importantes del paradigma de enfermería son: enfermería, cliente, ambiente y salud. Quizá entonces, la respuesta a la pregunta ¿Por qué estos y no otros conceptos? se da a partir de que en las investigaciones realizadas los conceptos que se identifican con mayor frecuencia son los ya mencionados y que la importancia de cada concepto radica en las relaciones que se dan entre los conceptos de usuario, contexto, cuidado humano y salud-bienestar y es en las relaciones entre los conceptos que radica la importancia de estos, no en el estudio individualizado de cada uno de ellos. De esta manera las enfermeras al interrelacionar los conceptos visualizan que para proporcionar cuidado humano debe existir una relación entre enfermera (o)-usuario y que está implica un proceso de cambio, aprendizaje y evolución. Por medio de estos cuatro aspectos la enfermería empieza a establecer las distinciones entre conceptos y a establecer las diferencias e interrelaciones entre cada uno. Así la enfermería comienza a distinguir la pauta para interpretar y explicar su propia realidad profesional. El punto de partida de la epistemología enfermera es, entonces, que se parte de la distinción de conceptos previamente observados, los cuales podrán ser descritos.

TEORIA DE VIRGINIA HENDERSON

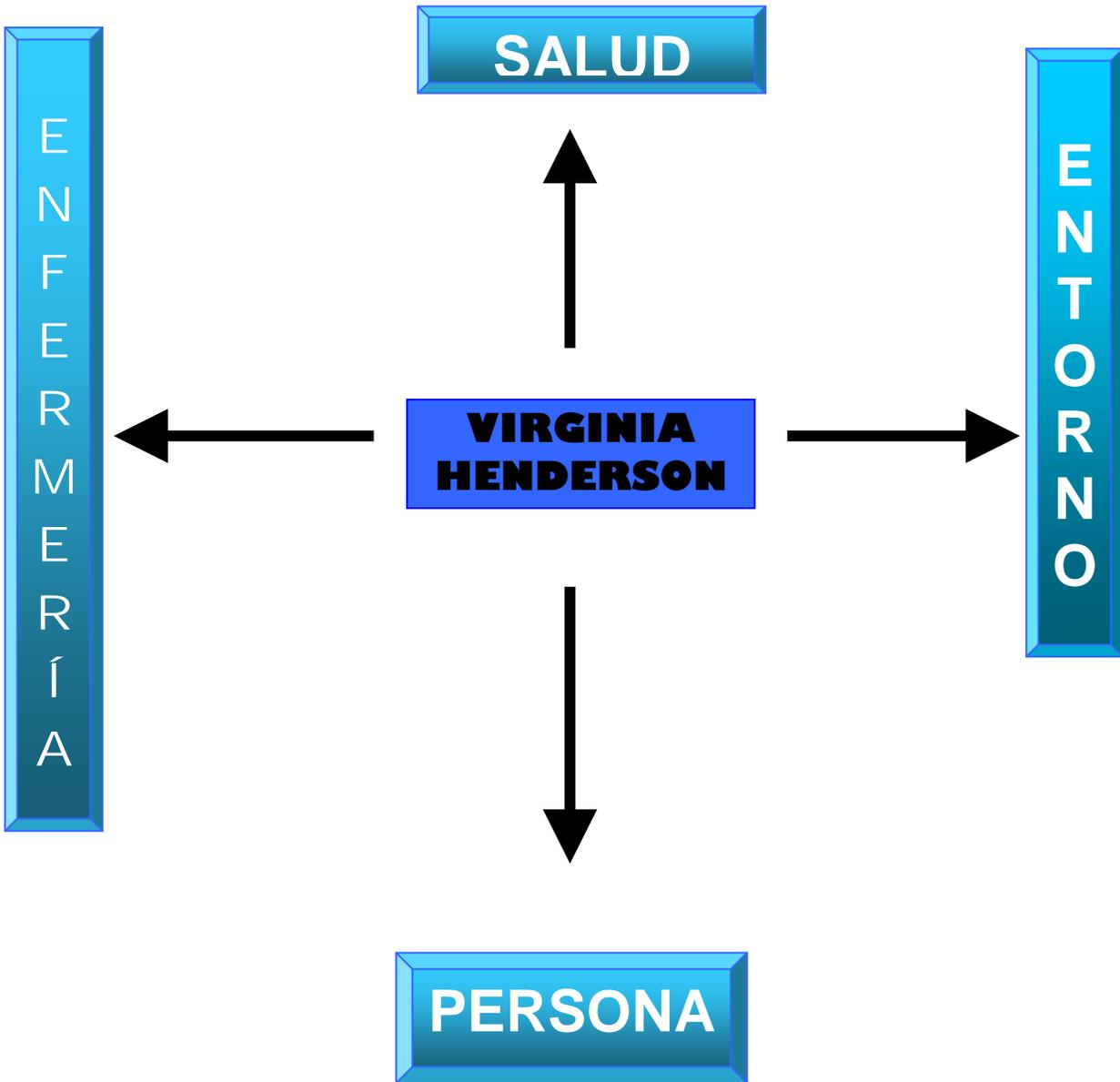


VIRGINIA HENDERSON

(ANTECEDENTES)

- Nació en 1897, Kansas City, Missouri.
- 1918, ingresó a la Escuela de Enfermería del Ejército, Washington.
- 1921, se graduó y trabajó como enfermera en Nueva York.
- 1922, inició carrera docente, Hospital Virginia.
- 1929, cargo de supervisora pedagógica.
- 1955, 4a edición del libro Principios y Práctica de Enfermería.
- 1966, publicó Principios y Práctica de los Cuidados de Enfermería, 20 idiomas.
- 1988, ANA recibió mención de honor.
- Falleció de muerte natural a los 98 años.
- Virginia Henderson significó para el s. XX lo que Florence Nightingale para el s. XIX

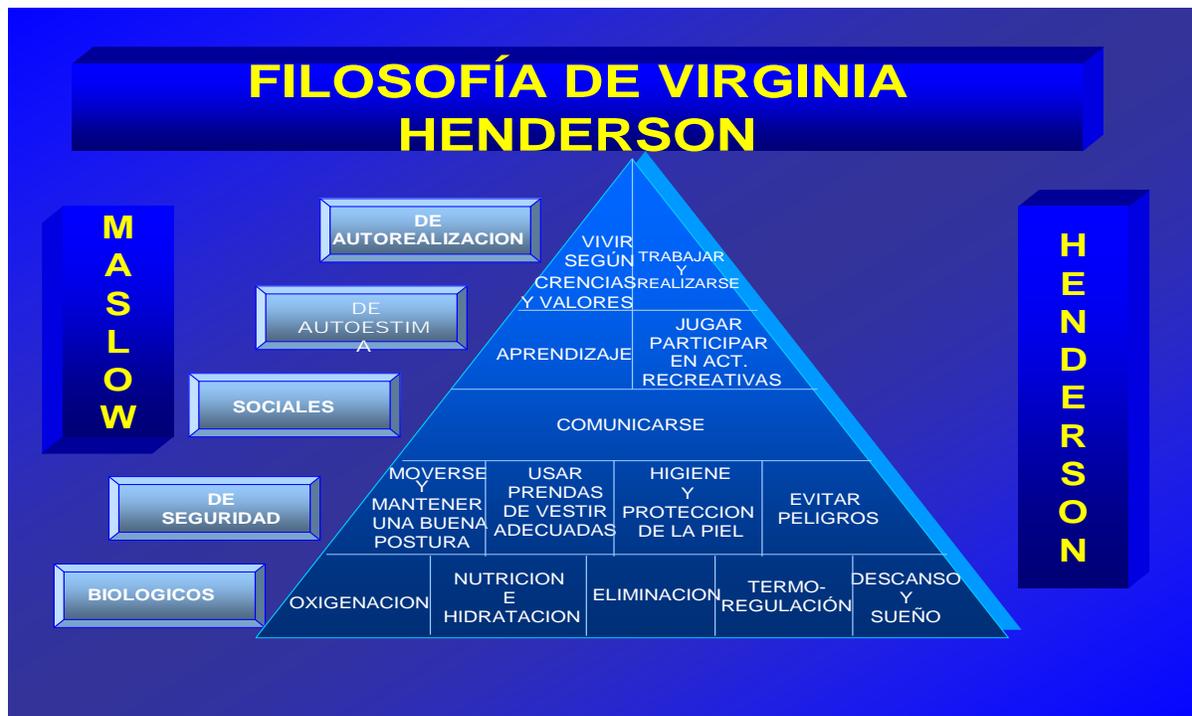
PARADIGMA



DEFINICIÓN DE ENFERMERIA POR VIRGINIA HENDERSON:

La enfermera tiene como única función ayudar al individuo sano o enfermo en la realización de aquéllas actividades que contribuyan a su salud o recuperación (o una muerte tranquila) que realizaría sin ayuda si tuviera la fuerza, voluntad o conocimientos necesarios.

FILOSOFÍA DE VIRGINIA HENDERSON



La N.a.n.d.a. en la novena conferencia en marzo de 1990 ha definido Diagnóstico de Enfermería así: "Es un juicio clínico sobre las respuestas del individuo, la familia o la comunidad a procesos vitales y problemas de salud reales o potenciales". Los Diagnósticos de Enfermería son la base para seleccionar la intervención de enfermería en forma independiente y prescribir el tratamiento para resolver el problema sin acudir a otro profesional del equipo de salud. Actualmente los diagnósticos enfermeros de la nanda -1 2007-20098 definiciones y clasificaciones tienen 15 nuevos diagnósticos y la revisión de otros 26 un total de 188 para la práctica de la enfermera. (<http://www.nanda.org>)

VIRGINIA HENDERSON

1. MODELO DE VIRGINIA HENDERSON (1955)

Este modelo, junto con el de Dorotea E. Orem, es el más conocido y trabajado en nuestro entorno. He escogido este modelo para proponer su instauración a la práctica porque es el modelo que mejor se adapta a nuestro contexto sociocultural, porque se centra en la función propia de la enfermera, entendida como una manera de que el profesional comprenda las necesidades del ser humano y pueda ayudarle a solucionarlas y a llevar su vida de forma tan normal y productiva como sea posible aun durante la enfermedad.

En muchos centros asistenciales, los documentos de recogida de datos están organizados según éste modelo, y la definición de lo que para ella es la función de la enfermera ha merecido el reconocimiento internacional por parte del Consejo Internacional de Enfermeras que ha hecho suya esta definición.

El impacto que ha dejado su modelo en la enfermería se vio reconocido por el nombramiento de Profesora Honorífica que le concedió la Universidad de Barcelona en el año 1988

2. BREVE RESEÑA BIBLIOGRÁFICA.

V. Henderson nace en 1897 en Kansas City y muere en marzo de 1996. Fue en 1921 cuando se gradúa como enfermera en la escuela del ejército, y al año siguiente inicia su trayectoria como docente que completa con la investigación, y que no abandona hasta su muerte. Su primera publicación fue la revisión del *textbook of the Principles and Practice of Nursing*. En el que ella incorpora algunas ideas propias.

En el texto *The Nature of Nursing*, editado en 1966, describe su modelo y formula, la definición de la función Única de la enfermería.

3. DEFINICIÓN DE LOS CONCEPTOS METAPARADIGMÁTICOS DEL MODELO.

- **PERSONA:** Ser constituido por unos componentes biológicos, psicológicos, sociales y espirituales que tratan de mantenerse en equilibrio. Estos componentes son indivisibles y por tanto la persona se dice que es un ser integral.
- **SALUD:** Independencia de la persona en la satisfacción de las catorce necesidades fundamentales.
- **ENTORNO:** Factores externos, que tienen un efecto positivo o negativo sobre la persona. El entorno es de naturaleza dinámica.
- **CUIDADO:** Está dirigido a suplir los déficits de autonomía del sujeto para poder actuar de modo independiente en la satisfacción de las necesidades fundamentales.
- **NECESIDAD:** Debe considerarse en términos de requisito y no de requerimiento. Para Henderson la necesidad podríamos decir que es antes que el problema, por tanto, el problema es tal porque partimos del requisito que marcan las catorce necesidades.
- **INDEPENDENCIA:** “el nivel óptimo de desarrollo del potencial de la persona para satisfacer las necesidades básicas de acuerdo con la edad, el sexo, la etapa de desarrollo en la que se encuentre cada persona”. No hay que confundirlo con **autonomía:** capacidad física e intelectual que permite a la persona satisfacer sus necesidades mediante acciones que ella misma lleva a cabo.
- **DEPENDENCIA:** Estado en el cual un sujeto no tiene desarrollado suficientemente, o inadecuado, el potencial del que dispone para satisfacer las necesidades básicas.

4. LAS 14 NECESIDADES DE VIRGINIA HENDERSON.

1. Respirar normalmente:

Captar oxígeno y eliminar gas carbónico.

Enfermera: debe averiguar los hábitos del cliente y planificar las intervenciones.

2. Comer y bebe de forma adecuada:

Ingerir y comer alimentos de buena calidad en cantidad suficiente para asegurar su crecimiento, el mantenimiento de sus tejidos y la energía indispensable, para su buen funcionamiento.

Enfermera: averiguar los hábitos del cliente, planificación en la elección de los alimentos, teniendo en cuenta las preferencias y los hábitos alimentarios del cliente y sus necesidades. Enseñanza acerca de los alimentos y de la nutrición.

3. Eliminar por todas las vías:

Deshacerse de las sustancias perjudiciales e inútiles que resultan del metabolismo.

Enfermera: averiguar los hábitos de eliminación del cliente, planificación de los horarios de eliminación teniendo en cuenta las actividades del cliente; enseñanza de ejercicios físicos, técnicas de relajación conocimiento de los alimentos y de los líquidos favorables a la eliminación.

4. Moverse y mantener una postura adecuada:

Estar en movimiento y movilizar todas las partes del cuerpo, con movimientos coordinados, y mantenerlas bien alineadas permite la eficacia del funcionamiento del organismo y de la circulación sanguínea.

Enfermera: averiguar las necesidades de ejercicio del c., planificación de un programa de ejercicios para el cliente teniendo en cuenta su condición física; enseñanza de ejercicios físicos moderados, técnicas de relajación y de descanso; procurar que el cliente evite comidas copiosas, tabaquismo, sobrepeso.

5. Dormir y descansar:

Enfermera: averiguar la cantidad y la calidad de sueño y reposo necesarias para el individuo; planificación de periodos de reposo y de sueño; enseñanza de técnicas de relajación, de medios para favorecer el sueño y el reposo, de un modo de vida regular.

6. Elegir ropas adecuadas, vestirse y desvestirse:

Llevar ropa adecuada según las circunstancias para proteger su cuerpo del clima y permitir la libertad de movimientos.

Enfermera: averiguar los gustos y el significado de la ropa para el cliente; enseñanza del tipo de ropa requerido según el clima, las actividades, etc.

7. Mantener la temperatura corporal:

La oscilación normal se sitúa entre 36,1°C y 38°C.

Enfermera: a) con el calor: reducción de alimentos en cantidad y calóricos, ingesta de líquidos y alimentos fríos, disminución de los esfuerzos físicos, ventilación adecuada, indumentaria ancha y blanca. b) con el frío: aumento de alimentos en cantidad y calóricos, ingesta de líquidos y alimentos calientes, ejercicios musculares, calefacción, ropa gruesa.

8. Mantener la higiene corporal y la integridad de la piel:

Enfermera: averiguar los hábitos higiénicos del cliente; planificación de hábitos higiénicos con el cliente; enseñanza de medidas de higiene:

9. Evitar los peligros del entorno:

Protegerse de toda agresión interna o externa, para mantener así su integridad física y psicológica.

Enfermera: mantener un medio sano; enseñanza frente: prevención de accidentes, infecciones, enfermedades, a tener medios de expansión, utilización de mecanismos de defensa según las situaciones.

10. comunicarse con los demás:

Proceso dinámico verbal y no verbal que permite a las personas volverse accesibles unas a las otras.

Enfermera: averiguar con el cliente sus medios de comunicación: enseñanza: medidas para mantener la integridad de los sentidos, medios de expresar sus emociones y sentimientos, etc.

11. Actuar de acuerdo con la propia fe.

Enfermera: expresión del cliente de sus creencias y valores; planificación de actividades religiosas con el cliente; informarle sobre los servicios ofrecidos por la comunidad.

12. Llevar a cabo actividades con un sentido de

Autorrealización:

Las acciones que el individuo lleva a cabo le permiten desarrollar su sentido creador y utilizar su potencial al máximo:

Enfermera: averiguar los gustos y los intereses del cliente; sugerir diversos medios puestos a su disposición para realizarse.

13. Actuar en actividades recreativas:

Divertirse con una ocupación agradable con el objetivo de obtener un descanso físico y psicológico.

Enfermera: averiguar los gustos y los intereses del cliente; planificación de actividades recreativas; e enseñanza de: actividad recreativa, de medios de precaución seguros.

14. Aprender:

Adquirir conocimientos y habilidades para la modificación de sus comportamientos.

Enfermera: averiguar las necesidades de aprendizaje del cliente; elaboración de objetivos de aprendizaje con el cliente; motivación del cliente frente al aprendizaje; enseñanza al cliente de: recursos, de medios para aprender; ayuda aportada al cliente durante el desarrollo del aprendizaje; verificación con el cliente de la consecuencia de los objetivos.

5. ENUNCIADOS TEÓRICOS.

- *DEFINICION DE LA FUNCION DE ENFERMERIA:*

“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 él mismo si tuviera la fuerza, conocimiento o voluntad necesaria, Todo esto de manera que le ayude a ganar independencia de la forma más rápida posible”.

- *RELACION CON EL PACIENTE EN EL PROCESO DE CUIDAR:*

1. Nivel sustitución: la enfermera sustituye totalmente al paciente.

2. nivel de ayuda: la enfermera lleva a cabo sólo aquellas acciones que el paciente no puede realizar

3. Nivel de acompañamiento: la enfermera permanece al lado del paciente desempeñado tareas de asesoramiento y reforzado el potencial de independencia del sujeto y como consecuencia su capacidad de autonomía.

- *RELACION DE LA ENFERMERA CON EL EQUIPO DE SALUD:*

Será una relación de respeto y nunca de subordinación, puede ocurrir la sola pasión de las funciones de todos ellos.

- *EQUIPO DE ATENCION INCLUYE AL PACIENTE Y A SU FAMILIA:*

Ambos participan en el proceso de cuidar modificando su participación en función de las condiciones que se den en cada momento concreto. Siempre se tratara de que ambos alcancen e máximo nivel de independencia en el menor tiempo posible.

6. CLASIFICACIÓN:

Paradigma de integración. Es un modelo considerado de tendencia humanista y de tendencia de suplencia o ayuda, es un modelo ampliamente difundido por su característica de generalidad, sencillez y claridad.

Henderson define a la enfermería en términos funcionales como : " La única función de una enfermera es ayudar al individuo sano y enfermo , en la realización de aquellas actividades que contribuyan a su salud , su recuperación o una muerte tranquila , que éste realizaría sin ayuda si tuviese la fuerza , la voluntad y el conocimiento necesario . Y hacer esto de tal forma que le ayude a ser independiente lo antes posible"

*** Los elementos más importantes de su teoría son :**

La enfermera asiste a los pacientes en las actividades esenciales para mantener la salud, recuperarse de la enfermedad, o alcanzar la muerte en paz.

Introduce y/o desarrolla el criterio de independencia del paciente en la valoración de la salud.

Identifica 14 necesidades humanas básicas que componen "los cuidados enfermeros", esferas en las que se desarrollan los cuidados.

Se observa una similitud entre las necesidades y la escala de necesidades de Maslow , las 7 necesidades primeras están relacionadas con la Fisiología , de la 8ª a la 9ª relacionadas con la seguridad , la 10ª relacionada con la propia estima , la 11ª relacionada con la pertenencia y desde la 12ª a la 14ª relacionadas con la auto-actualización

EL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

La aplicación del método científico en la práctica asistencial enfermera, es el método conocido como proceso de Atención Enfermería (P.A.E.). Este método permite a las enfermeras prestar cuidados de una forma racional, lógica y sistemática.

El Proceso de Atención de Enfermería tiene sus orígenes cuando, por primera vez, fue considerado como un proceso, 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. Es un sistema de planificación en la ejecución de los cuidados de enfermería, compuesto de cinco pasos: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación. Como todo método, el PAE configura un número de pasos sucesivos que se relacionan entre sí. Aunque el estudio de cada uno de ellos se hace por separado, sólo tiene un carácter metodológico, ya que en la puesta en práctica las etapas se superponen:

- Valoración: es la primera fase del proceso de Enfermería que consiste en la recogida y organización de los datos que conciernen a la persona, familia y entorno. Son la base para las decisiones y actuaciones posteriores
- Diagnóstico de Enfermería. Es el juicio o conclusión que se produce como resultado de la valoración de Enfermería.
- Planificación. Se desarrollan estrategias para prevenir, minimizar o corregir los problemas, así como para promocionar la Salud.
- Ejecución. Es la realización o puesta en práctica de los cuidados programados.
- Evaluación. Comparar las repuestas de la persona, determinar si se han conseguido los objetivos establecidos

Los objetivos

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

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.

El desarrollo del PAE :

Hace falta una interacción entre el personal de enfermería y el paciente además de tener una serie de capacidades :

Capacidad técnica (manejo de instrumental y aparataje).

Capacidad intelectual (emitir planes de cuidados eficaces y con fundamento científico).

Capacidad de relación (saber mirar, empatía y obtener el mayor número de datos para valorar).

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

Para el paciente son:

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

Para la enfermera:

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

Las características:

Tiene una finalidad: Se dirige a un objetivo.

Es sistemático: Implica partir de un planteamiento organizado para alcanzar un objetivo.

Es dinámico: Responde a un cambio continuo.

Es interactivo: Basado en las relaciones recíprocas que se establecen entre la enfermera y el paciente, su familia y los demás profesionales de la salud.

Es flexible: Se puede adaptar al ejercicio de la enfermería en cualquier lugar o área especializada que trate con individuos, grupos o comunidades. Sus fases pueden utilizarse sucesiva o conjuntamente.

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

* **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, éstos 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 adquiriera 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.

Tipos de datos a recoger :

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

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

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

B) La observación :

En el momento del primer encuentro con el paciente, la enfermera comienza la fase de recolección de datos por la observación, que continua a través de la relación enfermera-paciente.

Es el segundo método básico de valoración, la observación sistemática implica la utilización de los sentidos para la obtención de información tanto del paciente, como de cualquier otra fuente significativa y del entorno, así como de la interacción de 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 utilicemos.

*** VALIDACIÓN DE DATOS :**

Significa que la información que se ha reunido es verdadera (basada en hechos). Esto es la que debemos asegurar, 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 diagnosticas y los tratamiento 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
-

*** 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 alterativas como hipótesis
- Síntesis es la confirmación, o la eliminación de las alternativas.

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

C. 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 quehacer 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 currículum básico debe iniciarse y continuarse de forma coherente, y prolongarse de forma progresiva a lo largo de todo el currículum. 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 interdisciplinar.
-
- **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 las cosas reales de los servicios de Enfermería, y consecuentemente, las cosas 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.
- **Alto Riesgo:** es un juicio clínico de que un individuo, familia o comunidad son más vulnerables a desarrollar el problema que otros en situación igual o similar. Para respaldar un Diagnóstico potencial se emplean los factores de riesgo. 1.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 consensuada mente 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, donde, 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, concepciones, 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 diagnóstico 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 (Iyer1989), 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, en torno 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 y el médico.

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

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

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

Veremos de manera resumida y genérica las acciones de enfermería que encontramos en un plan de cuidados :

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

Y también, la determinación de actividades de enfermería para los problemas interdependientes, 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.

standarizado: 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 informatización 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.

De forma resumida y siguiendo a 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.

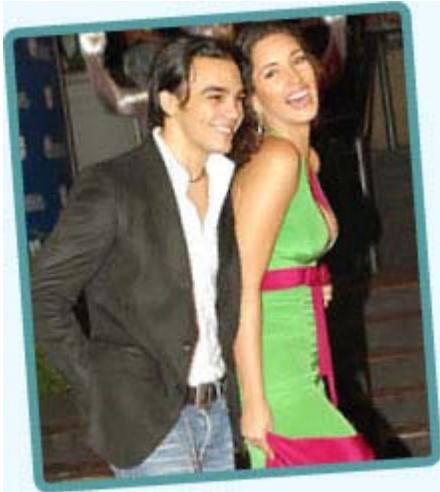
La evaluación se lleva a cabo sobre las etapas del plan, la intervención enfermera y sobre el producto final.

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 necesaria se encontrará en la historia clínica,

Una característica a tener en cuenta en la evaluación es, que ésta es continua, así podemos detectar como va evolucionando el cliente y realizar ajustes o introducir modificaciones para que la atención resulte más efectiva.

CARACTERISTICAS DEL ADULTO: BIOLOGICO, PSICOLOGICO Y SOCIAL.

Desarrollo de la edad adulta



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.

La adultez es la etapa comprendida entre los 18 y los 60 años aproximadamente. En esta etapa de la vida el individuo normalmente alcanza la plenitud de su desarrollo biológico y psíquico. Se consolida el desarrollo de la personalidad y el carácter, los cuales se presentan relativamente firmes y seguros, con todas las diferencias individuales que pueden darse en la realidad.

De este modo la edad adulta constituye un período muy extenso dentro del ciclo vital, dividido generalmente en dos etapas: **Adultez Temprana** y **Adultez Media**.

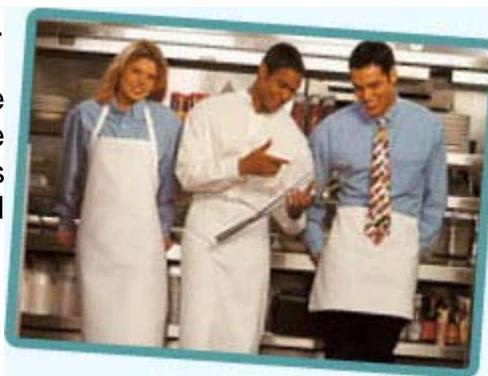
Adultez Temprana o Adulto Joven: Desde los 18 hasta los 30/40 años aprox. Es el comienzo de la mayoría de edad. Muchos caracterizan la adultez temprana como el período que va desde los 18 años (cuando se es legalmente adulto) hasta el momento en que el individuo encuentra empleo y asume sus roles familiares: funda una familia, tiene hijos, entre otros.

Características:

- En lo biológico, las funciones están en su máximo funcionamiento, están estables, lo que se traduce en seguridad, poder y dominio, hay fortaleza, energía y resistencia física.

Un funcionamiento intelectual consolidado.

- A nivel 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.



- 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.

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, auto identidad, 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 del tiempo solo, 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.

Adultez Media:

Desde los 30/40 hasta los 45/60 años aprox.

En esta etapa las personas participan plenamente en las actividades sociales. Se ingresa en la vida profesional. Las principales preocupaciones son encontrar un trabajo permanente y encontrar cónyuge para formar un hogar. Se consolidan los roles sociales y profesionales.



Características:

- Descenso de habilidades sensoriales y capacidad física.
 - Periodo fructífero del trabajo profesional y creativo.
 - Tensiones del trabajo afectan bienestar físico y emocional.
 - Se encuentran atrapados entre cuidado de adolescentes y ser padres ancianos.
 - Se da una relativa estabilidad a nivel material y en el campo de las relaciones sociales.
- Con la experiencia se logra una mayor integración del conocimiento. La eficiencia

se relaciona con la experiencia.

- Integración de la personalidad: se es menos vulnerable a las presiones externas, se saben manejar mejor.

Después de los 30 empieza un ligero declive de las funciones físicas. Se mantienen en esta etapa los roles sociales y profesionales. Es un período especialmente propenso para echar la vista atrás y ver que ha sido de los sueños, ilusiones y proyectos anteriores.

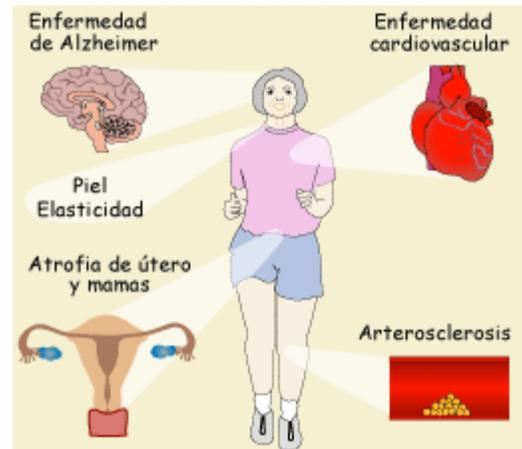
Se trata también de una etapa de gran productividad, especialmente en la esfera intelectual y artística, y es en definitiva el período en el que se consigue la plena autorrealización.

Cambios Físicos:

- Aparecen las canas, calvicie, sequedad cutánea (arrugas).
- Disminución de la fuerza muscular y de la velocidad de reacción.
- Acumulación de tejido adiposo en determinados sectores del cuerpo.
- Estos cambios no implican una pérdida de las funciones, sino que estas disminuciones implican la generación de cambios en los hábitos de vida.

En la Mujer:

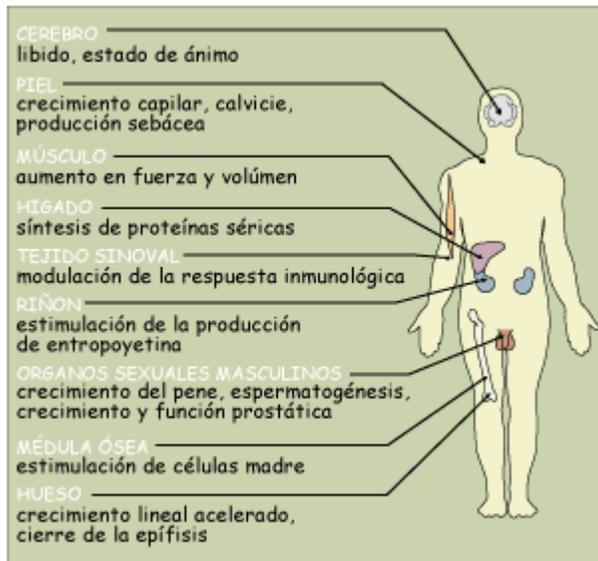
- Físicamente, en la mujer se vive la menopausia (45-50).
 - Disminución fluctuante.
 - Aquí si se da la pérdida de una función: la capacidad reproductora. Mal genio, labilidad, falta de energía. Desajuste en relación al equilibrio anterior.
- ¿Sintomatología física (cambios) y psicológica? ¿Me estoy poniendo vieja, ya no puedo tener más hijos?



La mujer va a vivir mucho más aceptadamente la vejez, siempre que no haya centrado su autoestima en el atractivo físico.

En el Hombre:

- Andropausia en los hombres: disminución de la hormona masculina (testosterona).
- Disminución en la cantidad de espermatozoides y su velocidad.
- Disminuye la frecuencia de las



relaciones sexuales.

- Con la pérdida de la testosterona se da una cierta inestabilidad sexual, se requiere más estimulación y apoyo de parte de la pareja.

Todos estos cambios generan mucha angustia y duelo por el cuerpo joven. Refuerzan la conciencia de la vejez y la muerte próxima, para esto se debe generar un proceso de aceptación de la nueva imagen física, y que los cambios sean integrados a la personalidad.

Cambios Emocionales y Personales:

El cambio por el lado sexual conduce a manifestaciones más afiliativas y afectivas en los hombres, incorporando características femeninas a su personalidad, mientras que las mujeres aparecen como más agresivas y asertivas. Erikson habla de que en esta etapa la persona atraviesa el conflicto entre generatividad y estancamiento, donde la generatividad implica el dar lo más auténtico, lo propio, aquello que ha pasado por la propia experiencia y se manifiesta en los hijos, valores, trabajo y la relación con los demás. Cuando tal enriquecimiento falta por completo, tiene lugar un sentimiento de estancamiento y empobrecimiento personal, llevando a invalidez física o psicológica.

Debido a esto, se produce una reorganización o reestructuración de la identidad, redefinición de la imagen corporal (crisis, canas, calvicie, entre otros), redefinición de las relaciones con los padres (si todavía están vivos), los hijos y la pareja, evaluación de los planes que se proyectaron desde la adolescencia, reconocimiento de que queda poco por vivir, lo que genera cuestionamientos acerca de lo que se ha hecho y lo que queda por hacer.

Crisis de la Edad Media:

La fase anterior a la crisis es un período muy estable, existe un alto control de sí mismo, los impulsos no presionan por salir. Se debe lidiar con la sociedad y el mundo. En esta etapa aparece el balance personal y un reajuste de expectativas y sueños, teniendo en cuenta las posibilidades del contexto. Surge el dolor por lo no realizado, una preocupación por la necesidad de sentirse joven, lo que puede llevar en algunos casos a la "crisis de la mitad de la vida". Enfrentar la posibilidad de ser superado por los hijos. También se sufre al saber que ya no se es fuente de identificación de los hijos; ellos reconocen defectos y critican abiertamente.

Lo más sano sería ser capaz de aceptar y sentirse gratificados por el proceso de autonomización de los hijos. Además, se debe tolerar ser objeto de evaluación.

Factores Psicosociales:

El logro de la estabilidad, más los cambios físicos propios de esta etapa, generan una fase de introversión que se relaciona con el proceso de individuación (descrito por Jung). Al haber dominado las presiones externas se pueden dedicar la energía al conocimiento de sí mismo. Debido a esto, se espera que el adulto medio se conozca más, que el sí mismo se vuelva más auténtico, en el sentido de que se tiene una visión más realista de la vida. Se viven procesos de duelo (cómo era antes, cómo soy ahora, qué me queda por vivir). Las relaciones con el mundo externo se hacen más selectivas.

Las personas adultas son más conscientes de sus limitaciones, tienen miedo al fracaso. En esto juegan un papel muy importante la experiencia anterior, los éxitos y fracasos. Existe una mayor tolerancia a la frustración. Valoración más alta de la paciencia.

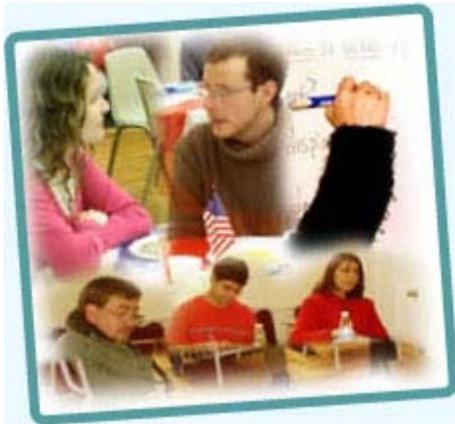
Las funciones del Yo se vuelven más eficientes, pues se puede vivir estados emocionales sin desbordarse ni perjudicar a otros. Los cambios ponen a prueba la madurez de la personalidad.

Aprendizaje y Motivación:

La capacidad de aprendizaje depende de la motivación y de los intereses de las personas más que de su inteligencia. Las personas adultas, en general, tienen menos curiosidad para aprender cosas nuevas. Aprenden porque quieren, libre y voluntariamente, en la medida en que están motivadas para ello.

Motivaciones Extrínsecas:

- Solucionar problemas o necesidades concretas.
- Adaptación profesional (necesidad de la titulación).
- Promocionarse en el trabajo y lo que supone como promoción social. Debido a esto, el desarrollo tecnológico ha complicado la vida profesional e impone un continuo reciclaje.
- Ayudar a los hijos en los estudios.



Motivaciones Intrínsecas:

- La satisfacción personal y aumentar el sentido de autoestima.
- Abrirse nuevos caminos en la rutina diaria, para desarrollar una vida más plena.
- Mayor seguridad en el medio personal tanto familiar como profesional.
- Adaptarse a los cambios sociales.

El Trabajo:

Se perciben limitaciones de los proyectos personales hacia atrás y hacia el futuro (queda poco tiempo). Se teme a la competencia de las generaciones nuevas.

Es una fase de consolidación de la carrera (3 etapas):

1. Al hacer la revisión, el adulto medio toma conciencia de cuáles son las metas.
2. Cuales se realizaron y cuáles no.
3. Qué proyectos me gustaría realizar.

Lleva a cabo planes y proyectos. Se trata de reorientar creativamente la energía. Se desarrolla la sensación de continuidad del propio proyecto. Se asume el rol de tutor, más liderazgo respecto a las generaciones nuevas. Posibilita desarrollar diferentes aspectos de sí mismo, tanto al tutor como al tutelado. Esto permite que el tutor se sienta valorado en lo profesional. Posibilita la sublimación de aspectos agresivos frente a los más jóvenes. El rol de tutor supone la capacidad de identificarse con los logros de las personas más jóvenes, fortalece sus habilidades, lo apoya, guía y aconseja, facilitando el desarrollo general. Sirve como modelo en distintos ámbitos.

Pareja:

Se requiere un reordenamiento de la vida matrimonial, por el fenómeno del nido vacío. Ahora se pueden abordar temáticas que antes no se podía por dedicación a los hijos. Surgen conflictos que estaban latentes a lo largo de la vida de la pareja que no se habían resuelto por alguna razón. Pasar más tiempo junto produce dificultades en la relación diaria, se requiere un sistema diferente que permita un acomodo real. Dentro de la revisión de la crisis se concluye que la pareja comparte todo un pasado común que permite la proyección de la vejez en conjunto, lo que da tranquilidad a la pareja. Estos signos cambian la perspectiva del tiempo, aparece la conciencia de la muerte personal. Se genera una adaptación en la proyección de metas, haciendo un análisis de los proyectos pasados y futuros. Esto se plantea como una crisis normativa. Se da una mejor comprensión en todos los ámbitos por la inversión de roles. Esta crisis favorece la integración, pues la pareja constituye una fuente de aceptación de los cambios corporales.

Se plantea el segundo proceso de individuación donde se aceptan mayores aspectos de la personalidad y, por otra parte, se prepara para la muerte.

Tanto en la etapa de la adultez temprana como en la adultez media, la sociedad establece algunos criterios, tomando como base lo que se demuestra durante estas etapas (cambios físicos, las relaciones, el trabajo, factores psicosociales y otros), estos sirven de guía para categorizar no solo por la edad, sino también por el comportamiento, esto permite definir si el adulto según su edad cumple o no con lo que establece la sociedad. Entonces, si es aceptado y se adapta representa un adulto maduro y cuando no lo logra es un adulto inmaduro.

Adulto Maduro vs. Adulto Inmaduro

El Adulto Maduro:

- Controla adecuadamente su vida emocional, lo que le permite afrontar los problemas con mayor serenidad y seguridad que en las etapas anteriores.
- Se adapta por completo a la vida social y cultural.
- Forma su propia familia.
- Ejerce plenamente su actividad profesional, cívica y cultural.

Es la etapa de mayor rendimiento en la actividad.

- Es capaz de reconocer y valorar sus propias posibilidades y limitaciones. Esto lo hace sentirse con capacidad para realizar unas cosas e incapaz para otras. Condición básica para una conducta eficaz. Normalmente tiene una percepción correcta de la realidad (objetividad), lo cual lo capacita para comportarse con mayor eficacia y sentido de responsabilidad.

El Adulto Inmaduro:

- Es contradictorio en su comportamiento (incoherente) y no controla sus reacciones emocionales.
- No percibe la realidad tal como ésta es (falta de objetividad).
- Menos consciente, responsable y tolerante (falla en el trabajo)
- No se adapta adecuadamente a la vida social (inadaptado).

Educación para la vida Estilo de Vida:

Durante el desarrollo de la vida los adultos en sus diferentes etapas, considerando la variabilidad e individualidad de cada persona, establecen su propio estilo de vida, el cual está íntimamente relacionado con la salud, las relaciones sociales, el trabajo, la vida sexual y otros, influenciados también por los diferentes factores que intervienen en su crecimiento. Este estilo no se elige de una lista de alternativas que presenta la vida, tampoco esta supeditada al destino azaroso. El estilo de vida se va conformando desde los primeros años de la vida y se fortalece cuando se llega a la edad adulta (de hecho, una de las características que distinguen al adulto es la adjudicación de una responsabilidad reconocida por la sociedad). Sin embargo, es posible modificar parcial o totalmente este estilo cuando se llega a la adultez intermedia.

Los cambios son posibles cuando se cuenta con un acervo de habilidades y conocimientos para afrontar los siguientes retos que presentará la vida. ¿Dónde se obtienen estos recursos? Entre otros, la educación juega un papel muy importante en este proceso ya que, para incursionar en estudios especializados o en algún trabajo (profesional o no), se requiere de una preparación educativa básica, además del aprendizaje de vida, siendo este último la recopilación e internalización de experiencias vividas. Aunque muchos de los prototipos de estilo de vida que muestran los medios masivos de comunicación son inalcanzables para la mayoría de las personas, apoyan a que el individuo compare su estado actual de estilo de vida con las posibles alternativas que el mundo ofrece. Las relaciones sociales permiten comparar el entorno inmediato con lo que cada persona es, tiene y aspira, para continuar formando y estableciendo un estilo de vida propio.

LA MIOMATOSIS UTERINA

Es una neoplasia benigna la más común del útero y de la pelvis femenina. Los miomas son crecimientos anormales de tejido muscular del útero (endometrio). El 50% del volumen se encuentra dentro de la cavidad uterina. Su incidencia es del 20% de la población con mayor predominio de raza negra se presenta durante la última fase reproductora de la vida entre los 35 y 55 años. No obstante se puede presentar antes de los 30 y en mujeres nulíparas son asintomáticos su detección se realiza a veces de manera indirecta; ya que en ocasiones se acude al médico por presentar dolor, sangrados anormales y aumento de volumen del abdomen, anemia, astenia y adinamia. Los factores de riesgo presentes en esta entidad son antecedentes familiares o heredofamiliares esto sugiere la presencia de un gen que codifica su desarrollo, producción excesiva de estrógenos ya que los miomas son estrógeno-dependientes, tratamientos anticonceptivos. Los síntomas clásicos son metrorragias, distensión abdominal y dolor. Sin embargo estos pueden ser variables y dependen de su localización, volumen, alteraciones nutricias o degenerativas o bien de su transformación a malignos.

El tratamiento se basa en terapia hormonal, de forma transitoria se puede disminuir el crecimiento del mioma ocasionando menopausia transitoria, así mismo se ministra la proteína GNRH que actúa como análogo del factor liberador de gonadotrofinas disminuyendo la liberación de estrógenos, y tratamiento quirúrgico conservador miomectomía realizándose enucleación tumoral con la preservación del útero y definitivo histerectomía total vaginal o abdominal.

Los miomas son tumores benignos del músculo uterino (matriz), que tienen formas, localizaciones y tamaños variables, lo que produce la gran cantidad de síntomas propios de ellos. Aproximadamente el 20% de las mujeres sufren de esta enfermedad antes de la menopausia. Menos del 1% de las pacientes con miomas uterinos presentan degeneración sarcomatosa, lo que significa que se convirtieron en tumores malignos.



Localización:

Los miomas uterinos presentan múltiples localizaciones, las más frecuentes son:

- **Sub-mucosos:** Hacia adentro de la cavidad uterina (endometrio)
- **Intra-murales:** Dentro de la pared muscular del útero
- **Sub-serosos:** Hacia fuera de la pared del útero
- **Cervicales:** Dentro del cuello del útero
- **Intra-ligamentarios:** Dentro de los ligamentos de sostén del útero

Síntomas:

Los síntomas más frecuentes son:

- **Asintomáticas:** 25% no presentan ningún síntoma
- **Sangrado genital anormal:** Aumento de la cantidad de sangre menstrual (menorragia), aumento de los días de menstruación (hiper-menorrea), aumento del número de ciclos (poli-menorrea) y sangrado irregular y abundante (menometrorragia).
- **Dismenorrea:** Dolor con los periodos menstruales
- **Masa abdominal:** Por crecimiento exagerado de los miomas
- **Infertilidad:** Incapacidad para procrear
- **Dispareunia:** Dolor con las relaciones sexuales
- **Obstrucción:** Alteración en la evacuación urinaria o intestinal

Para la identificación y el diagnóstico de los miomas es necesario una valoración clínica por parte del Ginecólogo, quien solicitará algún examen que le ayude a identificar la localización exacta de estos: Ecografía, tomografía computarizada (**TAC**), resonancia magnética nuclear (RMN), histeroscopia (endoscopia uterina) o laparoscopia.

Tratamientos:

Dependiendo de la edad de la paciente y del tipo y la gravedad de los síntomas producidos por los miomas, el Ginecólogo en conjunto con la paciente deberá escoger el tratamiento de elección más conveniente, teniendo en cuenta el deseo de paridad futura y el deseo de conservar el útero.

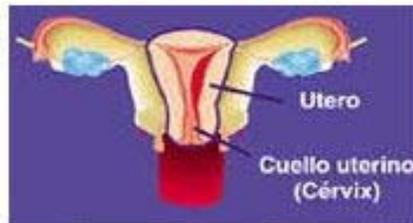
Existen dos tipos de enfoques terapéuticos para tratar la miomatosis uterina:

- **Tratamiento Médico:** Anti-estrógenos (progestagenos, análogos GnRH): Se usan drogas para bloquear el crecimiento de los miomas y reducir su tamaño, es temporal debido a que su uso por más de seis (6) meses aumenta el riesgo de osteoporosis
- **Tratamiento Quirúrgico:** Si la paciente desea tener más embarazos en el futuro, y las condiciones de los miomas lo permiten, se debe considerar la posibilidad de la extracción de estos únicamente (Miomectomía). En caso de no desear paridad futura o la gravedad y la localización de los miomas lo indiquen, la extracción total del útero debe ser la cirugía de elección (Histerectomía). Para tomar esta decisión la paciente y su pareja deben estar seguros de ella. (ver artículo Histerectomía)

LA **HISTERECTOMÍA**: es la extracción quirúrgica del útero sin los anexos (ovarios y trompas de Falopio).



Histerectomía subtotal



Histerectomía total



Histerectomía radical

Causas:

Las causas más frecuentes por las que se realiza una histerectomía son.

- Miomatosis uterina con síntomas incapacitantes y sin deseo de paridad futura
- Sangrado genital con riesgo de muerte
- Infección genital severa (miometritis)
- Descenso del útero por la vagina (prolapso genital completo)
- Endometriosis severa con falla de tratamiento medico
- Cáncer genital (cervical, endometrio, ovario)

Tipos:

La histerectomía presenta variantes dependiendo de la manera como se realice. Ninguno de estos tipos incluye la extracción de los ovarios o las trompas de Falopio, este procedimiento (salpingo-ooforectomía) tiene otras indicaciones propias.]

- **Histerectomía abdominal sub-total:** Extracción del cuerpo del útero y permanece el cuello. Se realiza en urgencias quirúrgicas como sangrados post-parto donde peligra la vida de la paciente
- **Histerectomía abdominal total: Extracción** completa del útero (cuerpo y cuello). Es la más realizada por problemas benignos como miomas uterinos o infecciones genitales severas.
- **Histerectomía abdominal ampliada:** Extracción total del útero y el tercio superior de la vagina. Se realiza en cáncer de cuello uterino en fases iniciales.
- **Histerectomía radical:** Extracción total del útero, tercio superior de la vagina y los ligamentos de sostén del útero (cardinales y útero-sacros). Se realiza cuando se encuentra cáncer genital avanzado.
- **Histerectomía vaginal:** Es la extracción total del útero, por la vagina. Se realiza con prolapsos genitales completos

La **histerectomía** se considera un procedimiento quirúrgico mayor, por lo que debe ser realizado por médicos expertos y con entrenamiento amplio en el campo de la Ginecología. Antes de la realización de una histerectomía, el médico debe de explicar a su paciente y a su pareja, las posibles complicaciones y consecuencias que pueden ocurrir con la realización de esta cirugía.

Es importante que toda paciente a quien se le sugiere la realización de una **histerectomía**, deberá conocer si existen posibilidades alternas para el tratamiento de su enfermedad y estar completamente segura de su deseo o no de paridad futura, puesto que este procedimiento implica la imposibilidad total de poder procrear en el futuro.

DESCRIPCION DEL CASO

M. DE L. P.D. Femenino de 47 años de edad con diagnóstico miomatosis uterina de pequeños y grandes elementos (pediculados). Somatometría con talla 1.64 m, peso 66 kg, IMC de 24.6, cintura de 82 cm. Signos vitales: TA 110/70 mmhg, FC 86 lpm, FR: 22 X', Temperatura 36.5 °C. Análisis de laboratorios del 10/08/09 con resultados de glucosa 102 mg/dl, urea 17.3, creatinina 0.9, Hemoglobina 12.8, hematocrito 36.4, grupo y Rh O+, TP 11.2, VDRL negativo, exudado vaginal normal. DOC del 05/08/09 con resultado clase 2 de PAP, y reacción inflamatoria leve.

Como antecedentes vive en casa propia de interés social que cuenta con todos los servicios básicos (agua, luz, drenaje y limpia pública), esta echa de cemento tanto en paredes, como techo y piso; tiene dos recamaras, sala-comedor y una cocina, sin patio. No tiene mascota. Actualmente se dedica a labores del hogar, pero anteriormente laboro como secretaria de oficinas Cometra, de la cual fue despedida por recorte de personal. Estado civil casada, madre de dos hijos (hombre y mujer) los cuales estudian en secundaria y bachillerato, su esposo trabaja como conductor de servicio urbano. No fuma, no toma, no realiza ejercicio con frecuencia. No es diabética o hipertensa ni alérgica a medicamentos. La han intervenido quirúrgicamente de mastopatía fibroquistica en enero del 2009, post-operada de cesárea hace 13 años.

Actualmente María de Lourdes está programada para una histerectomía, secundario al diagnóstico antes comentado. Se encuentra preocupada por sus hijos están solos en casa, también muestra ansiedad ante el evento quirúrgico que le espera y el resultado de las muestras, por lo cual refiere alteraciones del sueño, cansancio físico y mental, se angustia antes de todo el procedimiento por ser algo desconocido para ella. Higiénicamente se siente incómoda por la frecuencia de los sangrados trans-vaginales, que ha venido presentando, a pesar de su baño diario. Físicamente con Buena coloración e hidratada, ruidos cardiacos con buen tono y ritmo sin ruidos agregados patológicos. Campos pulmonares con buena entrada y salida de aire. Abdomen blando depresible sin megalias ni irritación peritoneal, con buena perístasis. Extremidades integra, con buen estado neuro-vascular.

RESULTADO DE LA VALORACION APLICADA A LA PERSONA M.L.P.D.

NECESIDADES	NECESIDADES SATISFECHA	NECESIDADES REALES	NECESIDADES INSATISFECHAS POTENCIALES
1.- OXIGENACIÓN	✓		
2.- ALIMENTACIÓN E HIDRATACIÓN	✓		
3.- ELIMINACIÓN	✓		
4.- MOVIMIENTO Y MANTENER BUENA POSTURA	✓		
5.- DESCANSO Y SUEÑO		✓	
6.- VESTIDO	✓		
7.- TERMORREGULACION	✓		
8.- HIGIENE	✓		
9.- EVITAR PELIGROS		✓	
10.- COMUNICACIÓN	✓		
11.- CREENCIAS Y VALORES	✓		
12.- TRABAJAR Y REALIZARCE			✓
13.- RECREACIÓN	✓		
14.- APRENDIZAJE	✓		

<p>DAR A CONOCER LAS VENTAJAS DEL PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS.</p>	<p>Salud, Vida sana y Dietas 2009,</p> <p>De ahí la importancia que el médico y la enfermera explique claramente a la paciente las razones por las cuales se hace necesaria la intervención y la extensión de la misma. Así mismo, la paciente debe plantearle al especialista todos los interrogantes que surjan antes de la cirugía, bien sea sobre el procedimiento mismo o acerca de las consecuencias físicas y emocionales de la intervención.</p>	<p>Se realiza entrevista en conjunto con su familia, en busca de una concientización del diagnóstico y tratamiento quirúrgico.</p>
<p>RECOMENDARLE TERAPIA DE RELAJACION.</p>	<p>Las técnicas de relajación permiten alcanzar un estado de tranquilidad, que suele acompañarse de una agradable sensación de plenitud y satisfacción. Es un estado similar al que alcanzamos de modo natural cuando nos sentimos cómodos, tranquilos y a punto de entrar en un sueño reparador profundo.</p> <p><i>www.enbuenasmanos.com › Vidasana › Relajación 2000.</i></p>	<p>Realiza terapias de relajación utilizando música ambiental. Y su recámara libre de luz y ruidos al acostarse.</p>
<p>RECOMENDARLE REALICE UNA DUCHA ANTES DE ACOSTARSE.</p>	<p>La privación de dormir puede provocar varios síntomas y enfermedades, como pérdida de la memoria de corto plazo, reducción de la capacidad de atención, disminución de la coordinación motora, disminución de la capacidad para adaptarse, irritabilidad, etc. Además, la ingesta insuficiente de nutrientes, en especial de proteínas, contribuye a los trastornos del sueño, al igual que la interacción entre los alimentos y los medicamentos.</p> <p>Auto cuidado del adulto mayor 17 de Mayo 2006. Portal.IPS.gob.cl/roller/autocuidado/.../Físicos.</p>	<p>Darse una ducha con agua caliente, lo más que se pueda soportar. Al final de la ducha, previo a salir de la misma, una vez ya enjuagados y listos; se debe cerrar el agua caliente y abrir de golpe el agua fría por 30 segundos. Inmediatamente secarse el cuerpo y acostarse.</p>
<p>SI LA MICCIÓN NOCTURNA LE INTERRUMPE EL SUEÑO LIMITAR LA CANTIDAD DE LÍQUIDOS POR LA NOCHE Y QUE ORINE ANTES DE ACOSTARSE.</p>	<p>La Nicturia perturba la vida de las personas, ya que altera el ritmo del sueño y provoca importantes trastornos psicológicos y sociales.</p> <p>CITA: Actas Urológicas Españolas 29(4):378-386, Abr 2005</p>	<p>Limito la cantidad de líquidos horas antes de acostarse.</p>

EVALUACIÓN:

En un lapso de 10 días, la persona disminuyó su ansiedad de moderada a leve después de aplicar las acciones de enfermería, logrando encontrar el descanso y lograr el sueño. Manifestó su satisfacción por el aumento de bienestar con las recomendaciones, y al apoyo emocional, desarrollo las habilidades para seguir practicando las terapias de relajación.

PROCESO DE ENFERMERÍA

IDENTIFICACIÓN: M. DE L. P.D.

NECESIDAD ALTERADA: Evitar Peligros Insatisfecha por: Fuerza



DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA REALES:

ANSIEDAD RELACIONADA CON: CAMBIOS EN EL ESTADO DE SALUD ESTRÉS MANIFESTADA POR APRENSION, ANGUSTIA, TEMOR, IRRITABILIDAD, TRASTORNOS DEL SUEÑO, MIEDO DE CONSECUENCIAS. Pag. 22-23.

OBJETIVO: Contribuir a que la persona disminuya el grado de ansiedad mediante apoyo emocional.

EVITAR PELIGROS.

INTERVENCIÓNES PLANEADAS	FUNDAMENTACION TEORICA	EJECUCIÓN DEL CUIDADO
<p>Cumplimiento del plan terapéutico. Farmacológico y no farmacológico (Dietas, ejercicio...)</p> <p>Utiliza medidas de reposo de relajación Y de control de las emociones y mecanismos de defensa adecuadas a situaciones.</p> <p>Mecanismos que utiliza habitualmente para liberar tensiones. Pasear ,música,</p> <p>Hacer ejercicio físico. La realización del ejercicio físico contribuye a mejorar la condición física de manera importante, lo que ayuda a mantener una buena capacidad de reacción al estímulo potencialmente agresivo o dañino.</p> <p>Dormir y descansar bien. Dormir y Descansar bien ayuda a prevenir riesgos y a controlar los peligros. Una persona que no descansa y no disfruta de un descanso satisfactorio experimenta cansancio, fallos en la conciencia, deterioro cognitivo, disminución de</p>	<p>La combinación de planes terapéuticos mejora el estado de salud de la persona</p> <p>La falta de relajación puede traer consigo repercusiones a nivel fisiológico, emotivo, cognitivo y conductual. Por el lado fisiológico se aumenta la adrenalina y asimismo la frecuencia cardiaca, la respiración, la presión sanguínea, el colesterol, la glucosa y la tensión muscular. Con creto a lo emocional se producen fuertes estados de angustia, agresividad, cansancio, depresión, entre muchas otras sensaciones más.</p> <p><u>Intervenciones con masajes para la promoción de la salud mental y ...</u> <u>www.update-software.com/.../AB005038-ES.htm</u> - <u>En caché</u> - <u>Similares</u></p>	<p>Apego a las indicaciones medicas de acuerdo a horarios establecidos.</p> <p>Realiza marcha por 30 minutos diarios.</p> <p>Trata de descansar y dormir bien con la utilización de terapias de relajación.</p>

<p>la percepción de estímulos sonoros y visuales y disminución de la actividad motora</p> <ul style="list-style-type: none"> • Valoración peligros en el entorno: Pasillos y escaleras, caminos irregulares, suelos resbaladizos, alfombras, colocación peligrosa de muebles, agarraderas de baños, antideslizantes, iluminación adecuada, electricidad (cables sueltos), protección contra incendios, sustancias tóxicas. 	<p>La seguridad se puede definir como permanecer libre de lesiones psicológicas fisiológicas y sociológicas</p> <p>Evitar los peligros es una necesidad de todo ser humano, debe protegerse de toda agresión interna o externa ,para mantener así su integridad física psicológica y social</p> <p style="text-align: center;"><u>NECESIDAD DE EVITAR LOS PELIGROS</u> Internet descarga directo.</p>	<p>Se llevo a cabo valoración de peligros el entorno de vivienda.</p>
---	---	---

EVALUACIÓN.

Con las intervenciones planeadas y ejecutadas, se logro disminuir la ansiedad verbalizando que la ansiedad se modifico a niveles tolerables a través de la práctica de actividades propuestas con técnicas de relajación y seguirá con el plan terapéutico recomendado en un periodo determinado que le brinden bienestar. Y angustia de la señora.

PROCESO DE ENFERMERÍA

IDENTIFICACIÓN: M. DE L. P.D.

NECESIDAD ALTERADA: EL DIAGNÓSTICO DE TRABAJAR Y REALIZARSE



DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA REALES:
DISPOSICION PARA MEJORAR EL BIENESTAR RELACIONADO CON DESEOS DE AUMENTAR EL BIENESTAR, Y AUMENTAR LA RELAJACION, MANIFESTADA POR GRATITUD AL APOYO EMOCIONAL.pag. 42

OBJETIVO: Cooperar a que la persona disminuya el grado de ansiedad por la necesidad de trabajar mediante terapias ocupacionales, de reposo y de apoyo emocional.

EVITAR PELIGROS.

INTERVENCIONES PLANEADAS	FUNDAMENTACION TEORICA	EJECUCIÓN DEL CUIDADO
Reducir actividades diarias	<p>El proceso de reducción de estrés con un inventario informal de nuestras actividades cotidianas. La reducción del estrés y la relajación no sólo ayuda a mantener la salud sino que, además, brinda la oportunidad de un razonamiento claro que permite liberarse de las situaciones que provocan el estrés. El proceso de aprender a controlar las situaciones estresantes lleva toda la vida y llevará no sólo a una mejor salud sino a cumplir de la mejor manera con nuestras metas.</p> <p>Guía de psicólogos de España 2009 www.siquieropuedo.com/.../actividades-para-reducir-el-estrés</p>	Organizar sus Actividades diarias
Realizar reposo Y siesta.	<p>La siesta sí es saludable, ya que el cerebro requiere breve pausa luego del mediodía para continuar coordinando y manteniendo la atención. Sugieren que el descanso, tomado aproximadamente 10 o 15 minutos después de comer, debe durar alrededor de media hora, pues un sueño más largo puede producir lo contrario a lo que se busca, es decir, genera más somnolencia, mayor dificultad de concentración y ante todo la sensación de no haber descansado.</p> <p>Salud y Medicinas -11/28/2009 www.saludymedicinas.com.mx/</p>	Realizar una siesta de 10 a 15 minutos después de la comida.
Terapia de lectura.	<p>Es una de las terapias más estimulantes y creativas, leer es un hábito que estimula todas las facultades mentales, y muy especialmente la memoria, es junto con viajar, una de las mejores formas de adquirir cultura, también es un ejercicio muy beneficioso por mantener activas las neuronas.</p> <p>chile.yaclasificados.com/.../1331_La_Mejor_Terapia_en_Lectura.html 22 Jun 2006</p>	Realizar lectura durante el día.

CONCLUSIONES

El proceso de enfermería es una serie de actuaciones básicas y fundamentales que se brindan a la persona, y le confiere seguridad y calidad de cuidado. Este método sistemático y planificado se basa en un complejo marco teórico cuya finalidad es reconocer el estado de salud que presenta la persona, considerando las 14 necesidades básicas del modelo de Virginia Henderson que parte de un principio importante: “todos los seres humanos tienen necesidades básicas que deben satisfacerse ya sea por sí mismo o con apoyo de la persona quien lo cuida, en este caso la enfermera”.

A la Enfermería, como profesión de servicio a las personas, les corresponde el diagnóstico y tratamiento de las respuestas humanas a los problemas de salud reales presentes o potenciales. Para llevar a cabo estas actividades se ha apoyado en el proceso de atención de enfermería, ya que es un método que ayuda a los profesionales a emplear sus conocimientos, solucionar problemas, desarrollar su creatividad y tener presente el aspecto humano de su profesión.

Por eso al término de este proceso, hemos encontrado satisfactoriamente muchas áreas de oportunidad para que el personal de enfermería pueda desarrollar acciones oportunas y de calidad a la persona.

Con el modelo de Virginia Henderson que nos basamos, aplicados a la persona MA. DE L. P. D, que fue intervenida quirúrgicamente de Histerectomía Total Abdominal, encontramos algunas necesidades alteradas, y mediante el proceso podemos coordinar las acciones para coadyuvar y ayudar, encontrando una recuperación pronta de la persona y así poder restablecerse e integrarse a sus labores que desempeña. Debemos de tomar en cuenta la etapa de la vida en que se encuentra y así también poder identificar las necesidades afectadas o alteradas. Haciendo una jerarquización podemos realizar nuestros planes de cuidado donde buscaremos acciones oportunas para su recuperación temprana. Fue muy gratificante ver la respuesta de la persona que se brindó para que se le realizara todo este proceso, y lo agradecida que está por todas las atenciones.

Doy las gracias al H.G.Z. N° 11, y al personal por todas las facilidades que me brindaron para el logro de mis objetivos

Es de gran importancia desarrollar una actitud transformadora y así encontrar una respuesta satisfactoria para el prestador de servicio.

Las enfermeras que realizan este tipo de trabajos recopilan información a través del proceso de valoración y utilizan esta información para realizar juicios acerca de las necesidades de cuidados del paciente. En nuestro trabajo diario tenemos implementado el diagnóstico enfermero como la base para valorar la necesidad de cuidados del paciente en los diferentes procesos operatorios en todos los niveles asistenciales. La valoración y recogida de datos de la persona operada en ámbitos tan diferentes como el pre , trans- y post operatorio nos llevó a plantearnos los diagnósticos de enfermería realizados por diferentes enfermeras.

Y como estudiante de esta casa de estudio es un compromiso poder cumplir con los lineamientos para titulación del curso nivelatorio a licenciatura de enfermería la aplicación de un proceso enfermero basado en la teoría de Virginia Henderson a una persona en el área quirúrgica del H.G.Z. No. 11 de Xalapa ver, que me competen como profesional. agradezco a todos mis maestros y asesores que me ayudaron a encontrar el camino y explotar el potencial; logrando la autonomía profesional en el actuar diario de mi trabajo y así transmitir a mis compañeros el aprendizaje adquirido, agradeciendo el apoyo incondicional de mi tutora la Maestra Sandra Sotomayor Sánchez, profesional de enfermería por sus atenciones y sus conocimientos.

ANEXOS



VALORACION

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA
INSTRUMENTO DE VALORACIÓN BASADO EN EL MODELO DE NECESIDADES
HUMANAS DE VIRGINIA HENDERSON
ACADEMIA DE FUNDAMENTOS DE ENFERMERÍA**

Datos de identificación:

Nombre: M.DE L. P.D. Edad: 47 AÑOS Sexo: FEM. Ocupación: LABORES DEL HOGAR.

Estado civil: CASADA Religión: CATOLICA Escolaridad: PREPARATORIA Domicilio:
ORQUIDEA 1-106 NUEVO XALAPA. Unidad de salud donde se atiende: UNIDAD
DE MEDICINA FAMILIAR 66 DEL IMSS.

Signos vitales:

Respiración: Frecuencia: 18 x' Ritmo: regular Expansión torácica: Simétrica _____

Profundidad: Superficial : X Profunda _____

Pulso: Frecuencia: 86 X' Ritmo: Regular: X Irregular _____ Intensidad: Fuerte: X
Débil _____

Temperatura: 36.5°C. Tensión arterial 110/70 mm Hg

Somatometria: Peso: 66 KGRS. Talla: 1.64 MTS. Índice de Masa Corporal: 24.6KG/M²

Perímetro abdominal: 82 CM

VALORACIÓN DE NECESIDADES:

1. Oxigenación:

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

¿Se ha expuesto al humo de leña? NO ¿ha fumado en algún momento de su vida? NO, Sí. ¿Cuántos cigarros al día? _____ ¿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, Si. ¿Toma algún medicamento? NO, Sí.
Especifique: _____

Explore:

Región cardio pulmonar: (ruidos pulmonares, movimientos torácicos)

Dificultad respiratoria: NO, Si Fatiga: NO, Si, Tos: NO, Sí Expectoración: NO, Sí.

Coloración de la piel : BUENA COLORACION E HIDRATAACION Llenado capilar: BUENO

Observaciones:

2. Alimentación e hidratación:

¿Cuáles son los alimentos que acostumbra consumir durante el desayuno? Cantidades en raciones: 1 TAZA DE TE, 1 PIEZA DE PAN, 2 TORILLAS OCACIONALES, 1 RACION DE FRIJOLES, O 2 HUEVOS AL GUSTO OCACIONALMENTE, 1 TAZA DE FRUTAS, CEREALES 1 TAZA, 1 VASO DE JUGO DE FRUTAS DE LA TEMPORADA.

¿Cuáles son los alimentos que acostumbra consumir durante la comida? Cantidades en raciones: 1 RACION DE SOPA, O 1 RACION DE LEGUMINOSAS, O 1 RACION DE ARROZ, 1 RACION DE GUISADO, CARNES ROJAS Y CARNES BLANCAS CON VERDURAS, ENSALADAS DE DIVERSAS, 1 TORTILLAS, 2 VASOS DE AGUA, FRUTAS.

¿Cuáles son los alimentos que acostumbra consumir durante la cena? Cantidades en raciones: 1 TAZA DE TE, 1 PIEZA DE PAN DULCE O PAN TOSTADO CON MERMELADA, 1 RACION DE FRUTA.

¿Come entre comidas? NO, Sí ¿Qué alimentos consume? _____

¿En donde acostumbra comer?: EN MI CASA ¿Con quién acostumbra comer?: CON MI HIJA.

¿Considera que su estado de ánimo influye en su alimentación? NO, Sí ¿Por qué? _____

¿Cuáles son los alimentos que le agradan?: TODOS ¿Cuáles son los alimentos que le desagradan?: NINGUNO ¿Cuáles son los alimentos que le causan intolerancia?: NINGUNO ¿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, SI ¿Tiene problemas con su peso? NO, Sí ¿Por qué?: ¿Considera que tiene adecuada digestión de los alimentos? No, SI. ¿Porqué? _____

¿Cuántos vasos de agua toma al día?: 6 VASOS AL DIA ¿Acostumbra tomar refrescos? No, SI

Cantidad: 1 VASO A LA SEMANA ¿Acostumbra tomar café? NO , Sí ¿Acostumbra tomar alcohol? NO , Sí. ¿Toma suplementos alimenticios? NO, Sí.

Explore:

Cavidad oral: HIDRATADA, PALADAR INTEGRO, PIEZAS DENTALES INCOMPLETA, USA PROTESIS DENTAL, FARINGE SIN DATOS DE INFLAMACION.

Región torácica: SE OBSERVA CICATRIZ EN MAMA DERECHA POST-BIOPSIA EN DOS OCACIONES.

Región abdominal: PLANO, BLANDO DEPRESIBLE CON CICATRIZ DE CESAREA SIN QUELOIDES, NO DOLOROSO, PERISTALSIS NORMAL.

Observación: SE APRECIA FEMENINO DE EDAD ACORDE A LO APARENTE, FISICAMENTE INTEGRA, CON FACIA DE CANSANCIO, SECUNDARIO A INSOMNIO, PROBABLEMENTE SECUNDARIO A STRES

3. Eliminación.

¿Cuántas veces evacua al día? : 2 VECES AL DIA ¿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, ¿qué recursos utiliza? _____ ¿Qué hábitos le ayudan a evacuar? _____ ¿Qué hábitos le dificultan la evacuación? _____ ¿Qué características tiene la evacuación? CAFE _____

¿Cuántas veces orina al día? 5 VECES ¿De qué color es su orina?: AMARILLA CLARA ¿Qué olor tiene su orina?: NINGUNO, NORMAL. ¿Presenta algunos de estos signos o síntomas?: Disuria NO, Sí. Poliuria NO, Si. Nicturia NO, SI. 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?: FRIO Y PEGAJOSA. ¿Bajo qué condiciones suda? CUANDO ME EJERCITO MUCHO, CUANDO TENGO STRESS.

En caso de Mujeres

¿Fecha de Última menstruación?: 21 DE JULIO 2009. ¿Cada cuándo menstrua? : CADA 20 DIAS. ¿Cuántos días dura su menstruación? 8 DIAS ¿Presenta alguno de estos signos o síntomas?: Dismenorrea No, SI . Pérdidas inter menstruales No, SI . Flujo vaginal NO, Si. ¿Qué características tiene? : NINGUNO ¿Qué hace para controlar la dismenorrea?: APLICACIÓN DE TRATAMIENTO MEDICO 1 AMP. DE MEDROXIPROGESTERONA I.M. CADA MES.

En caso de hombres

¿Presenta _____ alguna _____ alteración _____ en _____ la eyaculación? _____

Explore:

Región abdominal

Observaciones: _____

4. Movimiento y mantener buena postura

¿Tiene algún problema que le dificulte la de ambulación? NO, Si. Especifique: _____ ¿Este problema que tiene repercute en sus actividades de la vida diaria? No, Sí. ¿Cómo? _____ ¿Tiene dificultad para moverse? NO, Si Especifique: _____ ¿Utiliza apoyos para desplazarse? NO, Si. ¿Cuál es la postura habitual relacionada con su ocupación?: DE PIE ¿Cuántas horas del día pasa usted en esta postura?: MAS DE 6 HORAS.

¿Presenta alguno de estos signos o síntomas?: dolores óseos, musculares, articulares, contracturas o presencia de temblores. NO, Si. Especifique cuales: _____

Movimientos involuntarios NO, Si. Describa: _____ Le falta fuerza o Debilidad muscular NO, Si. Describa: _____ Edema, ardor, comezón o hematomas en alguna parte del cuerpo. NO, Si. Describa: _____ Mareos, pérdida del equilibrio o desorientación. NO, Si. Describa: _____ ¿Realiza usted alguna actividad física? SI. ¿Cuál? Caminar ¿Qué tiempo le dedica a la semana? 30 minutos.diarios. _____

Explore:

Postura, marcha, movimientos, flexibilidad, resistencia articular, reflejos: MOVIMIENTOS CONSERVADOS, POSTURA NORMAL, BUENA FLEXIBILIDAD, REFLEJOS PRESENTES.

Observaciones: SE OBSERVA UNA MUJER EN ESTADO DEPRESIVO CON ALTERACIONES DEL ESTADO DEL SUEÑO, QUE SE MANIFIESTA FISICAMENTE EN OJERAS, MULTIPLES BOSTEZOS, ADINAMIA.

5. Descanso y sueño

¿Usted descansa durante el día? NO, Si. ¿Cómo? ___ Después de descansar ¿Cómo se siente? CANSADA ¿Cuántas horas duerme habitualmente? 6 HRS. ___ ¿Presenta alguna de estas alteraciones del sueño?: Dificultad para conciliar el sueño No, SI.

¿Se despierta fácilmente? No, SI. Sueño agitado, NO, Si. Pesadillas, NO, Sí. Nerviosismo, No, SI.

¿Se levanta durante la noche? No, SI. ¿Por qué? PARA IR AL BAÑO Y PORQUE NO PUEDO DORMIR.

¿El lugar que usted utiliza favorece su sueño? No, SI. ¿Por qué? PORQUE ESTA TRANQUILO.

¿Acostumbra tomar siesta? NO, Si. ¿Qué hace para conciliar el sueño? ME

TOMO UN TE DE 12 ROSAS.

Explore:

(Ojeras, atención, bostezo, concentración, actitud de desgano, cansancio, adinamia) : OJERAS MARCADAS, TRISTEZA CONSIDERABLE, CIERTA ADINAMIA Y ACTITUD DE DESGANO

6. Vestido

¿Qué ropa utiliza cuando?: hace frío: ROPA DE INVIERNO hace calor: ROPA FRESCA

Cuando llueve: ROPA REPELENTE. ¿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.

Explore:

(Características de la ropa de acuerdo a su género, edad, uso de distintivos,

limpieza y aliño. USA VESTIDOS DE ACUERDO A SU EDAD Y GÉNERO Y BUENA LIMPIEZA

Observación:

7. Termorregulación

¿Sabe cómo medir la temperatura? SI No___ ¿Presenta alteraciones de la temperatura? NO, Si. Especifique_____ ¿Qué medidas toma para controlarla la temperatura cuando tiene alteraciones?: BAÑO DE REGADERA Y ROPA FRESCA O ROPA ABRIGADA.

Explore:

Signos y síntomas relacionados con hipertermia o hipotermia (bochornos,):
TEMPERATURA ADECUADA ALA TEMPERATURA AMBIENTE.

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 CADA COMIDA DESPUES DE IR AL BAÑO, ANTES DE PREPARAR LA COMIDA ¿Cada cuando realiza el cuidado de las uñas? Pies: CADA 20 DIAS manos: CADA MES. ¿Cada cuando cepilla sus dientes? : 3 VECES AL DIA. ¿Para el aseo de sus dientes utiliza hilo dental? NO, SI. ¿Utiliza prótesis dental? No, SI. ¿Cada cuando las asea? 3 VECES AL DIA ¿Cuando realizó la última visita al Dentista?: 20 – 10 – 08
¿Necesita ayuda para realizar su aseo personal NO, Si.

Explore:

(Estado de la piel y mucosas, uñas, cabello, cavidad bucal, limpieza, coloración, estado de hidratación y presencia de lesiones): PIEL Y MUCOSA CON BUENA HIDRATACION Y LIMPIEZA.

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: SI Exploración prostática No, Si.

Resultado_____ Autoexploración mamaria No, SI. ¿Cada cuanto tiempo la realiza?: CADA MES. Resultado: MASTOPATIA FIBROQUISTICA, Mamografía No, SI. Resultado: TUMORACION DE 2X2 EN EL RADIO 11 HRS. Papanicolaou No, SI. Resultado inflamación +++ miomatosis uterina _____, Protección contra Infecciones de Transmisión Sexual (uso de condón) NO, Si. Seguimiento del plan terapéutico prescrito NO, Si. Automedicación NO, Si. Nombre del medicamento: _____ ¿Consumo de drogas de uso no médico? NO, Si. ¿Cuál? _____ 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?: REGULAR ¿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. ¿Cuál es la causa?: TRISTEZA, MIEDO, TEMOR

Observación:

10. Comunicación

Idioma materno SI ¿Tiene alguna alteración en los órganos de los sentidos que le impida comunicarse eficientemente? NO, Si ¿Cuál? Vista: oído _____ olfato _____ gusto _____ tacto _____ ¿Afectación verbal? NO, Si. Especifique: _____

Tipo de carácter: _____ Autopercepción: Optimista _____

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? : BUENA.

Explore:

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

BUENA COMUNICACIÓN VERBAL, SIN ALTERACION DEL HABLA.

Observación: ULTIMAMENTE SU ESTADO DE ANIMO A DISMINUIDO.

11. Creencias y sus valores

¿Qué es importante para usted, en la vida?: MI FAMILIA ¿Además de ese valor que otras cosas son importantes? MÍ RELIGION ¿Qué opinión tiene de ayudar a personas desconocidas?: Ejemplos en casos de desastre: AYUDAR EN LO QUE MAS SE PUEDA ¿Siente que la vida le ha dado lo que usted ha esperado de ella?: SI ¿Sus creencias sobre la vida o su religión que le ayudan a enfrentar problemas?: LA RELIGION ME HA AYUDADO MUCHO A ENFRENTAR LOS PROBLEMAS.

Explore datos subjetivos:

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

Ejemplo:

a) Lee con frecuencia A VECES.

- b) Usa estampas, cuadros, crucifijos, escapularios, otros: **SI**
- c) Prácticas de oración y rezos: **SI**
- d) Al hablar expresa peticiones u oraciones en voz alta a Dios o algún santo: **NO**
- e) Dice ser ateo, no acepta que le hablen de nada espiritual, se ríe de creencias **NO**
- f) Solicita la presencia de: Sacerdote, pastor, rabino u otro guía espiritual. **NO**
 Describa:

12. Trabajar y realización

¿Qué actividades realiza diferentes a su trabajo?: **MANUALIDADES** ¿Tiene alguna ocupación no remunerada? **NO**, Si. ¿Cuál? _____ ¿Tiene alguna capacidad diferente o limitación? **NO**, Si. ¿Cuál? **POCA VISION.** ¿Necesita algún cuidado especial? **NO**, Si. ¿Cuál? _____ ¿Su limitación es temporal? **NO**, Si. ¿Puede trabajar? No, **SI**. ¿Considera usted que tiene algún tipo de dependencia? **NO**, Sí. ¿De qué tipo?: **NINGUNA** ¿A qué atribuye usted la dependencia? _____ ¿Esto afecta su estado emocional?: **NO** ¿Tiene dificultad para integrarse socialmente? (familia, amistades, compañeros o grupos y comunidad) : **NO** ¿Requiere ayuda para realizar alguna actividad? **NO**, Si. ¿Cuál? _____ ¿Requiere asistencia hospitalaria, institucional o equivalente? No **SI** ¿Cuál?: **IMSS** ¿Con que frecuencia logra cumplir las metas que se propone? **CON FRECUENCIA.** ¿A que lo atribuye? **A MI APOYO FAMILIAR INCONDICIONAL.** ¿Cuáles son sus metas de vida? : **QUE MIS HIJOS SE REALICEN COMO PROFESIONISTA, QUE TENGAN SALUD Y CONSERVEN LOS VALORES QUE SU PAPA Y YO LES ENSEÑAMOS.**

Explore: (actitud)

Le preocupa la los riesgos de la cirugía, y los resultados histopatológicos.

Observaciones: _

13. Recreación

¿Con que frecuencia se encuentra usted con ánimos de reír y divertirse? Nunca _____ Pocas veces **X** Casi siempre _____ Siempre: _____ ¿A qué atribuye Usted este estado de ánimo? : **A MIS ENFERMEDADES.** ¿Qué actividades recreativas acostumbra realizar usted para divertirse? Cine _____ teatro _____ Lectura **X** TV **X** Música **X** Baile _____ Fiesta _____ 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 ____ Pocas veces X Casi siempre ____ Siempre ____ ¿Le han diagnosticado a usted síndrome depresivo? **NO**, Si. ¿Qué medicamento le indicaron? _____ ¿Su estado de ánimo influye para realizar alguna actividad recreativa? **NO**,SI Especifique.

Observación:

14. Aprendizaje

¿Considera Usted que necesita adquirir nuevos conocimientos? No , **SI**.¿Por qué? **PARA AYUDAR A MIS HIJOS** ¿Cómo considera usted que es su capacidad de aprender? Muy Baja ____ Me cuesta trabajo pero sí aprendo__ no me cuesta trabajo__XNo me cuesta ningún trabajo____ ¿De qué fuente adquiere conocimientos? Lectura X otras personas ____X TelevisiónX Radio X Cursos: 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)

____REALIZO UN CURSO DE COMPUTACION.

BIBLIOGRAFIA

Maria teresa Luis Rodrigo, Diagnósticos enfermeros. Masson 2 edición
fac. de enfermería UV

Marjory gordon, kay avant, Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificaciones 2001-2002. Harcourt.

Cavanagh stephen J., Modelo de Orem, aplicación practica. Mosby 4 edicion,
Washington 1999.

Brunner y Suddart. Enfermería Médico-Quirúrgica. Edit. MC. Graw-Hill. Novena edición 2001. México.

Carpenito. L.J. Planes de cuidados y documentación en enfermería.
Edit. Interamericana Mc-Graw-Hill. 1994. Madrid, España.

Holloway. M. N. Planes de cuidados de Enfermería Médico-Quirúrgica. Edit.
Doyma. 1990. Barcelona., España.

Kozier B y col. Fundamentos de Enfermería. Edit. Interamericana Mc-Graw-Hill.
1999. Madrid, España.

NANDA. Diagnósticos Enfermeros. Edit. Harcourt . 2007-2008. Madrid, España

R. Alfaro. Aplicación del Proceso de Enfermería. Edit. Mosby/ Doyma. 1992,
Barcelona España

Definiciones

Disciplina de enfermería: Su responsabilidad esencial es ayudar a los individuos y grupos a funcionar de optima en cualquier estado de salud que se...
html.rincondelvago.com/definiciones.html

DEFINICION DE ENFERMERIA COMO DISCIPLINA.

Referencias Bibliográficas

1. Fawcett J. Analysis and evaluation of conceptual medels of nursing. 1ra. ed. EUA: FA Davis Company; 1984.
2. Tomey Marriner A. Modelos y teorías en enfermería. 4ta. Ed. España: Harcourt; 2000.
3. Iyer PW. Proceso y diagnostico de enfermería. 3ra. ed. México DF: Mac Graw Hill Interamericana; 1997.
4. Sánchez Ramiro. Filosofía. Barcelona: Enciclopedia Encarta; 2001.
5. Bernhard LA. Leadership the key to the professionalization of nursing. 3ra. ed. EUA: Mosby; 1995.
6. Capra Fritjot. El tao de la física.1ra. ed. España: Sirio-malaga; 1997.

Recibido: 13 de mayo de 2003. Aprobado: 21 de junio de 2003.
Lic. *Abdul Hernández Cortina*. Calle 78 e/ 11 y 13 No. 1112. La Habana, Cuba.
Teléf. 2 030378.

DEFINICION DE ENFERMERIA COMO PROFESION.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Galeano E. Las venas abiertas de América Latina. Bogotá: Círculo de lectores; 1987. Citado por: Velandia AL. Historia de la enfermería en Colombia: Antecedentes y propósitos. Bogotá: Universidad Nacional – Facultad de Enfermería; 1995. p.13-17.
2. Brooks J, Kleine KA. Evolución de una definición de Enfermería. Citado por: Velandia AL. Historia de la enfermería en Colombia: Antecedentes y propósitos. Bogotá: Universidad Nacional – Facultad de Enfermería; 1995. p.13-17.
3. Restrepo de A. CM. Simbolismo de la profesión. En: Historia de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Antioquia. Medellín; 1997. p. 162-98.

4. Ballesteros MM, Jiménez L. La enfermería, una profesión de servicio a las personas. *Metas de enfermería* 2003; 6(59):65-7.

5. Castrillón MC. La disciplina de Enfermería. En: *Desarrollos y perspectivas de la profesión de Enfermería*. *Inv Edu Enfer* 2000; 10(2):53-6.

6. CIE. La definición de enfermería. Disponible en Internet: <http://www.actualidad.enfermuni.com/enfin/enfincie/index.asp>. Consultado en marzo de 2005.

7. Sánchez B. Identidad y Empoderamiento de la profesión de Enfermería. *Avances en Enfermería* 2002;20(1):22-32.

8. Alberdi RM. Las enfermeras para el tercer milenio. *Rol de Enfermería* 1993;178:43-50.

ENFERMERIA UNIVERSIDAD MAYOR TEMUCO: ENFERMERIA A TRAVES DEL TIEMPO.BLOGSPOT-COM/VIRGINIA HENDERSON.

EL CUIDADO COMO OBJETO DE ESTUDIO.

REFERÊNCIAS:

1. Watson J. *Nursing: the philosophy and science of caring*. Colorado: Colorado Associated University Press; 1985.

2. Watson J. *Caring science as sacred science*. Philadelphia: F.A.Davis Company; 2005.

3. Balanza N. El significado del cuidado de enfermería en la Perspectiva del paciente adulto hospitalizado *Cienc Enferm*.1997; 3(1):59-68.

4. Gutiérrez González MP, Núñez Carrasco ER, Rivera CL. Características del rol en el profesional de enfermería Intrahospitalario. *Enfermería*. 2002; 37(120): 29-33.

5. Rivas Riveros E. Posicionamiento de la enfermería Sustentabilidad y proyección. *Enfermería*. 2003; 38(124): 22-7.

6. Foucault M. *El nacimiento de la clínica: una arqueología de La mirada médica*. México: Siglo XXI; 1991.

7. Merhy EE. *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. São Paulo: Hucitec; 2002.

8. Parsons T. *El sistema social*. Madrid: Alianza; 1999.

9. Parsons T, Bales RF, Shils EA. *Apuntes sobre la teoría de la acción*. Buenos Aires: Amorrortu; 1970.

10. Bulteman I, compiladora. *Pensando las instituciones, sobre teorías y prácticas en educación*. Buenos Aires: Paidós; 1996 p. 140-61.

11. Medina JL. La pedagogía del cuidado: saberes y prácticas en la formación universitaria en Enfermería. Barcelona: Laertes; 1999. p. 29-56.
12. Monticelli M, Elsen I. El hospital como una .realidad clínica.: una comprensión a partir del encuentro entre trabajadoras de enfermería y familias de un servicio de alojamiento conjunto. Horiz Enferm. 2004; 15:37-52.
13. Perpiña Galvan J. Análisis de los registros de enfermería del Hospital General Universitario de Alicante y pautas para mejorar su cumplimentación. Enferm Clín. 2005; 15(2):95-102.
14. Santos SR, Nóbrega MML. A busca da interação teoria e prática no sistema de informação em enfermagem: enfoque na teoria fundamentada nos dados. Rev Latinoam Enferm. 2004; 12(3):460-8.
15. Cardona L, Silva L. Relación entre la percepción de los comportamientos del cuidados de los pacientes y la del personal de enfermería de la unidad de cuidado intensivo del Hospital Santa Clara. El arte y la ciencia del cuidado. Grupo de cuidado, Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia. (Trabajo de grado para optar el título de especialización en enfermería Cario Respiratória). Bogotá: Facultad de Enfermería. Universidad Nacional de Colombia; 2004. p. 157-62.
16. Da Silva LF, Coelho M, De Lima C, Silva de Souza P. Cuidados de enfermería: su sentido para enfermeras y pacientes. Enfermería. 2002; 37(120): 22-8.
17. Colegio de Enfermeras de Chile, A.G. Autonomía en la gestión del cuidado de enfermería, eje temático 1. Enfermería. 2004; 39 (125): 11- 6.
18. Leininger M. Teoría de los cuidados culturales. In:: Marriner A, Raile M. Modelos y teorías de enfermería. 6a ed. Philadelphia: Mosby; 2007.p. 472-98.
19. Torralba F. Constructos éticos del cuidar. Enferm Intensiva. 2000; 11(3):136-41.
20. Collière MF. Promover la vida. De la práctica de las mujeres cuidadoras a los cuidados de enfermería. Madrid: Editorial McGraw-Hill Interamericana; 1993.

DESARROLLO DEL PROCESO DE ENFERMERÍA

(Lin, Dean y Ensel, 1986)

Salud, Vida sana y Dietas 2009,

www.enbuenasmanos.com › Vidasana › Relajación 2000.

*Portal.IPS.gob.cl/roller/autocuidado/...
/Físicos.*

CITA: Actas Urológicas Españolas 29(4):378-386, Abr 2005

Inmunización o vacunación: MedlinePlus

www.nlm.nih.gov/medlineplus/.../immunization.html

Intervenciones con masajes para la promoción de la salud mental y ...

www.update-software.com/.../AB005038-ES.htm - En caché

NECESIDAD DE EVITAR LOS PELIGROS

Internet descarga directo

www.siquieropuedo.com/.../actividades-para-reducir-el-estrés

Salud y Medicinas -11/28/2009 www.saludymedicinas.com.mx/

chile.yaclasificados.com/.../1331_La_Mejor_Terapia_en_Lectura.html

22 Jun 2006

© 2009 *Arte para la Salud - Niñez y Juventud - vih-sida*

Teorías de la personalidad Abraham Maslow 1908 1970