

**ESCUELA DE ENFERMERIA DE LA SECRETARIA DE SALUD DEL
DISTRITO FEDERAL CON ESTUDIOS INCORPORADOS A LA
UNAM**

***PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA APLICADO A
UN ADULTO MAYOR CON ALTERACIÓN RENAL
BASADO EN LA TEORÍA DE VIRGINIA HENDERSON***

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

**PRESENTA
MONTESINOS MÉNDEZ ROSA HILDA**

NO. DE CUENTA 404512752

DIRECTORA DE TRABAJO

MTRA: SANDRA M. SOTOMAYOR SÁNCHEZ

MARZO 2011



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.

ÍNDICE

	INTRODUCCIÓN	1
	JUSTIFICACIÓN	3
	OBJETIVOS	4
IV.	MARCO TEÓRICO	5
	4.1 Enfermería como profesión disciplinar.....	5
	4.2 El cuidado como objeto de estudio	19
	4.2.1 Concepto.....	19
	4.2.2 Antecedentes.....	24
	4.2.3 Tipos de cuidado.....	25
	4.3 Teoría de enfermería.....	27
	4.3.1 Concepto.....	27
	4.3.2 Objetivos y clasificación.....	29
	4.3.3 Relación de la teoría con el proceso de enfermería...	31
	4.3.4. Teoría de Virginia Henderson.....	33
	4.4 El proceso de enfermería como herramienta metodológica para dar cuidado.....	37
	4.4.1 Concepto y objetivo.....	37
	4.4.2 Descripción de etapas.....	40
	4.5 La persona adulta.....	61
	4.5.1 Características biológicas, psicológicas y sociales...	61
	4.5.2 Enfermedades más frecuentes en la etapa adulta....	68
	4.5.3 Enfermedades crónico degenerativas.....	69
	4.5.4 I.R.C (fisiopatología, Cuadro clínico, Dx, médico, Tx).....	70
V.	APLICACION DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN UN ADULTO CON ALTERACIÓN METABÓLICA	82
	5.1 Presentación de la persona sujeta a proceso de cuidado.....	82
	5.2 Resultados de valoración	84
	5.3 Dx. Reales.....	85
	5.4 Dx. Potenciales.....	91
VI.	CONCLUSIONES	95
VII.	BIBLIOGRAFÍA	96
VIII.	ANEXOS	98

INTRODUCCIÓN

La enfermería ha evolucionado profesionalmente, en la actualidad para su práctica se requiere más que vocación y buena voluntad, de ahí el interés de hacer una reflexión y una revisión acerca del cuidado, la naturaleza del mismo y la importancia que tiene para la profesión de enfermería y para las personas a las cuales se dirige. La evolución de la enfermería como disciplina hace necesario el estudio del cuidado no solamente desde el punto de vista práctico, sino también desde el punto de vista teórico, a efecto de revisar los principales conceptos y teorías que dan fundamento al ejercicio de la práctica de la enfermería.

La esencia de la enfermería es el cuidado, al cual podemos definir como, las acciones que realiza la enfermera y que tienen como finalidad tratar de resolver problemas que se interponen o influyen en la calidad de vida de las personas. El cuidado se dirige a la persona (individuo, familia, grupo y comunidad), que en continua interacción con su entorno, vive experiencias de salud. Los cuidados son la razón de ser de la profesión y constituyen el motor de nuestro quehacer y por lo tanto nuestro foco de atención y objeto de la enfermería como disciplina profesional.

En virtud de la importancia que tiene la práctica para la disciplina de enfermería, es requisito indispensable, que ésta cuente o se apoye en una metodología que garantice el otorgamiento de un cuidado individual holístico y de calidad, y es precisamente el Proceso de Enfermería la representa.

El Proceso de Enfermería se define como una serie de pasos ordenados y sistematizados para dar cuidado, esté esta integrado por las etapas de: valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación. Éste Proceso para lograr el objetivo requiere de apoyarse en una teoría que lo sustente y le otorgue un carácter disciplinar.

El presente trabajo consiste en el desarrollo y aplicación de un Proceso de Enfermería a un adulto mayor con alteración renal, atendido en el Hospital Especialidades Centro Médico Nacional Siglo XX, en el Servicio de Nefrología, para lo cual se utilizó la teoría propuesta de Virginia Henderson, la cual consiste en la valoración de las 14 necesidades.

El trabajo esta organizado en diferentes apartados: 1) Marco teórico, 2) Aplicación del Proceso de Enfermería, 3) Conclusiones, 4) Bibliografía y 5) Anexos

En el primer apartado que corresponde al Marco teórico se realiza una revisión histórica del surgimiento del concepto de enfermería y de la evolución de dicha actividad, así como de los factores sociales y económicos que influyeron en el desarrollo de la enfermería como profesión y disciplina desde sus orígenes. Se revisaron conceptos teóricos relacionados con el concepto de disciplina y de profesión los cuales permiten identificar el proceso de profesionalización de la enfermería. Se habla de la teoría de la enfermería, su objetivo, clasificación y su relación con el Proceso de Enfermería, enfatizando la importancia y trascendencia de dicha relación. Se desarrolla la teoría de **Virginia Henderson**. En el último apartado de este marco teórico se realizó la revisión de las características biológicas, psicológicas, patológicas y sociales, así como las enfermedades más frecuentes en la etapa Adulta Mayor, enfocándose a la Insuficiencia renal.

Es importante destacar que todos los profesionales del cuidado deben estar conscientes de la amplitud de la responsabilidad que se tiene en cuanto a tomar decisiones autónomas frente al cuidado a la persona, es esencial apoyarse en una concepción clara y explícita del cuidado, así como el desarrollo y aplicación de conocimientos, actitudes y habilidades a partir de la concepción disciplinar de la profesión.

JUSTIFICACIÓN

El Proceso de Atención de Enfermería, constituye una herramienta metodológica imprescindible para brindar cuidado profesional con un alto grado de calidad, a través de la aplicación de éste, el profesional de enfermería logra tener autonomía en la práctica y en SU rol profesional.

El aplicar proceso a la persona que cuidamos significa el interactuar de manera holística proyectando en todo momento al “CUIDADO”, como objeto de estudio ya que la enfermería es una disciplina, es científica, sensible y creativa en la atención a la persona, retomando una filosofía; tendiente a abarcar la totalidad del ser, lo cual es un factor importante para lograr identidad profesional.

La aplicación regular del el Proceso de Atención de Enfermería en la práctica diaria es una condición indispensable para unificar un lenguaje disciplinar propio lo cual nos hace ser diferentes a otras disciplinas.

El proceso es además, una opción muy buena de titulación para el pasante de la carrera de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia.

OBJETIVO

Aplicar el proceso de enfermería al adulto mayor con alteración metabólica basado en la teoría de Virginia Henderson, con la finalidad de brindar cuidados de calidad y holístico.

IV. MARCO TEÓRICO

4.1 Enfermería como profesión disciplinar

Antes de empezar a profundizar en el significado de la **enfermería como profesión disciplinar** estimo pertinente tener en consideración el concepto de enfermería, su función de la misma, así como tener presente su objeto de estudio.

Frecuentemente aparecen, en la literatura profesional, afirmaciones que tratan de argumentar que la enfermería es *una práctica tan antigua como la propia humanidad o un acto de vida* (Collière, 1993), también se le considera *como un proceso de acción, reacción e interacción en el cual la enfermera y el enfermo comparten información acerca de sus percepciones en la situación de la enfermería. A través de esta comunicación identifican las metas, los problemas e intereses específicos* (King, 1992). Sin embargo, aunque existen muchas definiciones, algunas no reflejan correctamente los conocimientos teóricos y prácticos de la enfermera profesional.

Así tenemos que la enfermería no tiene un significado universal y quizá aún más sorprendente que la palabra enfermera, aparentemente no tiene un significado único en la mayoría de los países, este vocablo comprende una mezcla de niveles y grupos (estudiantes, auxiliares, técnicos, profesionales, generalistas y especialistas), lo cual revela una falta de coherencia en el seno de la profesión, respecto a las figuras que la representan dificultando también una definición de su función en los diferentes escenarios de intervención.

La enfermería es concebida desde tres aspectos diferentes: sociológico, teórico-filosófico y desde el ejercicio profesional.

- ✓ Aspecto sociológico: *es la profesionalización de la actividad de cuidar.*
- ✓ Aspecto teórico-filosófico: en el cual tenemos el concepto que proporcionó Florence Nightingale, *conceptualizándola como el acto de utilizar el ambiente del paciente para ayudarle en su recuperación.* Cien años después V. Henderson la define *como la función propia de la enfermera consistente en atender al individuo, enfermo o sano, en la ejecución de aquellas actividades*

que él realizaría por sí mismo si tuviera la fuerza, voluntad o conocimientos necesarios. Durante los últimos años varias enfermeras teorizantes han desarrollado su visión particular de la enfermería definiéndola de forma explícita en sus respectivas teorías, sistemas conceptuales, modelos, etc.

- ✓ Desde el ejercicio profesional se ve a la enfermería como el diagnóstico y tratamiento de las respuestas humanas a problemas de salud reales o potenciales.

Por lo que tomando elementos de las diversas definiciones existentes de enfermería, me permito proponer la siguiente definición **como la profesión disciplinar que conjunta y organiza una serie de conocimientos que permiten la identificación y el tratamiento de las respuestas humanas a los problemas reales o potenciales de salud, quienes la ejercen prestan un servicio de cuidados a personas total o parcialmente dependientes, cuando éstas, responsables de su cuidado ya no son capaces de prestar o supervisar el mismo.**

Hall (1979) siendo responsable de Enfermería de la Oficina Regional para Europa de la Organización Mundial de la Salud, apuntaba que *la disciplina que conocemos como enfermería es el resultado de la evolución dentro de la sociedad de una actividad humana fundamental: la actividad de cuidar*. Por lo que la función de la enfermera es prestar cuidados a los individuos y a los grupos para lograr, conservar y restaurar la salud. Si esto no es posible, las enfermas deben ayudar por lo menos a que los individuos fallezcan con dignidad.

En esta línea, tenemos que la **función de la enfermera** es *proporcionar un servicio esencial que satisface una necesidad social. Enseñan, guían, orientan a los individuos y a los grupos y los ayudan a conservarse sanos. Proporcionan cuidados a los individuos y a los grupos que, cuando están bastante enfermos o muy delicados usualmente son hospitalizados. Las enfermeras dan cuidados a los individuos que padecen enfermedades crónicas y aquéllos que necesitan rehabilitación para ayudarlos a aprovechar su capacidad potencial para desenvolverse como seres humanos en los diferentes aspectos de su vida humana. La enfermera complementa la labor del médico, de las familias, de los grupos paramédicos en coordinación con un plan de cuidado de la salud para los individuos y grupos.* (King, 1999).

En concordancia con lo anterior, debemos tener presente que los seres humanos tienen tres necesidades fundamentales de salud:

1. Información útil acerca de la salud cuando la necesiten y puedan usarla,
2. Cuidado preventivo, y
3. Cuidado cuando no pueden ayudarse a sí mismos.

La enfermería encuentra su razón de ser en un conjunto de necesidades de la sociedad. Concretamente, en las necesidades de cuidados de salud de las personas y los grupos. A medida que las sociedades se estructuran y organizan las acciones personales, como son los cuidados de salud, se van convirtiendo en procesos sociales y, con el fin de garantizar su cobertura, cuando la persona no puede hacerlo por sí misma o se requiere una especialización y son necesarios conocimientos o tecnologías especiales, se asumen como una responsabilidad colectiva, y adquieren así significado los cuidados enfermeros y las enfermeras. **Los cuidados de salud** de las personas y los grupos son, por lo tanto, la razón de ser de la enfermería, su objeto de estudio e interés.

Así tenemos, que la enfermería es una actividad que se caracteriza por requerir conocimientos y habilidades específicas y por ello han sido reconocidas las personas que la practican. Sin embargo, no adquiere el rango de profesión, en el sentido de requerir una formación reglada, recibir una retribución por su práctica y garantizar su ejercicio con un código ético hasta el siglo XIX, mientras que otras profesiones, con orígenes similares, adquirieron estatus académico en la edad media; lo anterior en virtud de que a la luz de los antecedentes históricos, desde la antigüedad hasta no hace mucho tiempo, a la práctica de la enfermería se le han atribuido características altruistas por encima de las profesionales.

Estimamos que los factores que influyeron negativamente en el desarrollo de la enfermería como profesión y disciplina son:

- a. Históricamente encontramos que la enfermería tiene profundas raíces en la medicina, su existencia y evolución guardan relación directa con las condiciones políticas de los hospitales, por dicho motivo durante mucho tiempo se le consideró como una actividad de apoyo, sin mayor trascendencia y siempre ligada y subordinada a la autoridad del médico.

- b. Durante mucho tiempo la atención de las personas estuvo asociada con una actividad de altruismo mal entendida. Esto se vincula con los primeros cuidados que se otorgaban en forma gratuita, luego como una expresión de caridad y salvación del alma en la era cristiana, posteriormente una forma de pago a una falta en la vida en sociedad, posteriormente muchas enfermeras iniciaron su formación en hospitales, en donde tenían que trabajar gratuitamente con el argumento que se encontraban aún en formación, y el establecimiento les ofrecía entrenamiento práctico y alimentación.
- c. La enfermería en sus orígenes fue prestada en su mayoría por la mujer caracterizada por el temperamento maternal, idiosincrasia propia y muchas veces impuesta por diferentes sociedades, asimismo la discriminación a que estaba sometida la mujer, la obligaba, generalmente, a realizar solamente las actividades hogareñas y no se les permitía estudiar; por lo que la actividad de cuidar estaba basada en la experiencia práctica y el conocimiento común delegado de antiguas ordenes religiosas, por lo que su ámbito se reducía a lo empírico y domestico.

A principios del siglo XIX la enfermería no se consideraba ni una disciplina académica, ni una profesión, es hasta 1860 que se esbozaron los primeros intentos para desarrollar la práctica de la profesión, y convertir la especialidad en una disciplina científica, en este contexto tenemos concretamente a Florence Nightingale enfermera reconocida como la "*señora de la lámpara*", que consciente de la necesidad de impartir una formación adecuada, estableció un sistema de enseñanza que instauró en esa época a la enfermería como profesión emergente y constituyó una innovación en la preparación de la enfermera durante esa época e inició la práctica profesional, ya que como se comentó anteriormente, la práctica de enfermería se basaba en reglas, principios, tradiciones y en la experiencia. Podemos destacar que sus principales aportaciones son:

- ✓ La búsqueda de un cuerpo de conocimientos propio de la enfermería.
- ✓ Organizó las enseñanzas y la educación de la profesión.
- ✓ Inició la investigación en enfermería y fue la primera en escribir sobre la disciplina.
- ✓ Fue la primera en utilizar la estadística, la epidemiología y los conceptos de higiene y saneamiento dentro de la enfermería y la medicina.

No obstante lo anterior, desde esa época hasta los años cuarenta y cincuenta del siglo XX se produce una interrupción en el desarrollo de la disciplina enfermera. Hasta que en el panorama surgen enfermeras investigadoras como Peplau y Henderson que inician estudios sobre los contenidos teóricos de la enfermería. Al mismo tiempo enfermeras docentes, entre las que se destaca Ida J. Orlando, describiendo métodos de trabajo propios de la actividad profesional (García Martín-Caro, et. al, 2001).

Es a partir de este momento que se comienza a superar la concepción de la enfermería como la mera actividad de cuidar, convirtiéndola en una disciplina diferenciada de otras profesiones de la salud, dotándola de un cuerpo de conocimientos, de un método científico, de la postulación de modelos y teorías que orienten el quehacer y fundamenten la profesión, emergiendo la autonomía de los cuidados de enfermería en el objeto central de estudio, que es el cuidado del individuo o comunidad.

Durante el siglo XX se logró que la enfermería ganara reconocimiento como profesión y disciplina, en los foros internacionales se inició una discusión sobre la naturaleza de la enfermería como ciencia, ya que uno de los temas más problemáticos es el referente a la naturaleza del conocimiento de la enfermería y la diferenciación entre disciplina y profesión. Derivado de que *la disciplina y la profesión* son términos que intrínsecamente se relacionan, no se reconocía la existencia de una disciplina con un cuerpo de conocimientos, asimismo no se le separara de las actividades realizadas por los profesionales de la enfermería, por lo que favorecía la idea de que la enfermería era más una vocación que una profesión, incluso se llegó a cuestionar si la enfermería como disciplina existía realmente (Marriner Tomey-Raile, 2003).

En la actualidad, los términos enfermería, cuidado, disciplina y profesión enfermera están siendo utilizados de forma regular para referirse a lo que las enfermeras hacen en la práctica diaria. Es más, los doctrinarios de la enfermería no han llegado a un consenso de estos conceptos, posiblemente por ser difícil su definición, sin embargo, la utilización por los profesionales de la enfermería de los términos de disciplina y profesión indistintamente son erróneos, ya que éstos no significan lo mismo, es verdad que dichos vocablos están interrelacionados, pero cada uno de estos términos posee un significado específico relevante para la enfermería. Por lo que nos daremos a la tarea de intentar establecer una definición de los mismos.

- **La enfermería como disciplina**

El término **disciplina** se refiere al *conjunto de conocimientos rigurosos y sistemáticos sobre una determinada materia que explica e implica. Una disciplina explica, porque describe, analiza y confiere conocimientos ordenados y sistemáticos interrelacionados con otras áreas disciplinares pero con independencia de ellas. Los conocimientos disciplinares, ordenándolos en un mismo límite y validez, producen la clara diferenciación del objeto disciplinar.*

Cabe destacar que a la vez una disciplina implica un ejercicio profesional, con actitudes determinadas y aptitudes específicas y técnicas aplicadas.

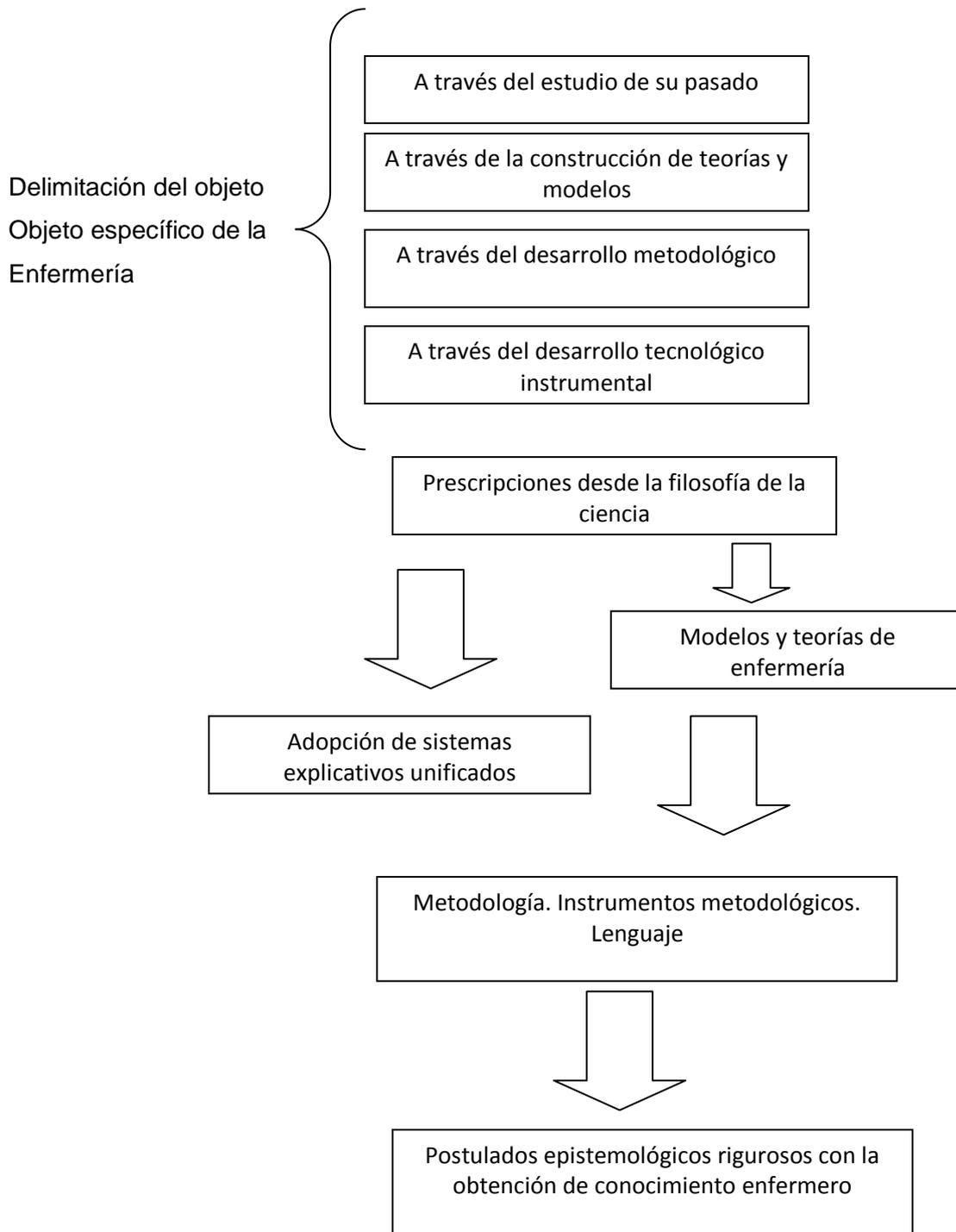
La disciplina tiene tres características:

1. Poseen un cuerpo de conocimientos sistemáticos y relacionados entre sí que da significado global al objeto de la disciplina o rama del saber.
2. Utilizan en su actividad el método de la ciencia, adaptado a las particularidades del objeto disciplinar.
3. Organizan los conocimientos con lenguaje científico

Por lo que tenemos que la enfermería como disciplina construye un cuerpo de conocimiento, además tiene delimitado su objeto de intervención y el sujeto a quien va dirigido la misma. Actualmente, las enfermeras cuentan con diferentes marcos conceptuales, o modelos de cuidados, para fundamentar la práctica profesional. Estas estructuras teóricas, elaboradas a partir del año 1950, se desarrollan sobre la base de teorías provenientes de diversas disciplinas como la psicología, la antropología, la sociología, entre otras, en las que las teóricas enfermeras, fundamentalmente del área anglosajona han profundizado en el estudio de estas ciencias en postgrados y doctorados lo que les ha llevado a maneras diferentes de ver la enfermería.

Consideramos que la enfermería es una disciplina porque posee un cuerpo teórico conceptual propio, que sustenta sus principios y objetivos, y que se encuentra en constante renovación a través de la investigación científica; posee además, un método científico propio de actuación -el Proceso de Atención de Enfermería- que incluye técnicas y procedimientos particulares, dirigidos al cuidado de la salud de las personas.

Esquema de la construcción disciplinar de la enfermería



Fuente: J. Hernández Conesa

- **La enfermería como profesión**

El término **profesión** se refiere al *trabajo con componentes éticos encaminado a incrementar el bienestar humano y social*. Posee un conjunto de conocimientos propios, basado en los principios de la ciencia, que ha de ser desarrollado y sometido a la experimentación, es decir, el término *se relaciona a un campo especializado del trabajo, basado en la estructura teórica de la ciencia o del saber de una disciplina y las habilidades prácticas necesarias para el desarrollarlo*.

Burgos y Paravic en el desarrollo de su artículo denominado *Enfermería como profesión* basándose en lo señalado por *Ellis y Hartley (1997)*, propusieron siete características para el análisis de la enfermería como profesión:

1. **Respecto a tener un cuerpo definido y organizado de conocimientos intelectuales que puedan ser aplicables a la actividad del grupo.** Algunos autores cuestionaban hace algunos años si enfermería poseía un conjunto de conocimientos propios. Si bien es cierto, enfermería adquiere conocimientos de otras disciplinas, se ha logrado en base a éstos, establecer un cuerpo de conocimientos, representados en teorías y modelos que sustentan el quehacer. Hacia 1950 se había generalizado la idea de establecer un cuerpo de conocimientos y el desarrollo de una base científica de enfermería, así en 1952 *Peplau* desarrolla la primera teoría del ejercicio profesional de enfermería. Posteriormente *Orlando* en 1961, aporta una teoría de las comunicaciones, más tarde continúa la necesidad de contar con teorías y poder desarrollarlas. Surgió de este modo varias teorías y modelos conceptuales, de diversos autores tales como; *King, Roy, Rogers, King, Orem* y *Newman*, entre otros.
2. **Respecto a la utilización del método científico.** El proceso de atención de enfermería es el resultado de esfuerzos que comenzaron a realizarse a mediados del siglo veinte. Este proceso consiste en la aplicación del método científico, como método sistemático que permite fundamentar la práctica de los cuidados, en pos de mejorar la atención brindada a las personas. Primeramente, *Hall* en 1955 identifica a la enfermería como a un proceso dirigido a cuidar a las personas. En la siguiente década *Orlando* propone lo que es considerado una formulación embrionaria del proceso de enfermería, otras autoras como *Windenbach* definen el propósito de este método. En 1966 *Knowles* explicita las etapas del proceso, las que fueron definidas finalmente

por la escuela de Enfermería de la Universidad Católica de Colorado, y consideró las etapas del proceso de enfermería tal como actualmente conocemos; valoración, planificación, ejecución y evaluación.

3. ***Formar a los profesionales en instituciones de alto nivel educacional.***

Florence Nightingale desarrolló el primer programa organizado de formación para enfermeras, en 1860 en la llamada Nightingale Training School for Nurses, unida al St. Thomas`s Hospital. El objetivo de esta escuela era preparar enfermeras de hospital, enfermeras prácticas cuya dedicación fuera la de atender enfermos pobres, y por otro lado enfermeras capacitadas para formar a otras. Los contenidos teóricos eran dictados por médicos y la formación práctica estaba a cargo de una enfermera entrenada. Esta formación de enfermeras sirvió posteriormente de modelo a escuelas de enfermería de todo el mundo.

El sistema Nightingale llega a Estados Unidos aproximadamente el año 1873, y dio continuidad a la formación de enfermeras en hospitales. Posteriormente surgió la tendencia de establecer hospitales universitarios, convirtiendo las escuelas de enfermería en parte del sistema universitario general. Sin embargo continúa la formación de enfermeras en hospitales y en escuelas superiores públicas, lo que contravino las intenciones de convertir la formación profesional en universitaria.

En América Latina la formación universitaria en enfermería es relativamente reciente, comenzó a vincularse a las universidades en la década de los treinta del siglo XX. Junto a esto los procesos de formación de enfermeras han sido muy heterogéneos. Diferentes programas y años de estudios en la formación de enfermeras a nivel mundial, ha sido un factor que ha dificultado el desarrollo de esta carrera en su reconocimiento social como profesión a lo largo de la historia.

En el 2004, un estudio realizado por Castrillón y Lopera sobre la formación de enfermería en pregrado, destacaba que el 75,8% de los programas de pregrado de enfermería estaban vinculados a universidades, cincuenta y seis programas aun estaban vinculados a hospitales y de éstos el 37,5% pertenecen al sector público y el 62,5% al sector privado. La expansión de programas en establecimientos no universitarios obedecía a la proliferación de

programas técnicos y de diplomas en enfermería. Otro hallazgo importante fue la diversidad de títulos y modalidades de formación, diferencias de horas asignadas a la entrega teórica y práctica de la formación.

4. **Funcionar con autonomía en la formulación del control profesional de sus actividades profesionales.** La conquista de la autonomía asegura el derecho a la práctica profesional y ha sido considerada como un indicador de la profesionalización de la disciplina. La autonomía se asocia a independencia, asumir riesgos y responsabilidad en el quehacer.

La marcada dependencia médica desde los inicios de la profesión, desde la era Nightingale, ha constituido un factor determinante en el desarrollo de la autonomía de las enfermeras. Dicha formación poseía una marcada dependencia del médico sobre la atención de salud, y la enfermera debía limitarse a cumplir sus órdenes. Esta situación se evidenciaba en el quehacer en la falta de autonomía de la enfermera, que veía limitado su actuar a las indicaciones médicas. Esto se comienza a superar con la formación de un cuerpo de conocimientos, la aplicación del método científico, la postulación de modelos y teorías que orienten el quehacer y fundamenten la profesión, emergiendo la autonomía de los cuidados de enfermería en el objeto central de estudio, que es el cuidado del individuo o comunidad. En la medida que la enfermera se ha empoderado de los cuidados como su principal propósito, y cuenta con argumentos teóricos, es capaz de perfilar un quehacer autónomo e indelegable. La autonomía y su asociada responsabilidad se evidencian en la legislación de los países que regula el quehacer profesional.

5. **Desarrollar un código de ética profesional.** El código de conducta en enfermería data desde las escuelas Nightingale, donde era requisito para las postulantes una conducta y disciplina intachables. El primer código de ética en enfermería fue publicado por la Asociación Nursing American (ANA) en 1950. El Consejo Internacional de Enfermeras (CIE), adoptó por primera vez un Código internacional de ética para enfermeras en 1953. Actualmente el documento en que el CIE establece las normas y valores de la actividad del profesional de enfermería es el Código deontológico. El *Código deontológico del Colegio Internacional de Enfermeras para la profesión de enfermería* tiene cuatro elementos principales que ponen de relieve las normas de conducta ética;

enfermería y las personas, enfermería y la práctica, enfermería y la profesión y enfermería y sus compañeros de trabajo.

6. **Reconocer a la profesión como una contribución a la sociedad por los servicios que presta.** Se reconoce desde tiempos de Nightingale la misión humanitaria de las enfermeras. El servicio profesional a la sociedad exige integridad y responsabilidad en la práctica ética y un compromiso social. El compromiso del profesional de enfermería debe ser un compromiso inalienable. La relación de cuidados de enfermería se establece en una relación de confianza, donde el otro deposita su confianza en las competencias del profesional durante la atención. Este compromiso social se ha traducido también en la reconocida participación de enfermeras en problemas que aquejan a la población mundial como son la salud de pueblos indígenas, salud de migrantes, violencia y drogas, entre muchos otros.

7. **Realizar esfuerzos para ofrecer compensación a los profesionales por medio de autonomía, desarrollo profesional y seguridad económica.** La enfermería a través de sus organizaciones nacionales e internacionales ha realizado grandes esfuerzos por la profesión en estos puntos. El CIE en una declaración revisada el 2007, establece que esta organización tiene la firme convicción de que el desarrollo de la carrera profesional es un importante factor que contribuye a la prestación de unos cuidados de gran calidad a nivel mundial. Por tanto, el desarrollo de la carrera profesional debe sustentarse en un sistema de formación articulado, unas estructuras profesionales reconocidas y flexibles para que haya posibilidades de movilidad profesional y acceso a oportunidades de espíritu emprendedor y empresarial. Además establece que se deben promover y establecer remuneraciones adecuadas, reconocimientos y ascensos.

Siguiendo esta línea para identificar que estamos en presencia de una profesión hay que tomar en cuenta los siguientes criterios:

1. Ofrece un servicio único
2. Es vocacional
3. Esta ejercida por profesionales
4. Controla la actividad
5. Requiere preparación específica

6. Es autónoma
7. Asume su responsabilidad
8. Es altruista

Ejercer la profesión significa la práctica independiente de la disciplina profesional. El distintivo de una persona *profesional* es el uso de su propia capacidad intelectual, de los fundamentos que le ha proporcionado su educación y de su sentido de valores morales para tomar decisiones altamente responsables.

Con lo antes expuesto, estimamos que la enfermería es una profesión porque:

1. La enfermería, como profesión por derecho propio es responsable de la planificación, organización, ejecución y evaluación de los servicios de enfermería. Es responsable también de educar y preparar a quienes ofrecen estos servicios.
2. La práctica de la enfermería requiere la aplicación de conocimientos y habilidades específicos de esta disciplina.
3. La responsabilidad fundamental del profesional de enfermería es proporcionar *cuidados directos al paciente, cliente, familia y/o comunidad*. Toma parte en el mantenimiento, promoción y protección de la salud, en el tratamiento del enfermo y su rehabilitación. Aborda los aspectos psico-somáticos y psico-sociales de la vida, en tanto en cuanto estos afectan a la salud, enfermedad y la muerte.
4. El personal de enfermería trabaja sobre una base de colaboración con trabajadores de otras disciplinas de la salud.

Así tenemos que la enfermería después de su consolidación como disciplina, entró a un proceso de profesionalización que se asocia al desplazamiento del saber empírico al saber científico; en el caso de nuestra profesión, esta tendencia viene impulsada, además de la adquisición de rango universitario, por las nuevas necesidades en relación al desempeño del personal, que implica actividades de valoración, diagnóstico, planificación, tratamiento y evaluación de las respuestas humanas tanto en las personas enfermas como sanas. Esto genera una nueva forma de participación de las enfermeras y los enfermeros, y como respuesta a esto, un intento por parte de los mismos de delimitar su campo de acción, reconociendo como una debilidad interna el realizar actividades bajo la dependencia médica. Es decir, al enfatizarse un rol desde la perspectiva científica, se consolida un perfil ocupacional

que incluye autonomía profesional y una gestión de cuidados basada en este saber científico. Con la profesionalización de la enfermería se logrará la excelencia en el desempeño profesional, lo que llevará a elevar el nivel científico, humano y ético para ponerlo al servicio de todas las personas.

Por lo que podemos resumir que la enfermería es una profesión que exige del profesional que la ejerce una amplia preparación técnica, científica, y humana, para brindar una atención de calidad; quien no cuenta con este conjunto de aptitudes, cualidades y disposiciones para desempeñar su trabajo como un verdadero profesional no se puede decir que cuente con identidad y vocación de servicio.

Asimismo, como puede observarse en el devenir histórico de la enfermería, el camino que ha recorrido para transitar de una simple actividad de apoyo del médico a una profesión disciplinar ha sido largo, pero actualmente la enfermería constituye una peculiar disciplina dentro de las ciencias de la salud; la tarea de cuidar personas tiene naturalmente elementos científicos, pero no puede reducirse a una tarea técnica o científica, pues incluye necesariamente un grado de sabiduría, de humanidad que no puede garantizar el mero conocimiento científico. La enfermera no es una técnica del cuerpo humano, ni un apéndice del artefacto técnico, sino una profesional cuyo objetivo fundamental es cuidar a otro ser humano que padece una situación vulnerable. Para poder realizar óptimamente su función, debe conocer, a fondo, su destinatario, pero no sólo la dimensión física de él, sino todo el ser humano globalmente considerado. Desde este punto de vista, los estudios de enfermería deben integrar armónicamente conocimientos científicos, pero también conocimientos de carácter humanístico, como la antropología o la ética.

Concluimos que la enfermería reúne las características de una disciplina, y como profesión (aún joven), y que existen elementos para argumentar, que se dispone de las herramientas necesarias para seguir desarrollándose en esta sociedad dinámica, cambiante y global. Haciendo frente como profesión a los nuevos desafíos con claridad y visión de futuro; por lo que consideramos adecuado hablar de la enfermería como una profesión disciplinar.

Por último, cabe destacar que no obstante el fenómeno de consolidación de la enfermería en el campo de la ciencia y profesional, en el proceso de profesionalización aún falta desarrollar una verdadera autonomía profesional, una plena identificación y

profundización en el cuerpo de conocimientos propios de la enfermería, acabando con la tradicional dependencia de la profesión médica y modelo médico.

4.2 El cuidado como objeto de estudio

A partir las definiciones existentes de enfermería, desde el aspecto disciplinar el cuidado es el objeto de la enfermería y desde la perspectiva del ejercicio profesional, el cuidado constituye la función propia de la profesión, por lo que el cuidado es el objeto de estudio de la enfermería.

4.2.1 Concepto

Referirse al término de cuidado nos lleva inmediatamente a pensar en este concepto como el eje de la profesión de enfermería. Sin embargo el origen de los cuidados enfermeros se encuentra en las acciones de cuidado que cada persona lleva a cabo por sí misma y de manera cotidiana para mantener su bienestar, según describen teóricas como Collière (1993), Orem (1993 y 2001) y Henderson (1979 y 1994).

El concepto de cuidado, lo encontramos reflejado en parte, en las teorías y modelos de enfermería, en parte en las prácticas profesionales vigentes y en parte en el análisis de los resultados de investigaciones sobre cuidado de enfermería para la promoción, la prevención y restauración de la salud de las personas durante su ciclo de vida. Al revisar las publicaciones, encontramos una diversidad de concepciones sobre la naturaleza del concepto de cuidado de enfermería, fundamentados en diversas corrientes filosóficas. A mi consideración las principales teorías que proporcionan un concepto de cuidado son:

1. **Teoría General de Autocuidado de Dorothea Orem (1972).** Define el cuidado como “una actividad orientada hacia el objetivo de satisfacer necesidades determinadas”. Desde la perspectiva del autocuidado lo explica como “una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigidas por las personas hacia sí mismas o hacia el entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud o bienestar”

Brindar cuidados significa ser responsable de proveer o encargarse de individuos que dependen de otros por sus condiciones o estado de salud Define los sistemas de enfermeros como series y secuencias de acciones prácticas de las enfermeras que actúan para proteger y regular el desarrollo de la actividad de autocuidado de los pacientes (Marriner Tomey-Raile, 2003).

- 2. El cuidado cultural de Madeleine Leininger.(1976).** Define enfermería como profesión humanista y científica, que se centra en los fenómenos y las actividades de los cuidados para ayudar, apoyar y facilitar a las personas o grupos a que conserven o recuperen su bienestar o salud de un modo culturalmente significativo o beneficioso.

Su visión de los cuidados de enfermería esta dirigida a que las acciones o actividades profesionales de asistencia sean diseñadas de forma específica para que encajen con los valores, creencias y modos de vida culturales de las personas grupos o instituciones para ofrecer o dar apoyo a una atención sanitaria para el bienestar beneficioso y satisfactorio. (Marriner Tomey-Raile, 2003).

- 3. Filosofía y Ciencia del Cuidado Jean Watson (1979)** El cuidado es el elemento central unificador de la práctica de enfermería: la esencia de enfermería.

Un problema importante para la enfermería actual es la conservación y el avance del cuidado humano. Al describir más claramente el papel de la enfermera en nuestra época (1995) plantea que se debe conceder más énfasis al cuidado transpersonal, la intencionalidad, la conciencia del cuidado y el campo del cuidado (Marriner Tomey-Raile, 2003).

A pesar de estas identificaciones en las que tan claramente se relacionan los cuidados y la enfermería, coincidimos con la visión de Collière que pone de manifiesto la existencia de dificultades para describir con claridad y de manera homogénea el significado y la naturaleza de los cuidados enfermeros. Siguiendo a esta autora señala que la historia de los cuidados vividos y transmitidos por las mujeres hace que los cuidados por ellas dispensados, tanto en el medio hospitalario no psiquiátrico como en los ambulatorios, se identifiquen hoy con la denominación de cuidados de enfermería.

En este tenor el término cuidado tiene una acepción amplia, por lo que podemos decir que el cuidado es una actividad que ha existido desde el inicio de la humanidad, pues es algo innato y fundamental de la vida de las personas. Por eso no todas las personas que cuidan de otras están haciendo enfermería (García Martín-Caro, et. al, 2001).

De acuerdo a García Martín-Caro, el cuidado deber ser analizado desde el punto de vista de: el cuidado como actividad humana y el cuidado profesionalizado.

A. El cuidado como actividad humana

Collière identifica que los cuidados no fueron propios de un oficio, y aún menos de una profesión, sino que son actos que cualquier persona que ayuda a otra a asegurarle todo lo necesario para continuar su vida, en relación con la vida de grupo, así define que *cuidar es un acto de vida que tiene por objetivo, en primer lugar y por encima de todo, permitir que la vida continúe y se desarrolle y, de ese modo, luchar contra la muerte: la muerte del individuo, la muerte del grupo, la muerte de la especie.*

Por lo que siguiendo a dicha autora cuidar es una actividad sencilla y habitual en el ser humano, que practica continuamente como parte integrante de las actividades diarias de las personas para responder a la aspiración esencial de cubrir las necesidades fundamentales.

B. El cuidado profesionalizado

Puesto que las circunstancias van cambiando el término de cuidar paso del acto sencillo y habitual del ser humano, a un cuidado profesionalizado, es decir el acto de cuidar paso a ser una acto organizado, constituyendo una disciplina humana y sanitaria, que utiliza conocimientos de otras disciplinas.

Para ofrecer el cuidado profesionalizado se requiere conocimientos, actitudes y destrezas que sólo se adquieren con el estudio profundo y sistemático de la sociedad, el hombre, la salud y la propia enfermería. Para que las enfermeras presten con profesionalidad los cuidados deben:

- ✓ Entender al hombre de forma integral
- ✓ Tener bien clarificadas las acciones y metas
- ✓ Utilizar una metodología del trabajo
- ✓ Buscar las acciones en principios científicos
- ✓ Poseer capacidad para responder a la obligación ética y legal que han contraído

Una primera aproximación al concepto de cuidado nos lo proporciona Padilla Zárate definiendo al vocablo cuidado como *las acciones que realiza la enfermera y que tienen como finalidad tratar de resolver problemas que se interponen o influyen en la calidad de vida de las personas. El cuidado se dirige a la persona (individuo, familia, grupo y comunidad), que en continua interacción con su entorno, vive experiencias de salud, es decir, el cuidado de enfermería se sustenta en una relación de interacción humana y social que caracteriza su naturaleza como objeto.*

Por otra parte, Lidya E. Hall nos menciona que *el cuidado hace referencia a la atención práctica íntima corporal del paciente e implica una relación de cuidado y reconfortante. Mientras se proporciona un cuidado físico e íntimo, la enfermera y el paciente desarrollan una relación de proximidad que representa el aspecto de enseñanza-aprendizaje de la enfermería* (Marriner Tomey-Raile, 2003).

Así tenemos que la complejidad estructural del cuidado de enfermería radica en su naturaleza humana y social y la interacción recíproca entre el profesional de enfermería y el sujeto cuidado, en la cual se desarrolla un intercambio de procesos de vida y de desarrollo humano distintos, con una manera particular de entender la vida, la salud, la enfermedad y la muerte. Esta interacción con el sujeto cuidado, individuo o colectivo, la comunicación en su forma verbal, gestual, actitudinal y afectiva se constituye en un escenario para el encuentro con el otro y en un eje para desarrollarse y ser con otros, convirtiéndose en el *proceso de cuidado de enfermería*.

Como ya comentamos en líneas anteriores no existe una definición precisa y generalizada del cuidado como objeto de la enfermería, sin embargo, en la doctrina que impera al respecto si se ha descrito su naturaleza, su esencia, sus propiedades y sus características, lo cual ha permitido analizar al cuidado como una entidad

Generalidades del concepto de cuidado:

- Esta presente en la historia del ser humano
- Es multidimensional en el sentido de que tiene múltiples significados que van desde los valores que la sustentan (lo ético), las características o elementos que lo definen como un fenómeno esencial de la profesión (lo ontológico) que presenta variaciones según el contexto en que se da, la forma en que se conoce a través de las diferentes teorías, modelos, procesos de atención, evidencia científica, experiencias y vivencias profesionales (lo epistemológico)

- Es complejo en el sentido de que ha evolucionado desde lo intuitivo a lo científico, y se puede definir de diferentes formas dependiendo del contexto en que se da y de las vivencias de las personas.

Algunos atributos del concepto de cuidado:

- Constituye la esencia de la profesión, pero con una mirada global se debe considerar como un medio para lograr un fin que es propender a la salud de las personas
- Se basa en el respeto a las personas
- Es intencional, es planificado, es dirigido
- Es un proceso, tiene etapas
- Relacional, es un proceso interpersonal
- Su carácter es personal ya que implica una interacción profesional.
- Competente, requiere preparación profesional
- Se da en un contexto, no es aislado
- Se mueve en un continuo salud – enfermedad

El cuidado comprende elementos técnicos, aspectos afectivos, actitud y compromiso de quien lo proporciona, pero además es de especial importancia el significado del cuidado para quien lo otorga y para quién lo recibe, la intención y la meta que persigue. Por lo tanto la práctica de enfermería implica crear un cuidado que recurra a diversos procesos como son: la reflexión, la integración de creencias y valores, el análisis crítico, la aplicación de conocimientos, el juicio clínico, la intuición, la organización de los recursos y la evaluación de la calidad de las intervenciones.

La importancia del cuidado en la enfermería radica en que promueve y restaura el bienestar físico, psíquico y social, además de ampliar esas posibilidades, así como las capacidades para asociar diferentes posibilidades de funcionamiento factibles para la persona. El cuidado de enfermería debe ser un soporte para vivir bien, promoviendo condiciones para una vida saludable para el beneficio del bien común, deber ser un cuidado integrado y humanizado que favorezca una vida mejor y más saludable, tomando en consideración que el objetivo último de la enfermera es satisfacer las necesidades de cuidados de salud de las personas y, por tanto, que las acciones se realicen con la máxima garantía para quienes los reciben, con independencia de quién sea la persona que lleva a cabo la acción concreta (la

enfermera, alguien del ámbito cercano o la propia persona interesada), al tiempo que ofrece nuevos y mejores servicios.

Lo interesante de la falta de homogeneización en la conceptualización del *cuidado enfermero o cuidado en enfermería*, es que confirma la visión del cuidado como un concepto multidimensional en constante construcción, lo que legitima continuar con la reflexión sobre sus fundamentos filosóficos.

4.2.2 Antecedentes

García Martín-Caro y Martínez Martín (2001) han dividido la evolución histórica de los cuidados enfermeros en cuatro etapas:

- a) **La Etapa Doméstica** abarca los tiempos remotos, las sociedades arcaicas superiores (Babilonia, el Pueblo Hebreo, Egipto, la India, China y el Nuevo Mundo) y el mundo clásico (Grecia Antigua y Roma). En este periodo los cuidados están centrados en lo que es el mantenimiento de la vida, frente a las difíciles condiciones del medio. La figura que desempeña esta labor es la mujer, como madre de familia y como aglutinadora de todo lo que tiene que ver con el hogar. Los elementos empleados son los básicos: la promoción de la higiene y una adecuada alimentación y vestido.
- b) **La Etapa Vocacional** comprende el inicio del mundo cristiano, la edad media y el mundo moderno (siglos XVI, XVII y XVIII). El calificativo vocacional se asocia con el nacimiento de la religión cristiana: el enfermo, el que sufre, es un elegido de Dios y, quien lo cuida, también se consagra a él. En esta época, los conocimientos teóricos eran casi inexistentes y los procedimientos aplicados muy rudimentarios. Lo importante era la actitud mostrada, centrada en la caridad, la sumisión, la religiosidad y la obediencia.
- c) **La Etapa Técnica** engloba el mundo contemporáneo (siglos XIX y XX), haciendo especial hincapié en la nueva concepción de la enfermería y en el inicio de la profesionalización del cuidado. La salud ya no se entiende como una gracia de Dios, sino como el fruto de la lucha contra la enfermedad. El gran desarrollo científico y tecnológico de este periodo propicia la aparición de un personal que asumirá algunas de las tareas que hasta entonces realizaban los médicos. Por otro lado, la

separación de los poderes religioso y político, permite el inicio de la profesionalización.

- d) **La Etapa Profesional** abarca el desarrollo y consolidación de la profesionalización de los cuidados, delimitación del campo de actuación de la enfermera profesional y en la disciplina enfermera.

4.2.3 Tipos de cuidados

De acuerdo con Collière (1993) existen dos tipos de cuidados de naturaleza diferente:

- 1) **Los cuidados de costumbre y habituales:** *care* (to care: cuidar, ocuparse de) relacionados con las funciones de conservación, de continuidad de la vida;
- 2) **Los cuidados de curación:** *cure* (to cure: curar, reseca, tratar suprimiendo el mal) relacionados con la necesidad de curar todo aquello que obstaculiza la vida.

Los cuidados de costumbre y habituales o cuidados de conservación y mantenimiento de la vida: *care* representan a todos los cuidados permanentes y cotidianos que tienen como única función mantener la vida proveyéndola de energía, en forma de alimentos o de agua, de calor, de luz, o de naturaleza afectiva o psicosocial, etc. Todos estos aspectos interfieren entre sí.

Los cuidados de costumbre y habituales están basados en todo tipo de hábitos, de costumbres y de creencias. Estos cuidados representan el tejido, la textura de la vida y aseguran su permanencia y su duración.

Los cuidados representan todo este conjunto de actividades que aseguran la continuidad de la vida como beber, comer, evacuar, lavarse, levantarse, moverse, desplazarse, así como todo aquello que contribuye al desarrollo de la vida de nuestro ser, formando, manteniendo la imagen del cuerpo, las relaciones, estimulando los intercambios con todo aquello que es fundamental para la vida, las fuentes de energía vital, la luz, el calor, la relación con personas conocidas, los objetos familiares.

Los cuidados de curación o tratamiento de la enfermedad: *cure*. Garantizar la continuidad de la vida encuentra obstáculos o trabas, entre las principales son:

- 1) El hambre, la falta de recursos en energía alimentaria para mantener las funciones vitales,
- 2) La enfermedad,
- 3) El accidente, y
- 4) La guerra.

En determinadas circunstancias, es necesario utilizar, además de los cuidados habituales para el mantenimiento de la vida, cuidados de curación, es decir, todo aquello que exige el tratamiento de la enfermedad.

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

Hay que destacar que cuando prevalecen los cuidados de curación descuidando los cuidados habituales y de costumbre, se aniquilan progresivamente todas las fuerzas vivas de la persona, todo aquello que la hace ser y querer reaccionar, ya que se agotan las fuerzas de energía vital, sean de naturaleza que sean. Esta aniquilación puede llegar hasta un deterioro irreversible.

4.3 Teoría de la Enfermería

Como se pudo apreciar en el apartado 4.1. del presente trabajo, la teoría no sólo es esencial para la existencia de la enfermería como disciplina, sino que también es vital para la práctica de la profesión. La teoría es una herramienta útil para el razonamiento, el pensamiento crítico y la toma de decisiones para la práctica enfermera.

4.3.1 Concepto

El concepto de teoría de la enfermería toma importancia a partir de considerarla como una profesión que requiere dicha herramienta para su ejercicio, es decir basar la práctica en los conocimientos teóricos ya que resulta beneficioso para el paciente, proporcionando un enfoque sistemático en la práctica de la enfermería.

Como profesión que tiene cada vez más auge, la enfermería está ahora profundamente interesada en construir su propia y exclusiva base de conocimientos esenciales para la práctica de la enfermería o la así llamada “ciencia de la enfermería”.

Las teorías y modelos conceptuales de la enfermería son marcos o paradigmas que suministran un cuadro amplio de referencia para los enfoques sistemáticos de los fenómenos de los que se encarga la disciplina, es decir, que *la teoría es un grupo de conceptos relacionados que proponen acciones que guían la práctica, ofreciendo formas de explicación a una disciplina en términos claros y explícitos que puedan ser entendibles más fácilmente.*

Existen diversas definiciones del concepto de teoría de la enfermería y de los elementos que la integran para Kozier (1999) una teoría como un modelo conceptual está formada por conceptos y proposiciones; sin embargo, una teoría da cuenta de los fenómenos con mucha especificidad, en el mismo sentido Marriner Tomey-Raille (2003) señala que la teoría de la enfermería es un grupo de conceptos relacionados que se derivan de los modelos de enfermería, Bishop en Marriner Tomey-Raille (2003) señala que una teoría formal es un sistema conceptual, desarrollado de manera sistemática, que trata de un determinado conjunto de fenómenos, todos estos conceptos no señalan el que, el cómo y por qué se integra la teoría de la enfermería pero de manera separada, por ello tomando en cuenta las definiciones antes citadas, consideramos que Marriner-Tomey y Alligood (1998) citada en Potter-Griffin (2002), da

una de las definiciones más completas en las que se señala no sólo sus elementos, sino además su finalidad:

Una teoría es un conjunto de conceptos, definiciones, relaciones y suposiciones o propuestas que proyectan una visión objetiva y sistemática de los fenómenos, diseñando relaciones específicas entre los conceptos, con finalidades descriptivas y explicativas, predictivas y/o descriptivas.

Otro de los conceptos destacados es el propuesto por Barnun (1994) y Meleis, (1997) citado en Potter-Griffin (2002) señalan que ***una teoría enfermera es la conceptualización de algunos aspectos de la enfermería, expresados con el propósito de describir, explicar, predecir y/o prescribir un cuidado enfermero***, ya que en este concepto se establece la relación entre los conocimientos teóricos y la práctica de la enfermería señalando y evidenciando que las *leyes y principios que existen en la teoría fortalecen y dirigen la prácticas y fenómenos que rodean el ejercicio de la enfermería.*

En el estudio de la noción de *teoría de la enfermería* debemos considerar los componentes de la misma, en primera instancia revisaremos **los conceptos** como ideas abstractas del fenómeno o de la realidad que dan origen a la formación de la nueva teoría, entendiéndose como *conceptos a las palabras que nos hacen llegar imágenes a nuestra mente, sobre las propiedades y el significado de las cosas, pudiendo ser ideas abstractas como enfermería, salud, adaptación, etc.*, las cuales según Sue Marquis Bishson (2003) son independientes de un tiempo o espacio específico, o bien, ideas concretas cama, sillón, sabana, los cuales están sujetos a un tiempo o espacio en particular.

Existe otra clasificación de conceptos que los divide en conceptos discretos o continuos Este sistema de etiquetar los conceptos distingue a los que varían continuamente de los que especifican categorías de fenómenos el cual identifica las clases o categorías de los fenómenos, como el paciente, la enfermera o el entorno.

Kozier (1999) señala que casi todos los teóricos basan sus teorías en los siguientes cuatro conceptos los cuales varían según la etapa histórica, la corriente filosófica, la orientación científica y la experiencia en enfermería y la forma en que esa experiencia ha afectado a la opinión que el teórico tiene de la enfermería:

- 1.- Persona o cliente (el que recibe los cuidados de enfermería y que comprende a los individuos, familias grupos y comunidades).
- 2.- Entorno (lo que rodea al cliente interna y externamente).
- 3.- Salud/Enfermedad (el estado de bienestar del cliente).
- 4.-Enfermería (disciplina que ofrece cuidados profesionalizados al cliente).

Estos conceptos básicos que forman la columna vertebral de todo estudio relacionado con la enfermería constituyen lo que sería el **metaparadigma** de esta disciplina, entendiéndose como tal *al conjunto de conceptos que hacen referencia al tema principal, así como a la finalidad de una disciplina.*

4.3.2. Objetivo y clasificación

Objetivo de la teoría de la enfermería:

La Teoría de la enfermería tiene varias finalidades, de acuerdo al tipo de teoría y conforme a cada uno de los elementos que la integran, Kozier (1999) señala como objetivo general de las teorías y modelos conceptuales de enfermería que sirven de dirección y guía para:

a) Estructurar la práctica la formación y la investigación de la enfermería profesional.

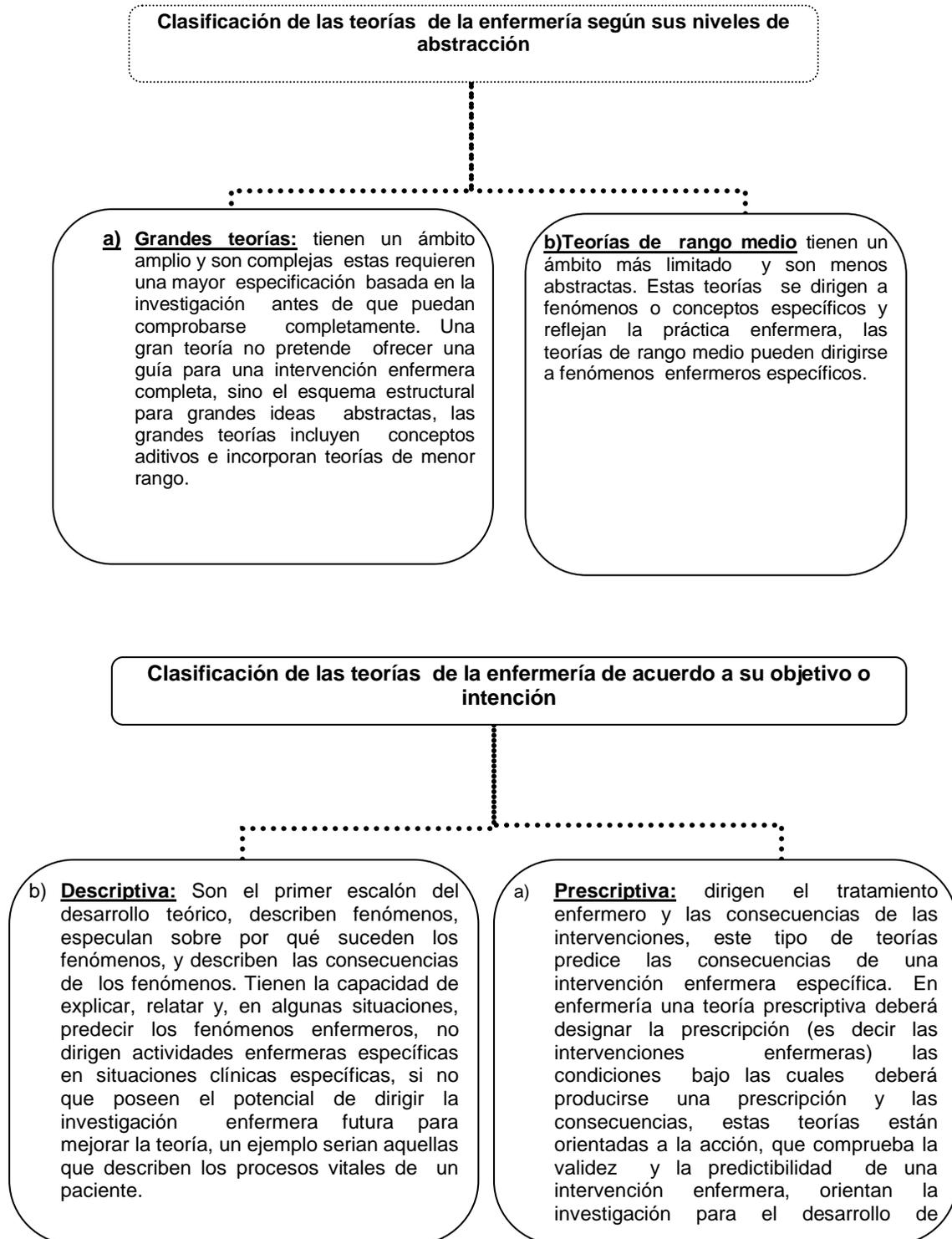
b) Diferenciar la aportación de la enfermería de las otras profesiones.

Propone tres rubros para clasificar los objetivos de las teorías de la enfermería de acuerdo a lo siguiente:

En la práctica	En la enseñanza	En la Investigación
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Ayuda a las enfermeras a describir, explicar y predecir las experiencias diarias. ✓ Sirven de guía para la valoración, las actuaciones y la evaluación de los cuidados de enfermería. ✓ Proporcionan u principio básico para la recogida de datos fiables y validos sobre el estado de salud de los clientes, que son fundamentales. ✓ Para tomar decisiones y poner en marcha medidas eficaces. ✓ Sirven para establecer criterios de medida de la calidad de la atención de la enfermería. ✓ Contribuyen a crear una terminología de enfermería común para utilizarla en la comunicación con otros profesionales de salud. Surgen ideas y se definen los términos. ✓ Incrementan la autonomía (independencia y autogobierno) de la enfermería mediante la definición de sus propias funciones independientes. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Aportar una orientación general para el diseño de los planes de estudio. ✓ Sirve de guía para tomar decisiones sobre el plan de estudios. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Proponen una infraestructura, para la creación de conocimientos e ideas nuevas. ✓ Sirven para descubrir los vacíos de conocimientos en un campo de estudio concreto. ✓ Proponen un método sistemático para identificar las hipótesis del estudio, seleccionar variables, interpretar hallazgos y dar valor a las actuaciones de la enfermería.

Clasificación de las teorías de la enfermería

De acuerdo a los elementos mencionados por Potter-Griffin (2002) las teorías tienen diversos objetivos y pueden clasificarse según sus niveles de abstracción y su objetivo o intención.



4.3.3. Relación entre teoría y proceso de enfermería

La teoría como mencionamos es esa búsqueda de nuevos conocimientos aplicables dentro de los rubros de la práctica, la enseñanza y la investigación ya que no sólo es indispensable para la existencia de la enfermería como disciplina académica, sino que también es vital para la práctica de la profesión, es decir, el Proceso de Atención de Enfermería o Proceso de Enfermería es el método para aplicar la teoría o los conocimientos. La integración de teoría y proceso es la base de la enfermería profesional Meleis (1997) citado en Potter-Griffin (2002).

La teoría no sólo es esencial para la existencia de la enfermería como disciplina académica, sino que también es vital para la práctica de la profesión, ya que aunque los conocimientos son importantes en la prestación de los cuidados de enfermería, en el reconocimiento de las necesidades y problemas del cliente, y en consecuencia en la organización de los planes para satisfacer esas necesidades detectadas, de igual manera *el ejercicio de la enfermería proporciona a la teoría un campo fértil para la investigación.*

Las teorías y conceptos de enfermería son abstracciones que se aplican o se hacen realidad en el Proceso de Atención de Enfermería (PAE), proporcionándole un método sistemático a la práctica, es decir, son su fuente, su reflejo, Potter-Griffin (2002) destaca que las enfermeras necesitan una base teórica para ejemplificar la ciencia y el arte de la profesión cuando persiguen la salud y el bienestar de sus clientes, ya sean estos un individuo, una familia o una comunidad.

Raile-Alligood-Marriner (2003), menciona los siguientes tópicos en los que existe un relación entre la teoría y la práctica de la enfermería, los cuales trataremos de ubicar dentro del Proceso de Atención de Enfermería, ya que éste es la forma sistematizada de aplicación de la práctica de la enfermería, así pues la teoría ayuda a la práctica enfermera a:

- ✓ Organizar los datos del paciente. ←————→ Etapa de valoración
- ✓ Comprender los datos de paciente. ←————→ Etapa de diagnóstico.
- ✓ Analizar los datos del paciente. ←————→ Etapa de diagnóstico.

- ✓ Tomar decisiones sobre las intervenciones enfermeras ← Etapa de planificación.
- ✓ Planificar el cuidado del paciente. ← Etapa de planificación.
- ✓ Predecir los resultados esperados del cuidado. ← Etapa de planificación y etapa de ejecución.
- ✓ Evaluar los resultados del paciente. ← Etapa de evaluación.

La relación descrita evidentemente no se encuentra totalmente separada en cada una de sus etapas si no asociadas e interdependientes, la evaluación, por ejemplo consiste en la revisión de todas las etapas anteriores, señalaremos cada una de las etapas del Proceso de Atención de Enfermería en relación con la teoría, y en el apartado 4.4.2 revisaremos específicamente y de manera extensa cada una de estas fases.

En la etapa de valoración	En la que es necesario analizar una gran cantidad de datos respecto a cada paciente, el enfoque teórico ayuda a la enfermera a controlar y organizar toda la información, así como a reconocer lo que es o no normal en la salud y en la enfermedad.
En la etapa de diagnóstico	La teoría le permite a la enfermera analizar, razonar y comprender lo que sucede en la realidad de modo crítico estableciendo diversos supuestos y validándolos de acuerdo a sus conocimientos.
En la etapa de planificación	La teoría le ayuda a la enfermera en la toma de decisiones respecto a los modelos y teorías que va a utilizar en su práctica permitiéndole organizar un plan de atención y cuidados que le ayuden a postular las intervenciones enfermeras adecuadas, para alcanzar el objetivo de salud y bienestar en el paciente, prediciendo incluso ciertos resultados.
En la etapa de ejecución	La práctica profesional requiere un enfoque sistemático centrado en el paciente, los trabajos teóricos apoyan a la enfermera a contemplar al paciente desde una perspectiva determinada.

En la etapa de evaluación En esta etapa la teoría ayuda a la enfermera en la evaluación con respecto a la atención prestada y su eficacia y evaluación así como en la interpretación de los resultados de acuerdo a las bases teóricas aplicadas

El Proceso de Atención de Enfermería es el punto central del dominio de la enfermería, sin embargo no es una teoría, establece el proceso de prestación de cuidados enfermeros, pero no es el componente de conocimientos de la disciplina, algunos teóricos afirman incluso que el modelo de proceso de enfermería no es compatible con todas las teorías, la forma en que las enfermeras consideran a los seres humanos influyen en los métodos que utilizan para valorar y actuar proporcionando una herramienta útil para el razonamiento, el pensamiento crítico y la toma de decisiones en la práctica.

4.3.4 Teoría de Virginia Henderson.

Henderson nació en 1897 en Kansas City, Missouri, en 1918 ingresó en la Escuela de Enfermería del Ejército en Washington D.C. graduándose en 1921, desarrolló una larga carrera como autora e investigadora, en el tema de la enfermería, sobre todo en colaboración con la Universidad de Yale, Koziar (1999) en 1955, Virginia Henderson formuló una definición de la función propia de la enfermería, ante lo que ella consideraba la necesidad de especificar claramente la función de la enfermera, esta definición fue un punto de partida esencial para que surgiera la enfermería, como una disciplina separada de la medicina, en su definición son básicas varias presunciones sobre el individuo, concretamente que éste necesita:

- 1) Mantener el equilibrio psicológico y emocional.
- 2) Ayuda para conseguir salud e independencia o una muerte tranquila.
- 3) Fuerza voluntad o conocimientos suficientes para obtener o mantener la salud.

Y que estas necesidades orientan el papel o rol de la enfermera el cual Henderson definió como *el cuidado complementario adicional prestado a individuos enfermos o sanos para ella la relación enfermera paciente puede llegar a tener cualquiera de los siguientes tres niveles:*

1.- Puede la enfermera, **debe ser una compañera del paciente** como colaboradores elaboran juntos el plan de cuidados, no sólo debe valorar, las

necesidades del paciente, también debe considerar las características y los estados patológicos que las modifica, *toda enfermera debe ponerse en lugar de todos sus pacientes.*

2.- Una ayudante del paciente, es decir, la enfermera ayuda al paciente en situaciones de convalecencia a adquirir su independencia o a recuperarla, *todos dependemos de los demás pero luchamos por conseguir una interdependencia saludable evitando una dependencia enfermiza.*

3.- Una sustituta del paciente, en los casos de los enfermos muy graves la enfermera es el sustituto de todo lo que el paciente necesita para sentirse completo o independiente y no puede conseguir por la falta de fuerza física, voluntad o conocimiento, *la enfermera es temporalmente la consciencia del inconsciente, el amor por la vida del suicida, la pierna del amputado, los ojos de alguien que ha perdido la vista, el medio de locomoción para un bebé, la sabiduría y la confianza para una joven madre, la portavoz de aquellos demasiado débiles o que han renunciado a hablar etc.*

La prioridad de la enfermera es ayudar a las personas y a sus familiares (que ella consideraba como una unidad) a conseguir la independencia para cubrir las catorce necesidades básicas de la persona, las cuales incluyeron fenómenos de las siguientes áreas del cliente: fisiológico, psicológico, sociocultural, espiritual.

Virginia Henderson contribuyó enormemente a la enfermería con más de 60 años de experiencia como enfermera, profesora, autora e investigadora, publicó un gran número de obras durante ese tiempo.

Henderson incorporó principios fisiológicos y psicológicos en su concepto personal de enfermería, su conocimiento en estas áreas se basaba en las enseñanzas de Stackpole y Thorndike, durante la época que estudio en el Teacher College.

A partir de ello Henderson llegó a la conclusión de que una definición de enfermería debe incluir el principio de equilibrio fisiológico, gracias a la teoría de Bernard, también descubrió la medicina psicosomática y sus implicaciones para la enfermería, expuso su punto de vista del siguiente modo: *cuando me di cuenta de que una emoción es realmente nuestra interpretación de la respuesta celular a las fluctuaciones en la composición química de los fluidos intercelulares, la idea de que el equilibrio emocional es inseparable del equilibrio fisiológico resultó obvia.*

Principales supuestos de la teoría de Virginia Henderson.

Metaparadigma. Ella no citó directamente sus principales supuestos, por lo que la siguiente lista se adapta a partir de sus publicaciones (Raile Alligood-Marriner, 2003).

Enfermería: Henderson la definió en términos funcionales como *la función única de una enfermera es ayudar al individuo, sano o enfermo en la realización de aquellas actividades que contribuyan a su salud o a su recuperación o a una muerte tranquila y que este podría realizar sin ayuda, si tuviese la fuerza, la voluntad y el conocimiento necesario. Asimismo, es preciso realizar estas acciones de tal forma que el individuo pueda ser independiente lo antes posible.*

Salud: Henderson no dio ninguna definición propia de salud pero en sus obras utilizaba salud como *sinónimo de independencia*, en la sexta edición de *The Principles and Practice of Nursing*, mencionó muchas definiciones de salud provenientes de muchas fuentes entre ellas la de la Organización Mundial de la Salud, consideraba que la salud dependía de la persona para satisfacer por si misma las 14 necesidades básicas sin ayuda afirmaba, es más importante la calidad de la salud que la vida en si misma, ese margen de energía mental/física que permite trabajar del modo más eficaz y alcanzar el nivel potencial más alto potencial en la vida.

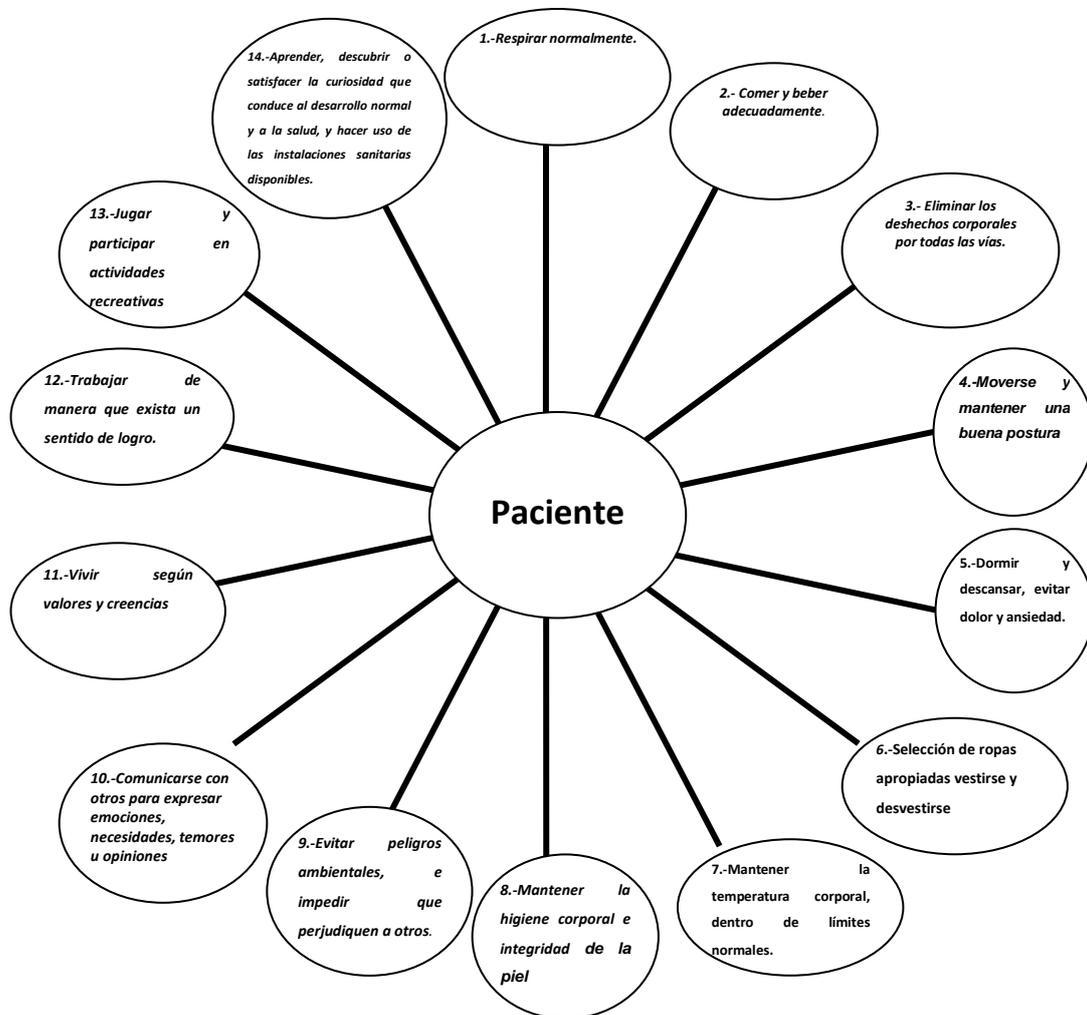
Entorno: utilizó la definición del Webster`s New Collegiate Dictionary que definía el entorno como *el conjunto de todas las condiciones e influencias externas que afectan a la vida y al desarrollo de un organismo, consideraba que los individuos son capaces de controlar el entorno, pero la enfermedad puede afectar esta capacidad*, propuso algunas directrices al respecto a la actuación de las enfermeras relacionadas con el entorno como:

- ✓ Las enfermeras deben reducir al máximo las posibilidades de lesiones estableciendo recomendaciones sobre la construcción de edificios y compra y mantenimiento de equipos.
- ✓ Los médicos utilizan las observaciones y opiniones de las enfermeras como base para las prescripciones sobre dispositivos de protección.
- ✓ Las enfermeras deben proteger a los pacientes de las lesiones mecánicas.
- ✓ Las enfermeras deben recibir enseñanzas sobre seguridad.

- ✓ Las enfermeras deben conocer las costumbres sociales y las prácticas religiosas para evaluar los peligros que puedan derivarse de éstas.

Persona (paciente): consideraba que el paciente era un individuo que requería de ayuda para recuperar su salud y su independencia o para tener una muerte tranquila, la mente y el cuerpo son inseparables, de igual forma el paciente y su familia son una unidad, la persona debe mantener el equilibrio emocional y fisiológico.

Necesidades básicas del paciente: Henderson organizó su teoría sobre 14 necesidades básicas de la persona como un todo e incluyó fenómenos de las siguientes áreas del cliente: fisiológico, psicológico, sociocultural, espiritual y de desarrollo, el trabajo conjunto de la enfermera y el cliente están orientados hacia la satisfacción de estas necesidades, y a alcanzar los objetivos centrados en el cliente:



La enfermera como miembro del equipo sanitario: la enfermera trabaja en coordinación con otros profesionales de la salud, todos los miembros del equipo colaboran los unos con los otros para llevar a cabo el programa completo de cuidados, pero no deben intercambiar tareas, la participación de cada miembro varía de acuerdo a la necesidad del paciente en cada momento, el objetivo es que el paciente realice todas las funciones en la medida de lo posible., ya sea para el mejoramiento de la salud, el restablecimiento del paciente o para evitarle sufrimientos a la hora de la muerte.

4.4 El proceso de enfermería como herramienta metodológica para dar cuidado

Como ya se comentó anteriormente el cuidado es el objeto de estudio de la enfermería, por lo que cuidar exige conocimientos, actitudes especiales. La práctica, la teoría y la investigación en la enfermería están relacionadas; *no se puede pensar en práctica sin conocimiento y no hay conocimiento que no esté sustentado en la investigación.* La aplicación del método científico en la enfermería, es el método conocido como Proceso de Atención Enfermería (P.A.E.) o simplemente Procedo de Enfermería.

El proceso de enfermería o proceso de atención de enfermería como herramienta metodológica para dar cuidado, permite a la enfermera(o) a asignar cuidados de forma sistemática y organizada. Guía a las enfermeras para realizar deliberadamente las etapas para identificar problemas únicos del paciente, objetivos realistas e intervenciones individualizadas. Estimula la identificación y utilización de las capacidades del paciente. La anotación del Plan de Cuidados realza la comunicación y la continuidad de los cuidados, disminuyendo de este modo las omisiones y duplicaciones en los cuidados del paciente.

4.4.1 Concepto y objetivo

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

Para entender a dicho proceso es indispensable ofrecer en primer plano un concepto del mismo, existen en la actualidad diferentes definiciones del Proceso de Enfermería.

Yver (1997) lo define como el sistema de la práctica de la enfermería, en el sentido de que proporciona el mecanismo por el que el profesional de enfermería utiliza sus opiniones, conocimientos y habilidades para diagnosticar y tratar la respuesta del cliente a los problemas reales o potenciales de la salud.

Alfaro (1998) lo define como *un método sistemático y organizado para administrar cuidados de enfermería individualizados de acuerdo con el enfoque básico de que cada persona –o grupo de personas- responde de forma distinta ante una alteración real o potencial de la salud.*

El Proceso de Atención de Enfermería es una metodología que permite aplicar los conocimientos teóricos adquiridos teniendo en cuenta las capacidades propias de cada individuo entre las cuales están el manejo de las relaciones interpersonales y la capacidad de análisis entre otros, con el fin de orientarlos hacia actividades que satisfagan las necesidades del usuario y su familia.

Marriner (1987) añade que el Proceso de Atención de Enfermería es *la aplicación de la resolución científica de problemas a los cuidados de enfermería. Este proceso se utiliza para identificar los problemas del paciente, para planear y efectuar en forma sistemática los cuidados de enfermería, y para evaluar los resultados obtenidos con estos cuidados.*

Kozier (1999) aporta que el Proceso de Atención de Enfermería es *un método sistemático y racional de planificación y de prestación individualizada de los cuidados de enfermería, cuya finalidad es reconocer el estado de salud de un cliente y los problemas o las necesidades reales o potenciales del mismo; organizar planes para satisfacer las necesidades detectadas, y llevar a cabo determinadas intervenciones de enfermería para cubrir esas necesidades.*

Siguiendo esta línea tenemos que dicho proceso nos proporciona un sistema de planificación en la ejecución de los cuidados de enfermería, cuyo propósito es conservar el estado óptimo de salud de la persona y en caso de cambiar este estado proporcionar la cantidad y calidad de los cuidados de enfermería que requiera su

estado para recuperar la salud, en caso de no poder recuperar la salud el Proceso de Atención de Enfermería debe contribuir a la calidad de vida de la persona, aumentando los recursos para alcanzar la mayor calidad de vida posible durante el máximo tiempo posible.

- **El objetivo**

El objetivo principal Proceso de Atención de Enfermería es proporcionar un sistema dentro del cual se pueden cubrir las necesidades individuales del paciente (cliente), de la familia y de la comunidad; de esta manera el proceso permite una interacción entre el cliente y el profesional de enfermería, con el cliente como centro de atención. El profesional de enfermería valida las observaciones con el cliente y de forma conjunta utilizan dicho proceso. Esto ayuda al cliente a enfrentarse a los cambios en el estado de salud y da lugar a una asistencia individualizada.

Dicho objetivo se concretiza en:

- ✓ 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.

La aplicación del Proceso de Atención de Enfermería tiene repercusiones sobre la profesión, la persona a quien se presta el servicio 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, por lo que la aplicación de dicho proceso otorga las siguientes ventajas:

A. Para el paciente son:

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

B. Para la enfermera son:

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

Asimismo, tiene las siguientes características:

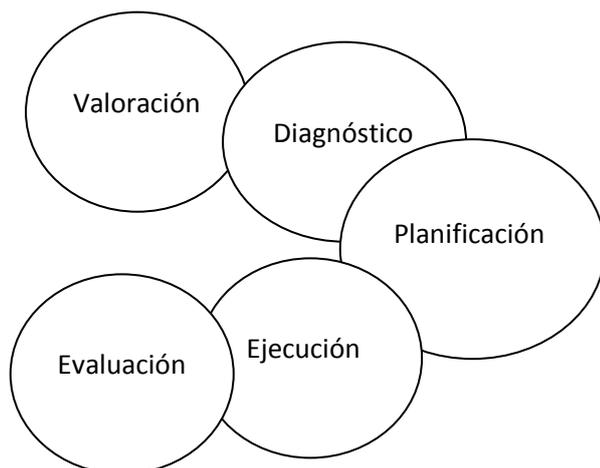
- ✓ Tiene una finalidad: se dirige a un objetivo.
- ✓ Es sistemático: implica partir de un planteamiento organizado para alcanzar un objetivo.
- ✓ Es dinámico: responde a un cambio continuo.
- ✓ Es interactivo: basado en las relaciones recíprocas que se establecen entre la enfermera y el paciente, su 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.

4.4.2 Descripción de etapas

Como ya se ha comentado el Proceso de Atención de Enfermería es un sistema de planificación y una herramienta indispensable en la ejecución de los cuidados de enfermería, compuesto de cinco pasos: **valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación.**

Como todo método, el Proceso de Atención de Enfermería 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, en la práctica las etapas se superponen.

Esquema de las etapas del Proceso de Atención de Enfermería



Las cinco fases yuxtapuestas de las actividades de la enfermería. Cada etapa depende de la exactitud o fidelidad de la fase anterior. La evaluación consiste en el examen de todas las etapas anteriores.

Fuente: Bárbara Kozier

PRIMERA ETAPA: VALORACIÓN

De acuerdo con Kozier (1999), la valoración “consiste en recoger, organizar, ponderar y registrar los datos sobre el estado de salud de un paciente. Estos datos se obtienen de diversas fuentes y sirven de base para actuaciones y decisiones que se toman en fases posteriores. En esta etapa no se sacan conclusiones a partir de los datos”.

VALORACIÓN **Obtención de datos** + **Organización y análisis de la Información** = **Diagnóstico de Enfermería**

- A. **OBTENCIÓN DE DATOS:** se logra a través de tres herramientas que son la observación, el interrogatorio o entrevista y la exploración física.

- B. **ORGANIZACIÓN Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN:** una vez que la enfermera ha recopilado los datos del paciente, estos se organizarán y analizarán para que se elabore el diagnóstico de enfermería.

- C. **DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA:** es una conclusión o enunciado definitivo, claro y conciso del estado de salud, los problemas y necesidades del paciente, que pueden modificarse por la intervención de la enfermería con el objeto de resolverlos o disminuirlos.

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.

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

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

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

- ✓ Datos sobre los problemas de salud detectados en el paciente.
- ✓ Factores contribuyentes en los problemas de salud.

En las valoraciones posteriores, tenemos que tener en cuenta:

- ✓ Confirmar los problemas de salud que hemos detectado.
- ✓ Análisis y comparación del progreso o retroceso del paciente.
- ✓ Determinación de la continuidad del plan de cuidados establecido.
- ✓ Obtención de nuevos datos que nos informen del estado de salud del paciente.

En la recogida de datos necesitamos:

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

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

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

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

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

- ✓ Empatía: entendemos por empatía la capacidad de comprender (percibir) correctamente lo que experimenta nuestro interlocutor y transmitir esa comprensión. La empatía consta de dos momentos, uno en el que el entrevistador es capaz de interiorizar la situación emocional del cliente y otro en el que le da a entender que la comprende.
- ✓ Calidez: es la proximidad afectiva entre el paciente y el entrevistador. Se expresa solo a nivel no verbal.
- ✓ Respeto: es la capacidad del entrevistador para transmitir al paciente que su problema le atañe, y que se preocupa por él preservando su forma de pensar, sus valores ideológicos y éticos, lo que implica el aprecio de la dignidad y valor del paciente y el reconocimiento como persona.
- ✓ Concreción: es la capacidad del entrevistador para delimitar los objetivos mutuos y compartidos de la entrevista.
- ✓ Cibanal nos aporta una quinta característica del entrevistador: la autenticidad, ésta supone que «uno es él mismo cuando lo que dice está acorde con sus sentimientos».

B. La observación:

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 utilizemos.

VALIDACIÓN DE DATOS:

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

Se consideran datos verdaderos aquellos datos susceptibles de ser evaluados con una escala de medida precisa, peso, talla, etc. Los datos observados y que no son medibles, en principio, se someten a validación confrontándolos con otros datos o buscando nuevos datos que apoyen o se contrapongan a los primeros.

ORGANIZACIÓN DE LOS DATOS:

Es el cuarto paso en la recogida de datos, en esta etapa se trata de agrupar la información, de forma tal que nos ayude en la identificación de problemas, el modo más habitual de organizar los datos es por necesidades humanas o por patrones funcionales. La información ya ha sido recogida y validada, ahora los datos se organizan mediante categorías de información.

Estas categorías ya las hemos visto en el apartado de examen físico y como habíamos apuntado, para el establecimiento de la agrupación, se debe elegir la que más se adapte al modelo desarrollado en cada centro asistencial, etc. Los componentes de la valoración del paciente que hemos seleccionado como necesarios hoy en día son:

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

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.
- ✓ Permite una evaluación para la gestión de los servicios enfermeros, incluida la gestión de la calidad.
- ✓ Prueba de carácter legal.
- ✓ Permite la investigación en enfermería.
- ✓ Permite la formación pregrado y postgrado.

Las normas que Iyer (1999) establecen para la correcta anotación de registros en la documentación son:

- ✓ Deben estar escritos de forma objetiva, sin prejuicios, juicios de valor u opiniones personales, también hay que anotar (entre comillas), la información subjetiva que aporta el paciente, los familiares y el equipo sanitario.
- ✓ Las descripciones e interpretaciones de los datos objetivos se deben apoyar en pruebas y observaciones concretas.
- ✓ Se deben evitar las generalizaciones y los términos vagos como, "«normal, «regular", etc.
- ✓ Los hallazgos deben describirse de manera meticulosa, forma, tamaño, etc.
- ✓ La anotación debe ser clara y concisa.
- ✓ Se escribirá de forma legible y con tinta indeleble. Trazar una línea sobre los errores. Las anotaciones serán correctas ortográfica y gramaticalmente. Se usarán solo las abreviaturas de uso común.

SEGUNDA ETAPA: DIAGNÓSTICO

El diagnóstico “es un proceso cuyo resultado es formular o hacer un diagnóstico de enfermería. En esta fase la enfermera ordena, reúne y analiza los datos, y pregunta ¿Cuáles son los problemas de salud reales o potenciales del paciente que exigen la ayuda de la enfermera?, y ¿Qué factores contribuyen a este problema?, al responder a estas preguntas se obtienen los diagnósticos enfermeros (Kozier, 1999).

Yver (1997) añade que durante la etapa del diagnóstico se *diseña un plan de cuidados baso en el diagnóstico de enfermería, que se ejecuta y se evalúa. Los diagnósticos de enfermería suponen un método eficaz de comunicación de los problemas del cliente*”.

DIAGNÓSTICO= Análisis de los datos para identificar problemas

Los pasos para la elaboración del diagnóstico de enfermería 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.**

Los componentes de las categorías diagnósticas, aceptadas por la NANDA para la formulación y descripción diagnóstica, en 1990 en la novena conferencia se aceptaron 90 categorías diagnósticas. Cada categoría diagnóstica tiene 5 componentes:

- 1) Etiqueta descriptiva o título
- 2) Definición
- 3) Características definitorias
- 4) Las características que definen los diagnósticos reales son los signos y síntomas
- 5) Factores etiológicos y contribuyentes o factores de riesgo

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. 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 (Potencial)*: es un juicio clínico de que un individuo, familia o comunidad son más vulnerables a desarrollar el problema que otros en situación igual o similar. Para respaldar un diagnóstico potencial se emplean los factores de riesgo. La descripción concisa del estado de Salud alterado de la persona va precedido por el término "alto riesgo". Consta de dos componentes, formato PE: problema (P) + etiología / factores contribuyentes (E).
- ✓ *Posible (De riesgo)*: 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 (De salud)*: 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 si los deseos expresos de la persona o del grupo por la educación para la salud.

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. En realidad las actividades que la enfermería desarrolla con y para las personas tienen suma importancia dentro del campo asistencial y del desarrollo humano, ya que les ayuda a detectar, reconocer y potenciar sus propios recursos, esto es satisfacer sus necesidades humanas, favorece en gran medida la recuperación de la enfermedad.

- 2) **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.

- 3) **Elaboración de las acciones 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 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.

4) **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.

Hay que tener en cuenta que un plan de cuidados de enfermería es *un instrumento para documentar y comunicar la situación del paciente/cliente, los resultados que se esperan, las estrategias, indicaciones, intervenciones y la evaluación de todo ello.*

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

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

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.

Tipos de planes de cuidado:

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

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

CUARTA ETAPA: EJECUCIÓN

Kozier (1999) nos señala que *es la puesta en práctica del plan de cuidados de enfermería. Durante esa ejecución la enfermera pone en marcha las medidas de enfermería prescritas o delega la atención en otra persona adecuada, y establece el valor del plan de enfermería. Esta fase termina cuando la enfermera registra los cuidados prestados y las respuestas del cliente.*

Cabe destacar que el plan de cuidados, proporciona un cuidado integral y progresivo ya que el plan considera los aspectos biopsicosociales del paciente(cliente).

EJECUCIÓN	Validación del plan de atención	+ Fundamentar el plan de atención	+ Brindar cuidado de enfermería	+ Continuar el cuidado
-----------	---------------------------------	-----------------------------------	---------------------------------	------------------------

- A. **VALIDACIÓN DEL PLAN DE ATENCIÓN:** Cuando el personal de enfermería sin experiencia redacta un plan de atención, es recomendable que consulte a un colega de mayor experiencia para pedirle su opinión y en su caso la aprobación al respecto ya que de esto dependerá el éxito de la atención de su paciente.
- B. **FUNDAMENTACIÓN O RAZONAMIENTO CIENTÍFICO:** Es la base para implementar las acciones de enfermería, la fundamentación científica describe y explica la base de esos cuidados.
- C. **BRINDAR CUIDADO DE ENFERMERÍA:** Después de fundamentar científicamente las acciones, el personal de enfermería cuenta al fin con un plan que estructura el cuidado que ofrecerá al paciente.

La evaluación tiene como propósitos:

- A. Determinar el adelanto del paciente para alcanzar las metas u objetivos establecidos.
- B. Juzgar la eficacia de los planes, estrategias y cuidados de enfermería.

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:

- 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 sirvan para plantear correcciones en las áreas de estudio.

De forma resumida la evaluación se compone de:

- 1) Medir los cambios del paciente / cliente.

- 2) En relación a los objetivos marcados.
- 3) Como resultado de la intervención enfermera.
- 4) Con el fin de establecer correcciones.

La evaluación debe ser un proceso continuo y parte integral de cada uno de los componentes del Proceso de Atención de Enfermería. La evaluación nos sirve para identificar aquellas estrategias eficaces y puede promover la investigación en enfermería.

Hay que tomar en consideración que el Proceso de Atención de Enfermería se ha separado en estas cinco etapas, sin embargo, en la práctica real, es posible que no siempre se termine una etapa antes de pasar a la siguiente, no obstante lo anterior, las etapas del proceso están interrelacionadas y son interdependientes. Los datos de la evaluación ofrecen información para las fases de diagnóstico y de planificación. De forma similar, el plan de cuidados sirve de guía para la fase de ejecución y determina los criterios para la evaluación.

Esquema del Proceso de Atención de Enfermería

Elemento y descripción	Propósito	Actividades
<p>Valoración: recoger, organizar, contrastar y comunicar/registrarse los datos del cliente.</p>	<p>Crear una base de datos sobre las respuestas del cliente relativas a la salud o enfermedad, y las posibilidades de controlar necesidades de salud.</p>	<p><u>Crear la base de datos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Obtener la historia de salud ✓ Realizar la exploración física ✓ Revisar otros datos clínicos ✓ Revisar bibliografía ✓ Consultar a los allegados del cliente ✓ Consultar con otros profesionales del equipo ✓ Actualizar datos si es preciso ✓ Ordenar los datos ✓ Verificar los datos ✓ Comunicar/registrarse los datos
<p>Diagnóstico: analizar y resumir los datos</p>	<p>Conocer las capacidades del cliente, los problemas de salud que puedan evitarse o resolverse con intervenciones propias de la enfermería o colaborando con otros. Elaborar un listado de diagnósticos de enfermería y de los problemas de colaboración.</p>	<p><u>Interpretar y analizar los datos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Comparar los datos con los estándares ✓ Reunir o agrupar los datos ✓ Detectar las lagunas o inconsistencias ✓ Averiguar las capacidades, riesgos y problemas del cliente ✓ Formular los diagnósticos enfermeros y los problemas de colaboración

Elemento y descripción	Propósito	Actividades
<p>Planificación: determinar la forma de prevenir, reducir o resolver los problemas identificados; las capacidades físicas del cliente y la manera de llevar a cabo las intervenciones enfermeras de un modo ordenado, individualizado y dirigido a conseguir los resultados/objetivos.</p>	<p>Elaborar un plan de cuidados individualizado que especifique los resultados/objetivos esperados del cliente y las intervenciones propias de la enfermería.</p>	<p>Establecer las prioridades y objetivos en colaboración con el cliente.</p> <p>Redactar los criterios sobre los objetivos/resultados.</p> <p>Seleccionar las estrategias/intervenciones enfermeras.</p> <p>Consultar con otros profesionales sanitarios.</p> <p>Redactar las órdenes y el plan de cuidados.</p> <p>Transmitir el plan de cuidados a los profesionales del equipo encargados de llevarlo a cabo.</p>
<p>Ejecución: llevar a cabo las intervenciones enfermeras planificadas.</p>	<p>Ayudar al cliente a cumplir los objetivos/resultados deseados: promover la salud y el bienestar, prevenir las alteraciones/enfermedades; y ayudarle a afrontar los problemas de salud.</p>	<p>Valorar de nuevo al cliente para actualizar base de datos.</p> <p>Realizar o delegar las intervenciones planificadas.</p> <p>Informar sobre las actividades realizadas.</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Registrar los cuidados y las respuestas del cliente a los mismos. ✓ Informar verbalmente si es necesario.
<p>Evaluación: ponderar los objetivos logrados por el cliente e identificar los factores que influyen de manera positiva o negativa en la obtención de los resultados.</p>	<p>Determinar la importancia de los objetivos/resultados obtenidos y valorar si se continúa, si se modifica o si se finaliza el plan de cuidados.</p>	<p>Colaborar con el cliente y recoger los datos sobre los resultados esperados.</p> <p>Valorar si se han obtenido los objetivos/resultados.</p> <p>Relacionar las actuaciones enfermeras con los resultados al cliente. Tomar decisiones según el estado de los problemas.</p> <p>Revisar y modificar el plan de cuidados si está indicado o finalizar los cuidados de enfermería.</p>

Derivado de la importancia de dicho proceso, estimo pertinente establecer **las relaciones entre las distintas etapas del Proceso de Atención de Enfermería.**

Como ya se comentó en líneas anteriores las etapas que integran dicho proceso están estrechamente relacionadas entre sí. Cada una depende de la precisión de la etapa que la ha precedido. De esta forma, será difícil establecer un diagnóstico correcto si los datos de la valoración son poco fidedignos.

Alfaro (1988) nos aporta al respecto que la etapa de *valoración y diagnóstico* se relacionan íntimamente e incluso se superponen en parte.

Asimismo la etapa de *diagnóstico* se relaciona fuertemente con la de *planificación* por dos motivos:

- 1) Los objetivos establecidos y las actividades prescritas durante la etapa de planificación derivan directamente de los problemas que se hayan diagnosticado. Por lo tanto, es muy improbable que su plan sea adecuado si no se han diagnosticado correctamente los problemas o los ha descrito de forma vaga.
- 2) A menudo, las enfermeras empiezan las primeras etapas de la planificación conforme van identificado los problemas de salud.

Las etapas de *planificación* y *ejecución* también se relacionan estrechamente entre sí, pues las enfermeras experimentadas con frecuencia empiezan a poner en práctica acciones de enfermería antes de haber completado la etapa de planificación.

Y en una situación ideal la quinta etapa del proceso determina si se ha alcanzado los objetivos propuestos en la fase de planificación.

4.5 La Persona Adulta Mayor

En la mayoría de las culturas se considera como adulto a toda aquella persona que tiene más de 18 años. Aunque después de los 60 años de edad se les llame Adultos Mayores, Senectos, Ancianos o Miembros de la Tercera Edad, y siguen siendo adultos, existen diferencias entre quienes son mayores de 18 y menores – promedios ambos – de 60. Como se sabe, la adultez no inicia ni termina exactamente en éstos límites cronológicos. Aportaciones de algunos estudiosos en el campo del Desarrollo Humano coinciden en afirmar que la edad adulta tiene sub etapas, como:

- ✓ Edad Adulta Temprana (entre los 20 y 40 años)
- ✓ Edad Adulta Intermedia (de los 40 a los 65 años) y
- ✓ Edad Adulta Tardía (después de los 65 años de edad)

La etapa final de la vida, conocida también como tercera edad, se inicia aproximadamente a los 60 años. Se caracteriza por una creciente disminución de las fuerzas físicas, lo que, a su vez, ocasiona en la mayoría una sensible y progresiva baja de las cualidades de su actividad mental.

Como consecuencia de la declinación biológica, y por factores ambientales, también se van deteriorando las funciones intelectuales (inteligencia, memoria, pensamiento, etc.). Pero este deterioro es muy distinto en las diversas personas, dándose el caso de ancianos de avanzada edad que se conservan en excelente forma

Las normas establecidas sobre los estados patológicos, crecimiento y desarrollo en personas mayores cambian constantemente a medida que se realizan más estudios científicos. Hay un debate abierto sobre qué es lo que se considera normal en cada una de estas áreas (Abrams, Beers y Berkow 1995)

Características biológicas

El envejecimiento trae consigo pérdida de la fuerza física y masa muscular que, al acumularse, produce también una disminución de la funcionalidad, es decir, de la capacidad que tienen las personas de desarrollar las actividades de su vida cotidiana

Es probable que a esta edad se experimenten cambios como:

- ✓ Las capacidades de percepción y sensitivas comienzan a disminuir.
- ✓ Retardo progresivo en la velocidad de las respuestas motoras.
- ✓ Puede haber pérdida de los dientes.
- ✓ Envejecimiento de la piel y del pelo.
- ✓ Comienzan a presentarse enfermedades como la artritis, la osteoporosis, patologías cardíacas; y aumentan las probabilidades de disfunción sexual.
- ✓ La estatura disminuye desde la edad adulta temprana hasta la vejez, en promedio poco más de una pulgada en los hombres y dos pulgadas en las mujeres.
- ✓ Las personas tienden a dormir y a soñar menos en los últimos años de su vida.

El organismo humano cambia continuamente con la edad, pero los efectos en un individuo en particular dependen de la salud, el estilo de vida, la existencia de factores de estrés y las condiciones ambientales. (Potter 2002)

CAMBIOS FISIOLÓGICOS NORMALES DURANTE EL ENVEJECIMIENTO	
SISTEMA	HALLAZGOS NORMALES
PIEL Y ANEJOS	Alteraciones en la piel, pérdida de elasticidad, fragilidad capilar, adelgazamiento de la dermis.
COLOR DE LA PIEL	Pigmentación en forma de manchas en aquellas zonas expuestas al sol y palidez
HIDRATACIÓN	Estado seco, escamoso Se reducen esencialmente a la dificultad de excreción de agua y la retención de sodio.
TEMPERATURA	Extremidades mas frías, disminución de la transpiración Disminución en la producción de calor, menor eficiencia del cuerpo en la sudoración y la baja de 50% en la termogénesis inducida por glucosa. La respuesta vasomotora es lenta, como es el caso de la vasoconstricción ante el frío, o la sudoración ante las altas temperaturas.
TEXTURA	Menor elasticidad, arrugas, pliegues, flaccidez
DISTRIBUCIÓN DE GRASA	Decremento en la masa corporal, la disminución de la actividad muscular. Menor presencia en las extremidades, aumento en el abdomen.
PELO	Pérdida y encanecimiento del pelo de la cabeza; disminución frecuente del vello axilar, púbico y de las extremidades, disminución del pelo facial en los hombres, aparición del pelo en la barbilla y el labio superior de mujeres
UNAS	Crecimiento mas lento
CABEZA Y CUELLO	Huesos faciales y nasales mas acusados y angulares pérdida de las pestañas en mujeres, pestañas mas abundantes en hombres
OJOS	La pupila tiende a ser más chica, debido a la laxitud del músculo iris, lo que provoca lentitud en la adaptación a la oscuridad.
OREJAS	El pabellón auricular tiende a crecer, sobre todo en el lóbulo inferior El tímpano se fibrosa y pierde elasticidad, por lo que la transmisión aérea pierde capacidad al sumarse a la rigidez de las articulaciones de los huesillos del oído medio (otosclerosis). (Jerger J, Chmiel R, Wilson N, et 1995;) El oído interno presenta denervación parcial por alteraciones de la microcirculación
NARIZ Y SENOS	Aumento del pelo nasal, disminución del olfato
BOCA Y FARINGE	Utilización de puentes o dentaduras, menor sentido del gusto, atrofia de las papilas en los bordes laterales de la lengua
CUELLO	Glándula tiroidea nodular, ligera desviación de la tráquea debido a atrofia muscular
TÓRAX Y PULMONES	Aumento del diámetro anteroposterior, aumento en la rigidez del tórax, aumento del ritmo respiratorio al disminuir la expansión torácica, mayor resistencia al paso del aire por las vías respiratorias
CORAZÓN Y SISTEMA VASCULAR	En los grandes vasos observamos rigidez, con aumento de peso y espesor por el depósito de grasa y calcio, comúnmente denominado arteriosclerosis; en los más pequeños se ve rigidez, dilatación y tortuosidad; lo que corresponde a la pérdida de fibras elásticas y musculares. La rigidez y la disminución de la elasticidad, hacen que la aorta se comporte como un tubo rígido, incrementando la onda de flujo y por tanto la presión sistólica. Cuando el corazón se acelera y aumenta la fuerza de expulsión, de tal manera que el gasto cardíaco se mantenga, puede aparecer hipertrofia ventricular izquierda, que también se asocia a cierto grado de estenosis aórtica, por fibrosis valvular.

MAMAS	Las mamas sufren también en lo que respecta a la glándula, con formación fibrótica, que asociada a la flacidez muscular se traduce por el aspecto pendular del seno.
<p style="text-align: center;">SISTEMA GASTROINTESTINAL</p>	<p>En la boca observamos que el aparato dental se ve mermado, ya que las caries y la enfermedad periodontal son responsables de gran pérdida de piezas dentales. Se altera la masticación y consecuentemente la selección de alimentos, lo que modifica la nutrición de la persona. Las papilas gustativas disminuyen, se aplanan y el sabor cambia.</p> <p>En el esófago aparecen contracciones repetitivas y asincrónicas, lo que dificulta la deglución de algunos alimentos. En el estómago la mucosa se adelgaza, hay atrofia de células parietales con elevación del pH, por lo que la absorción de hierro y calcio disminuyen. En muchas personas también baja la producción de factor intrínseco, secundariamente la absorción de vitamina B12 es menor. Lo anterior es origen de muchas anemias que se presentan en la edad avanzada.</p> <p>En el intestino delgado hay aplanamiento de las vellosidades, que al tener una velocidad de movimiento más lenta se compensa la absorción de nutrientes y medicamentos.</p> <p>En el intestino grueso hay laxitud de la musculatura, por lo que se favorece la aparición de divertículos; es más fácil la intolerancia a la lactosa por baja producción de lactasa; se incrementa la absorción de agua y se produce estreñimiento. (Shoji BT, Becker JM 1949)</p> <p>En el hígado hay ligera atrofia y mayor fibrosis, pero con una menor circulación hepática.</p> <p>En el páncreas hay atrofia, aumento de grasa y fibrosis, pero sin menoscabo en la producción exocrina y endocrina. (Gorman RC, Morris JB, Kaise LR. 1994)</p>
<p style="text-align: center;">SISTEMA REPRODUCTOR FEMENINO</p>	<p>Los ovarios, en la menopausia, disminuyen su peso de 25 a 2.5 g, hay fibrosis y disminuye drásticamente la producción de estrógenos y progesterona ante el estímulo hormonal hipofisiario.</p> <p>Los tejidos sensibles a hormonas femeninas sufren involución, asociándose cambios físicos globales. La distribución de la grasa corporal tiende a concentrarse en la región de la cadera; la proporción de lipoproteínas de alta densidad disminuye, mientras que las de baja densidad aumentan, elevándose el riesgo cardiovascular; sin olvidar la posibilidad del desarrollo de osteoporosis.</p> <p>En la región genital hay atrofia uterina, de vagina y labios mayores como menores; se pierde elasticidad, hay fragilidad y adelgazamiento de la mucosa vaginal, lo que favorece sangrados vaginales e infecciones locales. Pobre lubricación, más lenta y en menor cantidad, favorece la dispareunia.</p>
MASCULINO	<p>Se aprecia disminución en la producción de hormonas masculinas (testosterona), los testículos disminuyen en peso y tamaño, la espermatogénesis es menor, y con un número mayor de anomalías de los espermatozoides.</p> <p>El líquido seminal es menos espeso y se produce en menor cantidad, debido a lo anterior, la viabilidad espermática es menor, como resultado la capacidad reproductiva se reduce. En consecuencia, la capacidad reproductiva se reduce, sin embargo, puede darse hasta el final de la existencia.</p> <p>La próstata tiende a incrementar su tamaño y aumenta la frecuencia de cáncer en éste órgano.</p> <p>A nivel del pene hay esclerosis de las arterias y cuando se adicionan diversas enfermedades (diabetes, hipertensión, etc.) o tratamientos con fármacos que tienen efecto vascular, puede verse afectada la función, apareciendo lo que actualmente se llama disfunción eréctil.</p>
<p style="text-align: center;">SISTEMA URINARIO FEMENINO</p>	<p>Disminución de la filtración y de la eficacia renal, pérdida de proteínas por el riñón, nicturia, disminución de la capacidad de la vejiga, aumento de la incontinencia</p> <p>Incontinencia de urgencia y de estrés resultantes de una disminución del tono músculo perineal</p>

MASCULINO	Frecuencia urinaria y retención como consecuencia del aumento de tamaño de la próstata
SISTEMA MUSCULOESQUELETICO	<p>Pérdida de la masa muscular; disminución de la fuerza y velocidad de contracción debido a la disminución de fibras musculares</p> <p>En el cartílago articular se aprecia disminución del contenido de agua, reducción de los proteoglicanos en las cadenas de condroitinsulfato, aumento en el nivel de queratinsulfato y del ácido hialurónico. Se observa calcificación del cartílago y reducción de la adaptación al estrés repetitivo.</p> <p>En el hueso es bien conocida la pérdida de calcio con aumento en la reabsorción y sobre todo, en la mujer; hay disminución en la función de los osteoblastos con función normal de los osteoclastos. (Consensus Development Conference.. Med 1993)</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Menos cantidad de músculo y hueso ✓ Menor resistencia de músculos y huesos ✓ Mayor posibilidad de daño ante factores externos ✓ Menor rango de movimiento y elasticidad. ✓ Alteraciones por factores hormonales ✓ Mayor exposición a cambios del medio ambiente
SISTEMA NEUROLÓGICO	<p>El peso cerebral disminuye, pero esta disminución es selectiva; aparentemente hay mayor pérdida cortical y subcortical, y el flujo cerebral declina entre 15 y 20%,</p> <p>Disminución de interconexiones dendríticas, con aumento de la glía; deterioro en el número de dendritas totales y aparición de lesiones neurofibrilares.</p> <p>Disminución en la producción de neurotransmisores, lo cual se traduce clínicamente en disminución de la capacidad de memorización, menor poder de atención y concentración, propensión a la depresión.</p>

FUENTE: Potter, Patricia Ann 5ª ed 2002

CARACTERÍSTICAS PSICOLÓGICAS

Es necesario entender que el envejecimiento psicológico introduce múltiples manifestaciones que dependen tanto de la personalidad propia del individuo como de las reacciones de su entorno; es decir, cada individuo tiene su propia manera de envejecer, ya que elabora una forma peculiar de enfrentar la realidad de su vejez y de adaptarse y actuar dentro del marco definido por la sociedad.

Si el envejecimiento puede definirse como la acción del tiempo sobre la persona, con fines didácticos, el estudio del envejecimiento psicológico en el presente capítulo estará enfocado al análisis de la misma acción del tiempo sobre dos aspectos principales: 1) cómo operan los procesos de conocimiento en la vejez, y 2) cómo influye en la personalidad, la vida afectiva y espiritual del individuo que envejece y la interacción con el medio social y cultural.

Las funciones cognitivas son aquellas que le permiten al hombre conocer, aprender de su ambiente externo y, a cambio, poder interactuar y transformarlo. La evaluación del estado cognitivo es compleja y se ha desarrollado de manera importante en los últimos años en el estudio del adulto mayor, por la neuropsicología, con el objeto de detectar oportunamente y facilitar el diagnóstico de cualquier manifestación de deterioro orgánico (**Cuadro 1**).

CUADRO 1. Funciones cognitivas

<p>FUNCIONES INSTRUMENTALES</p> <ul style="list-style-type: none">• Lenguaje• Orientación• Gnosias (Percepción visoespacial) Capacidad de percepción, identificación y discriminación de formas y objetos.• Praxias (motricidad) Repertorio de gestos que nos permiten comunicarnos y utilizar los objetos, reproducir dibujos<ul style="list-style-type: none">▪ gestos arbitrarios, simbólicos, convencionales▪ utilización de objetos,▪ reproducir figuras geométricas, dibujos. <p>FUNCIONES FUNDAMENTALES</p> <ul style="list-style-type: none">• Memoria• Funciones ejecutivas (tipo frontal) Son las más elaboradas:<ul style="list-style-type: none">▪ Capacidad de razonamiento, de juicio▪ resolución de problemas▪ conceptualización, abstracción▪ programación, estrategia▪ atención, concentración▪ agilidad mental, poder pasar de una tarea a otra <p>(Con la edad hay mayor sensibilidad a las interferencias, la agilidad mental disminuye. El razonamiento y el juicio no están perturbados)</p>

.CARACTERISTICAS PSICOSOCIALES

En términos generales, los diferentes factores que interactúan conjuntamente asociadas a la última etapa de la vida son: 1) Problemas relacionados con las pérdidas afectivas; 2) trastornos físicos, incluyendo deficiencias sensoriales, motrices o cerebrales; 3) trastornos mentales de cualquier tipo que no son exclusivos de la vejez y que pueden haberse desarrollado en épocas anteriores a la vida y 4) reacciones psicológicas propias de la personalidad individual. (OPS/OMS 1990.)

Como se puede observar, son múltiples los factores que pueden contribuir al deterioro psicológico de la persona que envejece, entre ellos cabe destacar los relacionados con la salud física; las enfermedades, los tratamientos derivados de las mismas, las hospitalizaciones y los cambios físicos en general. La disminución de los órganos de los sentidos, así como la serie de factores sociales interactuantes: jubilación, pérdida de seres queridos, cambios de domicilio, disminución de las redes de apoyo, el estrés y las preocupaciones cotidianas, situaciones que suelen presentarse con mayor frecuencia en la última etapa de la vida.

1. **Cambio social:** Las personas mayores de hoy en día se están dando cuenta de que el ser mayor ha cambiado completamente desde que sus padres llegaron a los 65 años, están más sanos y vigorosos que sus homólogos de hace varias generaciones. Tienen aspecto más juvenil, se sienten mejor y actúan con más vitalidad que sus padres y abuelos de la misma edad. Desde 1900, las formas de convivencia de las personas mayores han cambiado de tal forma que nada tienen que ver con las anteriores, es más probable que sean propietarios de sus casas, vivan por encima del nivel de pobreza y tengan menos hijos adultos.(Hoffman et al.,1996).
2. **Estrés:** Un alto estrés o el que está por encima de la capacidad de la persona para afrontar los acontecimientos, puede lastimar la autoestima, deteriorar física y mentalmente. La forma de cómo se perciba el estrés varía según el género, raza, estado civil, nivel socioeconómico y educación. Las personas mayores no están exentas de situaciones negativas: mala salud, bajos ingresos, muerte de un cónyuge, además del envejecimiento del sistema inmunológico, les hace más vulnerables a los efectos del estrés y, por tanto, más propensos a responder desarrollando una enfermedad.(Hoffman et al.,1996).
3. **Trabajo y jubilación:** La transición del trabajo a la jubilación es un cambio muy importante en el que la persona puede esperar sentir estrés. Puede suponer la pérdida de ingresos, la identidad profesional, el estatus social, los compañeros y la estructura cotidiana del tiempo y las actividades. La jubilación temprana (antes de 65 años) se puede deber a la mala salud, por no quiere trabajar más o por la fuerza (despido). La jubilación en su momento(65 años), generalmente implica mala salud. La jubilación tardía(más de 65 años) la tienen aquellos que tienen sus propios negocios o quienes no pueden vivir con recursos limitados. La jubilación es un periodo de progreso a través de fases de prejubilación, luna de miel, desencanto, desorientación, estabilidad y finalización. Una clave para superar los efectos de la jubilación en la satisfacción de la vida es si la experiencia aporta algún elemento nuevo a la vida.(Hoffman et al.,1996).
4. **Matrimonio en la tercera edad:** El evento más significativo en muchos matrimonios de personas mayores es la jubilación del hombre. Este se encuentra de repente sin su trabajo y apartado de sus contactos diarios con sus compañeros. Sin embargo, ansían más la jubilación que sus esposas. Las que no trabajan fuera de sus hogares, han de adaptarse a que sus maridos estén en casa todo el día. En el caso de la mujer que trabaja fuera de la casa, la idea de la jubilación implica pérdida de independencia, más si inician en la edad media su profesión. Sin embargo, algunas parejas pueden adaptarse al cambio de roles sin problemas cuando llega la etapa de jubilación del esposo. En general, independiente del sexo, la jubilación conlleva nuevas exigencias: preocupaciones sobre el dinero, desacuerdos sobre trasladarse a una casa o departamento más pequeño o problemas de salud. Los principales conflictos-sobre divisiones de responsabilidad y poder, sexo, dinero, hijos y cuñados-ya han sido solventados. La mayoría de las que no pudieron resolver estos problemas se divorcian antes. (Hoffman et al.,1996).
5. **El divorcio y volver a casarse:** Cuando las parejas que han estado casadas durante 40 años se divorcian, es más probable que den más muestras de estrés psicológico que los jóvenes que se encuentran en situación similar. La

pérdida de los papeles conyugales, al igual que el de los profesionales, puede quebrantar su sentido de identidad. El número de personas mayores que se divorcian va en aumento. Los hombres cuando se divorcian es porque han estado enfrascado en su trabajo y coincide la ruptura con la jubilación y para casarse con otra mujer. La mujer, en cambio, lo hace porque su marido es alcohólico, tirano o mujeriego.(Hoffman et al.,1996). No obstante suele ser más grave para la mujer, debido a que ella ha socializado su rol de esposa y basado su identidad en ese rol, sintiendo que toda su vida había sido un fracaso. Los hombres mayores se casan con más facilidad que las mujeres, puesto que hay 3,6 mujeres divorciadas, viudas o solteras por cada hombre en ese grupo de edad, simplemente no hay bastantes hombres para todas.(Hoffman et al., 1996).

6. **Viudez:** Aunque la mayor parte de los hombres estén casados, el matrimonio de la tercera edad tiene poca importancia para la mayoría de las mujeres de esa edad. Debido a que el ciclo de la vida de los hombres es más corto y que suelen ser mayores que sus esposas, los maridos desaparecen con tanta rapidez que la situación de viudez parece ser "normal" entre las mujeres mayores. Cuando se vuelven a casar, el nuevo cónyuge suele ser alguien que ya conocían antes de enviudar o alguien que han conocido a través de una amistad mutua o un pariente. Cuando uno del cónyuge fallece, el que queda atraviesa un largo periodo de shock, protesta, desesperación y recuperación. El proceso de recuperación implica desarrollar una explicación satisfactoria de la razón por la que ha muerto el otro, neutralizar los recuerdos y asociaciones, y crear una nueva imagen de uno mismo. Las mujeres parecen adaptarse a la vida en solitario mucho mejor que los hombres. En comparación con las mujeres, los hombres tienen peor salud, mayor aislamiento emocional, unos vínculos más débiles con la familia y no es tan probable que tengan una persona de confianza. Durante el primer año de condolencia, el cónyuge puede estar deprimido, angustiado y hasta tener reacciones fóbicas. Aún después de la recuperación el dolor continúa. (Hoffman et al.,1996).
7. **Relaciones familiares en la tercera edad:** Las elecciones de las formas de convivencia de las personas mayores, reflejan un equilibrio entre las metas de autonomía y de seguridad, por lo que no es sorprendente que la mayoría de las personas mayores vivan en casa normales, ya sea por su cuenta, con parientes o con otras personas que no sean familia. Los mayores-jóvenes (65-84 años), viven solos o con el cónyuge. La tendencia es "envejecer en el lugar", permanecer en las casas donde educaron a sus hijos que la mayoría poseen. La casa está llena de recuerdos, al conocerla bien les otorga un sentido de competencia y el ser propietarios confiere estatus a la persona mayor. Son menos propensos a traslados o emigraciones, pero cuando lo hacen es por diversión, son bastante sanos y suelen tener suficientes ingresos, pero a medida que se acercan a edades mayores, la emigración es para estar cerca de los hijos u otros parientes. Los mayores-ancianos (mayores de 85 años) se ven obligados a depender de alguien, por lo que su traslado suele denominarse emigración de ayuda. Generalmente, se van a vivir con los hijos, a una residencia o a una institución que ofrecen cuidados personales pero no médicos ni sanitarios a nivel profesional. (Hoffman et al., 1996).

- **4.5.2. Enfermedades más frecuentes en la etapa adulta**

Aunque no existe en México una información que nos permita conocer con exactitud la situación en la que se encuentran los adultos mayores, en 1999 la Secretaría de Salud participó en un proyecto denominado "Encuesta sobre Salud, Bienestar y Envejecimiento" (Sabe), realizado en América Latina y el Caribe, cuyo objetivo fue evaluar el estado de salud y las condiciones de vida actuales de esta población.

Según resultados de la encuesta Sabe, la distribución por género fue de 40.7% del sexo masculino y 59.23% femenino; las mujeres muestran una estructura más envejecida que los hombres, posiblemente como resultado de una mayor esperanza de vida.

En el grupo de 75 a 80 años hay un deterioro en la salud muy importante, donde se agregan padecimientos pulmonares, cardíacos, de incontinencia urinaria y depresión.

En el caso de las mujeres los padecimientos más comunes son hipertensión, artritis y diabetes, y su frecuencia, excepto en embolias y problemas de audición, es siempre más alta que en los hombres.

Mujeres y Hombres

Desde la perspectiva de género, es mayor la esperanza de vida de las mujeres, pero su salud está más deteriorada que la del hombre por muchas razones. Por ejemplo, una nutrición deficiente, poca atención en su salud reproductiva, violencia doméstica y condiciones de vida difíciles, todo lo cual se exacerba después de la menopausia, donde hay mayores riesgos de tener cáncer de mama y cervical, así como osteoporosis.

A la condición de mujer anciana se agrega la pobreza, la soledad y el abandono. Considerando que la salud de la mujer joven es la base de su salud en la edad avanzada, es esencial considerar la salud de las mujeres mayores en el marco de un curso de vida y establecer las estrategias de prevención.

Causas de Mortalidad

Las principales causas de muerte entre los adultos mayores en el país son la:

1. Cardiopatía isquémica
2. Diabetes mellitus
3. Enfermedades cerebro vasculares
4. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica,
5. Cáncer.

Dentro de las enfermedades más importantes se identifican:

1. Demencial
2. Caídas
3. Artritis reumatoide
4. Osteoartritis
5. Depresión.

Es muy frecuente la polipatología en el anciano, esto es, entre los mayores de 65 años de edad, cerca del 85% tienen al menos una enfermedad crónica y el 30% de estos son portadores de más de tres enfermedades simultáneas. Una de las enfermedades más importantes y causa la muerte en la población de la tercera edad en el Distrito Federal es la neumonía.

Calidad de Vida

La calidad de vida está determinada en gran parte por la alimentación, su importancia radica en que es un proceso que acompaña al individuo durante toda su vida, por ejemplo, en el niño y en el adolescente determinan sus características de crecimiento y desarrollo, y posteriormente actúa en el adulto y en el anciano como factor de riesgo o de protección del padecimiento de las principales enfermedades que afectan. La obesidad es la más frecuente de las enfermedades de la nutrición, es el aliado de todas las enfermedades degenerativas de la tercera edad..

• 4.5.4. Enfermedades Crónico Degenerativas

Las enfermedades crónicas degenerativas son aquellas que no se resuelven en forma rápida con atención médica, sino que permanecen bajo control o tratamiento muchos años o el resto de la vida. Ejemplos de enfermedades crónicas degenerativas son los problemas del corazón, el cáncer, la diabetes, entre otras.

Con el incremento de la esperanza de vida y el desarrollo de la tecnología médica, hoy en día las personas tienen una vida más larga. No obstante las enfermedades crónicas degenerativas van en aumento. Conforme a datos del ISSSTE, el porcentaje se ha incrementado en 70 años de 8% a 34% y se estima que para el año 2030, éstas representen más de la mitad de las causas de muerte.

Enfermedades Crónicas Degenerativas:

1. Diabetes Mellitus
2. Hipertensión arterial
3. I.RC
4. ICC
5. Colesterol y triglicéridos altos
6. Cáncer de mama
7. Cáncer cervicouterino
8. Cáncer de próstata
9. Depresión
10. Osteoporosis

- 4.5.4. INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA

4.5.4.1 ANATOMÍA APARATO URINARIO

ESTRUCTURA DEL RIÑÓN

Todo el riñón está cubierto por una cápsula de tejido conectivo colágeno denso denominada como cápsula nefrótica, y sobre su borde medial se encuentra una incisura denominada hilio renal en donde podemos apreciar la salida de estructuras vitales como la arteria y vena renales y el uréter. La corteza presenta un aspecto rojizo oscuro granulado y rodea completamente a la médula renal enviando prolongaciones denominadas columnas renales que se injertan en toda la profundidad medular. La médula renal presenta el doble de espesor que la corteza y unas estructuras de color rojizo muy claro con forma de pirámides, denominadas pirámides renales, que se separan por las columnas renales. Las papilas renales se distribuyen cada una dentro de un cáliz menor en forma de embudo, tomando en cuenta que cada riñón humano posee 8 a 18 pirámides renales, existiendo también de 8 a 18 cálices menores, y de 2 a 3 cálices mayores.

Desde un punto de vista histológico, en un corte sagital del órgano observaremos que el parénquima (porción celular) está compuesto por una corteza y una médula. En la médula aparecen unas estriaciones organizadas en forma piramidal. Estas pirámides son las denominadas Pirámides de Malpighi (o renales) que presentan un vértice orientado hacia los cálices (papilas).

LOS URÉTERES

Los uréteres son dos conductos de unos 25 a 30 cm. de largo, bastante delgados, aunque de calibre irregular, que llevan la orina desde la pelvis renal a la vejiga, en cuya base desembocan formando los llamados meatos uretrales, cuya disposición en válvula permite a la orina pasar gota a gota del uréter a la vejiga, pero no viceversa. Su interior está revestido de un epitelio y su pared contiene músculo liso

LA VEJIGA

La vejiga es un depósito membranoso situado en la parte inferior del abdomen y superior de la pelvis, destinada a contener la orina que llega de los riñones a través de los uréteres. Cuando está vacía, sus paredes superior e inferior se ponen en contacto, tomando una forma ovoidea cuando está llena. Su capacidad es de unos 300 a 350 g, aunque puede variar de una persona a otra y en ciertas afecciones. Su interior está revestido de una mucosa con un epitelio poliestratificado pavimentoso, impermeable a la orina. Su pared contiene un músculo liso, que contrayéndose y con la ayuda de la contracción de los músculos abdominales, produce la evacuación de la vejiga a través de la uretra. A esto se llama micción. La parte de la vejiga que comunica con la uretra está provista de un músculo circular o esfínter, que impide normalmente la salida involuntaria de la orina. Además de estas fibras lisas hay otras estriadas que ayudan a retener voluntariamente la orina.

LA URETRA

La uretra es el conducto que permite la salida al exterior de la orina contenida en la vejiga. Difiere considerablemente en ambos sexos. En la mujer es un simple canal de 3 a 4 cm. de largo, algo más estrecho en ambas extremidades que en el resto de su trayecto. Es casi vertical y se halla por delante de la vagina, abriéndose en la vulva por delante del orificio vaginal. En el hombre la uretra mide de 18 a 20 cm. de longitud, y es de calibre irregular, presentando partes ensanchadas y otras estrechadas. Además no

es recta sino que presenta ciertos ángulos. Tiene muchos segmentos: uretra prostática (parte que pasa por la próstata), uretra membranosa y uretra esponjosa, es decir, la rodeada por el cuerpo esponjoso, la que a su vez puede subdividirse en varios segmentos. Desde el punto de vista de sus enfermedades la uretra puede dividirse en dos segmentos: la uretra anterior y la uretra posterior, separados por un esfínter de músculo estriado, situado a unos 3,5 cm. de la vejiga. Las hemorragias o secreciones que se producen en la primera, salen al exterior y las que se producen en la segunda, pueden volcarse en la vejiga. La inflamación de cada uno de estos sectores produce también síntomas distintos. En la uretra desembocan diversas glándulas en las que pueden acantonarse una infección de la uretra.

FUNCIONAMIENTO DEL RIÑÓN

El riñón tiene tres tipos de funciones: depuradora, de regulación hidroelectrolítica y del equilibrio ácido base, y también hormonales y metabólicas.

- ✓ Elimina productos de desecho del metabolismo.
- ✓ Regula el volumen líquido.
- ✓ Regula la tensión arterial.
- ✓ Regula el balance de electrolitos.
- ✓ Regula el equilibrio ácido-base.
- ✓ Regula el metabolismo óseo.
- ✓ Produce eritropoyetina. (Harrison's,2004)

VÍAS URINARIAS

El viaje de la orina pasa desde las papilas renales hacia los cálices menores, y de ahí a los cálices mayores, la pelvis renal y mediante el uréter llegan a la vejiga en donde sirve de reservorio para la orina, con una capacidad normal de 500 ml, alcanzando su capacidad máxima de 1 L.

De la vejiga atraviesa la uretra por donde es expulsada hacia el exterior del organismo, alcanzando una velocidad de 30 a 35 km/h cuando la vejiga se encuentra llena en su capacidad promedio, y cuando está en su máximo reservorio es expulsada a unos 50 km/h . Al atravesar la uretra peneana (en el varón) cabe mencionar que la orina es expulsada a mayor velocidad alcanzando en su cúspide máxima hasta unos 75 km/h, siendo proporcionada estas características expulsivas por la estructura de dicha uretra. La vejiga y los uréteres están revestidos por un epitelio de transición que sólo aparece en el recorrido de las vías urinarias excretoras, denominado en urología como un gran pene. En el uréter encontramos 3 túnicas denominadas como Túnica Mucosa, Túnica Muscular y la Túnica Adventicia.

4.5.4.2 DEFINICIÓN INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA

La pérdida gradual y progresiva de la capacidad de los riñones para excretar desechos, concentrar la orina y conservar los electrolitos. Básicamente se trata de una tasa de filtración glomerular (TFG) por debajo de $75\text{ml}/\text{min}/1.73\text{m}^2$, y esta se pueda subdividir en varios grupos o niveles: tasa de filtración glomerular media $50\text{-}75\text{ml}/\text{min}/1.73\text{m}^2$, moderada $30\text{-}50\text{ml}/\text{min}/1.73\text{m}^2$, y severa $10\text{-}30\text{ml}/\text{min}/1.73\text{m}^2$, con un estadio final de falla renal definiendo este como una tasa de filtración glomerular menor a $10\text{ml}/\text{min}/1.73\text{m}^2$.

4.5.4.3 EPIDEMIOLOGÍA

En los últimos años se ha encontrado que la población con enfermedad renal crónica va en constante aumento, desde un 3-4% en Estados Unidos a un 5% en el Japón y

otras cifras igualmente altas en Europa, ello se debe a otros factores: la incidencia de diabetes mellitus y que irremisiblemente el 30% de los pacientes con esta enfermedad tendrán neuropatía diabética e IRC, a la nefroangioesclerosis secundaria a hipertensión arterial sistémica y al envejecimiento de la población, de tal manera que este problema catastrófico de salud no puede dejarse de largo.

La insuficiencia renal tanto aguda como crónica en individuos por arriba de los 65 años de edad va en constante aumento.

- ✓ 400 – 600 millones en el mundo.
- ✓ Novena causa de muerte en México.

En el IMSS

- ✓ 1er lugar de egresos hospitalarios.
- ✓ El 79% de los pacientes son < a 65 años.
- ✓ 3ª causa de muerte hospitalaria.

4.5.4.4. ETIOLOGÍA

Factores que incrementan Edad avanzada, historia susceptibles susceptibilidad al daño familiar de enfermedad renal ,reducción en la masa renal, bajo peso al nacer, bajo nivel educativo.

Factores directamente Diabetes mellitus, HTA, iniciación del daño renal enfermedades autoinmunes, infecciones sistémicas, infecciones urinarias, cálculos renales, obstrucción del tracto urinario bajo, toxicidad a drogas.

Factores que causan Nivel alto de proteinuria, progresión empeoramiento del daño alto nivel de presión renal y una declinación arterial, pobre control rápida de la función renal glicérico en diabetes.

Factores que incrementan Baja dosis de diálisis estadio terminal mortalidad y morbilidad, la insuficiencia renal temporal, anemia, albúmina sérica baja, retardo en la referencia para diálisis

Factores de riesgo

- ✓ DM
- ✓ Hipertensión.
- ✓ Enfermedades Autoinmunes
- ✓ Glomerulonefritis
- ✓ Nefritis Intersticiales Crónicas
- ✓ Nefropatía Gotosa
- ✓ Poliquistosis Renal
- ✓ Infecciones sistémicas
- ✓ IVU, Renourolitiasis
- ✓ Obesidad
- ✓ Tabaquismo
- ✓ > 50 años
- ✓ AHF
- ✓ Factores sociodemográficos

(Am. J. Kidney Dis. 2002)

4.5.4.5 FISIOPATOLOGÍA

- ✓ Comprende mecanismos progresivos específicos de acuerdo a la etiología
- ✓ Reducción de la masa renal.
- ✓ Mecanismo compensatorio.
- ✓ Hipertrofia estructural y funcional de las nefronas no afectadas
Mediada por moléculas vasoactivas, citoquinas y factores de crecimiento.
- ✓ Hiperfiltración adaptativa.
- ✓ Incremento en la presión y el flujo capilar glomerular.
- ✓ Produce la hipertrofia y predispone a la esclerosis del tejido. .
(Harrison's 16 Th Edition 2004)

AUTORREGULACIÓN RENAL

- ✓ Mecanismos intrínsecos del riñón:
- ✓ Reflejo intrínseco miogénico de la arteriola aferente.
- ✓ Vasodilatación o vasoconstricción de acuerdo a cambios en la presión intraluminal.
- ✓ Incremento en la presión arterial
- ✓ Aumento en la presión intraglomerular
- ✓ Incremento distal de consumo de NaCl. Vasoconstricción de la arteriola aferente.
- ✓ Aumento de la presión de perfusión renal

4.5.4.6 CLASIFICACIÓN POR ESTADIOS

1. Daño renal con leve 60 - 89 disminución de TFG
2. TFG moderadamente 30 - 59 disminuida
3. TFG disminuida 15 - 29 severamente
4. Insuficiencia renal < 15 (o diálisis)
5. Estadio Final de la Enfermedad Renal: Uremia (Clasificación NKF: National Kidney Foundation) Estadio Descripción TFG(mL por minuto por 1.73 m2)

4.5.4.7 CUADRO CLINICO

Manifestaciones del Síndrome Urémico

- ✓ Neurológicas
- ✓ Centrales
- ✓ Periféricas
- ✓ Cardiovasculares
- ✓ Pulmonares
- ✓ Gastrointestinales
- ✓ Dermatológicas
- ✓ Hematológicas
- ✓ Endocrinas
- ✓ Oftálmicas

PIEL

- ✓ Palidez
- ✓ Equimosis
- ✓ Hematomas
- ✓ Prurito
- ✓ Piel seca
- ✓ Color cetrino
- ✓ Hiperpigmentación
- ✓ Xerosis
- ✓ Foliculitis perforante
- ✓ Calcifilaxis

NERVIOSO Y LOCOMOTOR

- ✓ Insomnio
- ✓ Piernas inquietas
- ✓ Debilidad
- ✓ Cefalea
- ✓ Encefalopatía
- ✓ Polineuropatía periférica
- ✓ Disfunción del sistema autónomo

SISTEMA HEMATOLOGICO

- ✓ Anemia
- ✓ Disfunción plaquetaria
- ✓ Inmunodeficiencia humoral y celular(infecciones y neoplasias)

SISTEMA DIGESTIVO

- ✓ Anorexia
- ✓ Hemorragias
- ✓ Pirosis
- ✓ Estreñimiento
- ✓ Anorexia
- ✓ Náuseas,
- ✓ vómitos
- ✓ Ascitis
- ✓ Diverticulitis

CARDIO RESPIRATORIO

- ✓ Disnea
- ✓ HTA
- ✓ Dolor precordial
- ✓ Pericarditis urémica
- ✓ Isquemia arterial periférica
- ✓ Aterosclerosis
- ✓ Miocardiopatía
- ✓ Cardiopatía isquémica
- ✓ Vasculopatía periférica
- ✓ Accidentes cerebrovasculares
- ✓ Derrame pleural

- ✓ Edema pulmonar
- ✓ Calcificaciones pulmonares

OSTEOARTICULAR

- ✓ Osteodistrofia
- ✓ Calcificaciones
- ✓ Alteración del crecimiento
- ✓ Fracturas patológicas

ENDOCRINO

- ✓ Amenorrea
- ✓ Esterilidad
- ✓ Abortos
- ✓ Impotencia
- ✓ Intolerancia a glucosa
- ✓ Hipoglucemia
- ✓ Hiperparatiroidismo
- ✓ Osteomalacia por déficit de Vitamina D.

PSICOLÓGICAS

- ✓ Depresión

BIOQUÍMICAS

- ✓ Retención nitrogenada (urea, creatinina)
- ✓ Hiperuricemia
- ✓ Hiponatremia
- ✓ Hipernatremia
- ✓ Hiperpotasemia
- ✓ Hipopotasemia
- ✓ Acidosis metabólica
- ✓ Alcalosis metabólica
- ✓ Hipocalcemia
- ✓ Hiperfosfatemia
- ✓ Tasas alteradas de enzimas cardíacos, hepáticos, pancreáticos y tumorales

Los síntomas iniciales:

- ✓ Fatiga.
- ✓ Hipo frecuente.
- ✓ Sensación de malestar general.
- ✓ Picazón generalizada (prurito).
- ✓ Dolor de cabeza.
- ✓ Náuseas
- ✓ Vómitos.

- ✓ Pérdida de peso involuntaria.

Los síntomas tardíos:

- ✓ Hematemesis(sangre en el vómito)
- ✓ Melena (sangre en las heces fecales).
- ✓ Disminución de la lucidez mental, incluyendo somnolencia, confusión, delirio o coma.
- ✓ Disminución de la sensibilidad en las manos, los pies u otras áreas.
- ✓ Tendencia a la formación de hematomas o sangrado.
- ✓ Aumento o disminución del gasto urinario.
- ✓ Calambres
- ✓ Convulsiones.
- ✓ Cristales blancos en y sobre la piel (escarcha urémica).

4.5.4.8 DIAGNOSTICO

Laboratorio

- ✓ Orina completa,(Proteinuria en orina de 24 hs)
- ✓ Clearance de (Creatinina Niveles de creatinina que aumentan de manera progresiva).
- ✓ Hemograma, (aumento de Urea ,creatinina,Na, K, p (fosfato), Ca)
- ✓ Glucemia
- ✓ Proteinograma
- ✓ Triglicéridos(Colesterol total)
- ✓ Nitrógeno ureico en sangre (BUN) que aumenta de forma progresiva.
- ✓ Gasometría arterial y análisis
- ✓ Química sanguínea que pueden revelar acidosis metabólica.

Gabinete

- ✓ ECG
- ✓ Ecografía Renal: riñones disminuidos de tamaño
- ✓ Ecografía abdominal.
- ✓ Tomografía Computacional abdominal.
- ✓ Resonancia magnética abdominal
- ✓ Radiografías de los riñones y del abdomen.

4.5.4.9 COMPLICACIONES

- ✓ Pericarditis.
- ✓ Taponamiento cardíaco.
- ✓ Insuficiencia cardiaca congestiva.
- ✓ Pérdida de sangre en el tracto gastrointestinal.
- ✓ Úlceras.
- ✓ Hemorragia.
- ✓ Anemia.

- ✓ Neuropatía periférica.
- ✓ Ataques
- ✓ Fracturas
- ✓ Cambios en el metabolismo de la glucemia
- ✓ Anomalías en los electrolitos incluyendo la hipercalemia.
- ✓ Disminución en el funcionamiento de los glóbulos blancos.
- ✓ Disminución en la respuesta inmunitaria.
- ✓ Disminución de la libido, impotencia.
- ✓ Demencia. .
- ✓ Encefalopatía.
- ✓ Enfermedad renal en estado terminal.
- ✓ Hipertensión arterial.
- ✓ Aumento de las infecciones.
- ✓ Trastornos articulares.
- ✓ Inflamación del hígado (hepatitis B, hepatitis C).
- ✓ Insuficiencia hepática.
- ✓ Aborto espontáneo, irregularidades menstruales, esterilidad.
- ✓ Daño neurológico.
- ✓ Disfunción plaquetaria.
- ✓ Convulsiones.
- ✓ Piel reseca, picazón/rascado con infección de piel resultante.
- ✓ Debilitamiento de los huesos.

4.5.4.10. TRATAMIENTO

- 1- Tratamiento de las causas reversibles
- 2- Prevención o enlentecimiento de la progresión del deterioro de la función renal
- 3- Tratamiento de las complicaciones de la disfunción renal
- 4- Identificación y adecuada preparación del paciente que requiere tratamiento dialítico

1. Tratamiento de las causas reversibles

Causas asociadas reversibles que pueden generar > deterioro de la FR:

- ✓ Disminución del flujo Renal: Hipovolemia, hipotensión, infecciones (drogas ej. AINES.)
- ✓ Drogas nefrotóxicas :(aminoglucósidos, anfotericina B), aines, material de contraste.
- ✓ Obstrucción del Tracto Urinario :mas frecuentemente uropatía obstructiva por hipertrofia prostática, otras: litiasis Renal útil la Ecografía Renal

2. Prevención o enlentecimiento de la progresión del deterioro de la función renal

- ✓ Inhibidores de la Enzima Convertidora de Angiotensina (IECA) y Bloqueantes de Receptores de Angiotensina :Son útiles para disminuir la progresión debido a que disminuyen el hiperfiltrado de los Nefrones Sanos (alterarían el Hiperfiltrado Adaptativo
- ✓ Para que sean útiles deben iniciarse en estadíos tempranos de la IRC. (Creatinina plasmática < 2 mg%).
- ✓ Tratamiento adecuado de la Hipertensión Arterial : objetivos: TA > = 125/ 75 mmhg (Dieta Hipoproteica : 0,8 1g/ kg y con estrictión de fosfatos)

3. Tratamiento de las complicaciones de la disfunción renal

- A- Sobrecarga de volumen
- B- Hipercalemia
- C- Acidosis Metabólica
- D- Hiperfosfatemia
- E- Osteodistrofia Renal
- F- Hipertensión
- G- Dislipemia
- H- Disfunción sexual
- I- Desnutrición
- J- Sangrado Urémico
- K- Pericarditis
- L- Neuropatía Urémica
- M- Disfunción Tiroidea

A- Sobrecarga de Volumen

- ✓ En estadios iniciales (2- 3) con FG > 15ml/ min puede haber poliuria y debe realizarse un aporte hídrico de aproximadamente 3 l/ día.
- ✓ Estadios avanzados:(4 y 5) El manejo del Na y del agua se mantiene hasta que el FG es < 15ml/ min. y aparece hiponatremia edema, oliguria, HTA e ICC en algunos casos. Habitualmente se maneja con restricción de Na y de volumen, diuréticos de asa.
- ✓ En etapas muy avanzadas se requiere diálisis.

B- Hipercalemia

- ✓ Se desarrolla en pacientes en estadio 5 y en pacientes oligúricos y/o cuando se suma otro factor como por administración externa de K o de diuréticos ahorradores de K, IECA.
- ✓ Manifestaciones: arritmias, Paro cardíaco con actividad eléctrica sin pulso, ritmos nodales, bloqueo AV Cambios ECG:

1º T picudas (K 6-7 meq/l)

2º Prolongación del PR (K 7-8 meq/l)

3º Ensanchamiento del QRS (K >8 meq/ l)

- ✓ Tratamiento de la arritmia: Si hay cambios ECG: Gluconato de Calcio al 10% 1 o 2 amp.
- ✓ Medidas para disminuir el K
- ✓ Diuréticos de asa (Furosemida)
- ✓ Solución polarizante (Dx 10% 200 ml + 10 U de Insulina corriente)
- ✓ Bicarbonato de Sodio: si hay Hipercalemia + Acidosis Metabólica con Ph < 7,20.
- ✓ Resinas de Intercambio Catiónico
- ✓ Diálisis

C- Acidosis Metabólica

- ✓ Por falta de excreción renal de ácidos orgánicos con retención de hidrogeniones.
- ✓ Genera mayor lesión ósea generada porque se activan osteoblastos para liberar buffers óseos con el fin de neutralizar el exceso de H⁺.
- ✓ Aumenta la lesión muscular, el estado hipercatabólico, y genera menor síntesis de albúmina contribuyendo a la desnutrición.

Objetivos:

- ✓ Se desea mantener el Co₃H en 22 meq/ l.
- ✓ Tratamiento: Bicarbonato de Sodio 0,5 a 1meq/l
- ✓ En casos avanzados se debe realizar Diálisis

D- Hiperfosfatemia e Hipocalcemia

- ✓ En pacientes con caída del FG se genera retención de fosfato y descenso del calcio, lo que a su vez estimula la liberación de PTH produciéndose un Hiperparatiroidismo 2º como mecanismo compensador para disminuir los valores de fosfatemia y aumentar los de calcio.
- ✓ Se da Carbonato de Calcio como quelante de fosfato y como aporte de calcio

E- Osteodistrofia Renal

- ✓ Osteítis Fibrosa Quística
- ✓ Osteomalacia: X Déficit de Vitamina D
- ✓ Enfermedad ósea adinámica
- ✓ Tratamiento: vitamina D, Calcitriol.

F- Hipertensión

- ✓ 80% de los pacientes con IRC son hipertensos
- ✓ Objetivo: mantener TA < 130/ 80 mmhg.
- ✓ En etapas tempranas: útil IECA.
- ✓ En etapas avanzadas es 2º a sobrecarga de volumen: Se pueden usar sobre todo si hay edema , diuréticos del asa + amlodipino
- ✓ Si el paciente está hipertenso en "peso seco". Utilizar amlodipino, hidralazina o alfa metildopa

I- Desnutrición

- ✓ Por anorexia, Uremia, acidosis Metabólica, gastritis urémica, estado hipercatabólico
- ✓ Dieta: Restricción de Proteínas a 0,8 a 1 g/ kg (discutido en estadios tempranos , sin dudas en FG< 20 ml/ min)
- ✓ Aportar 30-35 kcal/ kg/ día
- ✓ Restricción de Na, K, P
- ✓ En pacientes en diálisis aumentar el aporte proteico.

J- Sangrado Urémico

- ✓ Por disfunción plaquetaria
- ✓ Se puede aportar antes de un procedimiento Desmopresina, crioprecipitados.

También mejora con la Diálisis:

- ✓ Anemia de Trastornos crónicos por déficit de EPO
- ✓ En etapas avanzadas, por desnutrición asociada puede haber ferropenia, déficit de B12 y ácido fólico.
- ✓ Tratamiento: EPO, Fe, aporte nutricional

K- Pericarditis

- ✓ Fiebre, dolor tx a veces frote, derrame pericárdico.
- ✓ Tratamiento: Diálisis

L- Neuropatía Urémica

- ✓ Encefalopatía urémica y otras manifestaciones del SNC y SNP
- ✓ Tratamiento: Diálisis
- ✓ Identificación y adecuada preparación del paciente que requiere tratamiento dialítico

Indicaciones de diálisis:

- ✓ Pericarditis
- ✓ Sobrecarga de volumen refractario a diuréticos
- ✓ HTA
- ✓ Encefalopatía o Neuropatía Urémica
- ✓ Gastritis Urémica
- ✓ Creatinina > 12 mg%
- ✓ Sangrado urémico significativo
- ✓ Desnutrición con FG < 15 ML/ MIN
- ✓ FG > 10 ml/ min
- ✓ Hipercalemia y acidosis metabólica refractaria

Criterios para hospitalizar IRC

- ✓ Hipercalemia con EKG cambios.
- ✓ Cambios del estado mental por encefalopatía urémica.
- ✓ Evidencia clínica o EKG de Pericarditis
- ✓ Acidosis intratable asociada con IRC
- ✓ IRC agudizada

Tratamiento de la Emergencia Urémica

Hipercalemia

- ✓ Gluconato de Calcio al 10%, 10ml i.v.
- ✓ Insulina regular 10 unidades con dextrosa al 50% 50ml i.v.
- ✓ Albuterol (salbutamol) 0.5 – 1mg i.v. en 15min o 10 – 20 mg inhalados

- ✓ Sulfonato polysteron de sodio 30 – 60gr con sorbitol
- ✓ Bicarbonato de sodio 4.2% 100ml (7.5% 50ml) i.v. en 5min si el pH <
- ✓ Diálisis: preferentemente hemodiálisis

Edema pulmonar

- ✓ Posición semisentado
- ✓ Oxígeno con mascarilla / presión positiva continua / ventilador
- ✓ Furosemide 100 – 300 mg i.v.
- ✓ Nitroglicerina 10 – 200 mg/min i.v.
- ✓ Morfina 5mg i.v. si la respiración no está deprimida
- ✓ Hemofiltración, o diálisis peritoneal

Acidosis metabólica

- ✓ Bicarbonato de sodio 4.2% 100ml (7.5% 50ml) i.v. si la carga de sodio puede ser tolerada
- ✓ Hemofiltración si el paciente es hemodinámicamente inestable
- ✓ Hemodializar por 2hrs con dializado con bicarbonato
- ✓ Monitorear el calcio al corregir la acidosis

Encefalopatía hipertensiva

- ✓ Proteger vía aérea
- ✓ Checar fondo de ojo, reflejos y escala de coma
- ✓ Fenitoína 300mg v.o. para pacientes conscientes o ácido valproico 10mg/kg i.v. para pacientes comatosos.
- ✓ Reducción gradual en presión sanguínea, labetalol o nitroprusiato i.v.

Encefalopatía urémica

- ✓ Proteger vía aérea
- ✓ Opciones para evitar el desequilibrio
- ✓ Considerar diálisis peritoneal como primera opción
- ✓ Hemodializar 2hrs diario: flujo sanguíneo de ~ 150ml/min
- ✓ Hemofiltración más de 24hrs
- ✓ Diálisis peritoneal
- ✓ Acido valproico 10mg/kg i.v. si hay riesgo elevado de convulsiones

Pericarditis

- ✓ Diálisis diaria.- 2hrs
- ✓ Diálisis con heparina baja o sin heparina
- ✓ Cambiar o empezar diálisis peritoneal tan pronto como sea posible
- ✓ Taponamiento cardiaco
- ✓ Necesidad de drenar antes de diálisis para evitar hipotensión.
- ✓ Dejar drenaje in situ durante la diálisis
- ✓ Cambiar o empezar diálisis peritoneal tan pronto como sea posible

Diálisis Hemodiálisis. Trasplante

V. APLICACION DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN UN ADULTO MAYOR CON ALTERACIÓN RENAL

5.1 PRESENTACIÓN DE LA PERSONA

Nombre de la paciente: Ma.E G A
Fecha de nacimiento: 17-06-1936
Edad: 74 años
Nacionalidad: Mexicana
Lugar de nacimiento: Michoacán
Lugar de residencia: México D.F
Sexo: Femenina
Religión: Católica
Estado Civil: Viuda
Ocupación: Ama de casa
Escolaridad: Primaria
Domicilio: Calle 63 No.26.Unidad Habitacional Santa Cruz Meyehualco, Del Iztapalapa

RESUMEN HISTORIA CLÍNICA

Al interrogatorio refiere ser viuda desde hace 12 años y tiene 8 hijos, 7 casados y una soltera la cual convive con ella. y que a raíz de su enfermedad se ve obligada a seguir una dieta más estricta Le preocupa quedarse sola en casa, puesto que su hija tiene que trabajar. Pero eso no es todo, ya que la paciente se encuentra discapacitada pues tiene un muñón del miembro pélvico derecho, secuela de pie diabético.

En todo momento se muestra muy preocupada y angustiada por su situación actual y la evolución tan rápida de su enfermedad

ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES

Antecedentes familiares

- ✓ DM2
- ✓ HAS por parte de su madre ya finada

Antecedentes personales:

- ✓ HAS-(12 años)
- ✓ I.C.C (1año)
- ✓ DM2 (5 años)
- ✓ PO Toracocentesis secuela de un derrame pleural derecho

EXPLORACIÓN FÍSICA

Alteración del estado de alerta, somnolienta, con datos de sobre carga hídrica, dificultad respiratoria, tos, signos vitales inestables, con taquicardia y polipnea, TA: 140/90; FC: 150x; Tª: 38°C presencia de palidez facial, catarata en ambos ojos Abdomen blando y depresible, no doloroso a la palpación, ausencia de miembro pélvico derecho a nivel supracondileo y edema generalizado

ENFERMEDAD ACTUAL

Paciente de sexo femenino 74 años, la cual ingresa al Servicio de Nefrología del Hospital de Especialidades Centro Médico S.XXI, referida de HGZ 47 en ambulancia por presentar dificultad respiratoria, tos productiva retiro de catéter peritoneal de evolución de 10 días, niveles de creatinina en sangre de 14 mg/dl hemoglobina de 8.78, glucemia de 450 mg/dl y oligoanuria, tras varios días hospitalizada es diagnosticada de Insuficiencia Renal

A su ingreso, la paciente permanece anúrica (50 cc en 24h) y con niveles ascendentes de creatinina. Se decide la colocación de un catéter central en la vena yugular e inicio de Hemodiálisis para corregir los valores de creatinina.

Los exámenes de laboratorio mostraron: BH, QS y EGO fuera de los rangos normales; Se indica esquema de insulina complementado con hipoglucemiantes orales, líquidos parenterales y antibiótico terapia así como dieta para diabético

Se realiza una ecografía abdominal y estudio etiológico, en el que se evidencia un número elevado de anticuerpos anti-MBG, hematuria macroscópica, leucocituria y proteinuria.

5.2 RESULTADOS DE LA VALORACIÓN

NECESIDAD	SATISFECHA	INSATISFECHA	
		REAL	POTENCIAL
1. OXIGENACIÓN	FUERZA	X	
2. NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN	FUERZA		X
3. ELIMINACIÓN	FUERZA	X	
4. MOVERSE Y MANTENER BUENA POSTURA	FUERZA	X	
5. DESCANSO Y SUEÑO	FUERZA		X
6. USO DE PRENDAS DE VESTIR	FUERZA satisfecha		
7. TERMORREGULACIÓN	FUERZA	X	
8. HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL	FUERZA	X	
9. EVITAR PELIGROS	FUERZA		X
10. NECESIDAD DE COMUNICARSE	VOLUNTAD satisfecha		
11. VIVIR SEGÚN SUS CREENCIAS Y VALORES	VOLUNTAD satisfecha		
12. NECESIDAD DE TRABAJAR Y REALIZARSE	VOLUNTAD satisfecha		
13. PARTICIPACIÓN EN ACTIVIDADES RECREATIVAS	VOLUNTAD satisfecha		
14.-NECESIDAD DE APRENDIZAJE	CONOCIMIENTO satisfecha		

PRIORIZACIÓN DE LAS NECESIDADES

1. ELIMINACIÓN
2. OXIGENACIÓN
3. TERMOREGULACIÓN
4. HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL
5. MOVERSE Y MANTENER BUENA POSTURA
6. EVITAR PELIGROS
7. NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN
8. DESCANSO Y SUEÑO

5.3 DIAGNÓSTICOS REALES

1. Disminución en la **eliminación urinaria** relacionado con una falla en la filtración glomerular manifestado por oligoanuria, retención de líquidos, sequedad de las mucosas orales, y piel seca
2. Alteración de la **oxigenación** relacionado con una sobre carga hídrica manifestado por disnea de esfuerzo transitoria, cianosis
3. Alteración en la **Termorregulación** relacionado con procedimientos invasivos, manifestado por escalofríos leves, piloerección y calor corporal
4. Alteración en la **higiene y protección de la piel** relacionado con una limitación física, muñón del miembro pélvico derecho, manifestado por lesión tisular, úlceras por presión en región sacra
5. Deterioro de la **movilidad física** relacionado con herida en miembro pélvico izquierdo, dolor, manifestado por pérdida de la destreza física, reposo absoluto.

5.3 DIAGNÓSTICOS REALES

DX.: REAL

NECESIDAD ALTERADA: ELIMINACIÓN URINARIA

CAUSA: INSATISFECHA- FUERZA

GRADO DEPENDIENTE

DX DE ENFERMERÍA: Disminución en la **eliminación urinaria** relacionado con una falla en la filtración glomerular manifestado por oligoanuria, retención de líquidos, sequedad de las mucosas orales, y piel seca.

OBJETIVO: MEJORAR Y CONTRIBUIR EN LA ELIMINACIÓN URINARIA DE LA SRA M.E.G.A

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA	EVALUACIÓN DX
<p>TOMA DE SIGNOS VITALES</p> <ul style="list-style-type: none"> (T.A, FC, FR, TEMP.) <p>CUIDADOS DE LA RETENCIÓN URINARIA</p> <ul style="list-style-type: none"> Vigilar periódicamente el grado de distensión de la vejiga mediante la palpación y percusión <p>INSTALACIÓN DE SONDA VESICAL</p> <ul style="list-style-type: none"> Explicar el procedimiento y el fundamento de la intervención Mantener un sistema de drenaje urinario cerrado Controlar la ingesta y eliminación <p>CONTROL DE LIQUÍDOS</p> <ul style="list-style-type: none"> Realizar un registro de control de líquidos egresos e ingresos Vigilar el estado de hidratación (membranas mucosas húmedas, pulso adecuado y presión sanguínea) Observar si hay indicios de sobrecarga/ retención de líquidos <p>TOMA DE LABORATORIOS</p> <ul style="list-style-type: none"> (EGO,BH,QS,NIVELES DE CREATININA,ETC creatinina en sangre de 14 mg/dl hemoglobina de 8.78, glucemia de 450 mg/dl) 	<p>Es la forma de determinar los valores normales o anormales del funcionamiento cardíaco, respiratorio, temperatura y tensión arterial. Estos reflejan el estado fisiológico que son regidos por los órganos vitales(cerebro, corazón, pulmones)</p> <p>Los signos vitales varían de un sujeto a otro, o en el mismo sujeto, según el ejercicio, hora del día tensión emocional, y enfermedad que padezca.</p> <p>El cateterismo vesical es la inserción de una sonda estéril en la vejiga para drenar continuamente la orina.</p> <p>Eliminación urinaria es la eliminación excedente de líquidos y elementos tóxicos que nuestro organismo no requiere para mantener la homeostasis.</p> <p>La filtración es el paso forzado de líquidos y sustancias disueltas a través de una membrana. La tasa de FG en un individuo sano, es de 125ml/min (18lt/día) El control diario de los parámetros sanguíneos proporciona información general del estado de salud del paciente.</p> <p>Un buen control de la ingesta y eliminación de los líquidos evita la sobrecarga de líquidos. Maniobras que se realizan para</p>	<p>Se logra controlar la retención de líquidos de la Sra. M.E.G.A</p>

<p>MINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS(DIURETICOS)</p> <ul style="list-style-type: none"> FUROSEMIDE 40MG I.V C/12HRS <p>HEMODIALISIS</p>	<p>obtener muestras</p> <p>La proteinuria elevada es indicador de trastornos renales, hipertensión arterial</p>	
--	---	--

DX.: REAL

NECESIDAD ALTERADA: OXIGENACIÓN

CAUSA: INSATISFECHA- FUERZA

GRADO: DEPENDIENTE

DX DE ENFERMERÍA: Alteración de la **oxigenación** relacionado con una sobre carga hídrica manifestado por disnea de esfuerzo transitoria, cianosis.

OBJETIVO: CONTRIBUIR EN EL Y CONTROL DE LA OXIGENACIÓN DE LA SRA. M.E.G.A

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA	EVALUACIÓN DX
<p>TOMA DE SIGNOS VITALES (T.A, FC, FR, TEMP.)</p> <p>OXIGENOTERAPIA</p> <ul style="list-style-type: none"> Colocación de puntas nasales vigilar el flujo de litro de oxigeno colocación de la mascarilla facial <p>CAMBIOS DE POSICIÓN</p> <ul style="list-style-type: none"> Explicar al paciente que se le va a cambiar de posición , si procede Vigilar el estado de oxigenación antes y después de un cambio de posición Colocar en una posición que facilite la ventilación / perfusión, si resulta apropiado. <p>DISMINUCIÓN DE LA ANSIEDAD</p> <ul style="list-style-type: none"> Utilizar un enfoque sereno que de seguridad. Explicar todos los procedimientos, incluyendo las posibles sensaciones que se han de experimentar Crear un ambiente que facilite la confianza <p>FISIOTERAPIA RESPIRATORIA</p> <ul style="list-style-type: none"> Administración de micronebulizaciones 	<p>Es la forma de determinar los valores normales o anormales del funcionamiento cardíaco, respiratoria, temperatura y tensión arterial</p> <p>Frecuencia.Respiratoria:Es el proceso que se realiza para valorar el estado respiratorio del organismo (16-20x)</p> <p>La administración de O₂ únicamente restablece la concentración normal en sangre</p> <p>La concentración de O₂ por puntas nasales depende de su colocación, ritmo de flujo y tolerancia del pte.(30-50%)</p> <p>Colocación de oxigeno en alta concentración (95-100%)</p> <p>Al colocar al paciente en posición semifowler, el cual debe tener una elevación de la cabecera a 30° y ligera flexión de extremidades inferiores ayudara a favorecer la respiración ya que tendrá una mayor expansión torácica, favorece el movimiento ventilatorio completo</p> <p>La posición semifowler favorece la eliminación de secreciones y facilita la respiración</p> <p>Método para suministrar un ambiente húmedo</p> <p>El 70% de humedad ofrece descongestionamiento de las mucosas, fluidificación de las secreciones y evaporación cutánea</p>	<p>Al administra una adecuada y correcta concentración de oxígeno a la SRA. M.E.G.A mejoro y le favoreció a la dificultad respiratoria y así mismo a expulsar las flemas r</p>

DX.: REAL

NECESIDAD ALTERADA: TERMORREGULACIÓN

CAUSA: INSATISFECHA- FUERZA

GRADO DEPENDIENTE

DX DE ENFERMERÍA: Alteración en la **Termorregulación** relacionado con procedimientos invasivos, manifestado por escalofríos leves, piloerección y calor corporal

OBJETIVO: CONTRIBUIR Y MANTENER NORMOTÉRMICA A LA SRA. M.E.G.A

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA	EVALUACIÓN DX
<p>MONITORIZACIÓN Y TOMA DE TEMPERATURA CORPORAL Y SIGNOS VITALES</p> <ul style="list-style-type: none">• Observar y registrar si hay signos y síntomas de hipotermia e hipertermia• Observar periódicamente el color, la temperatura y la humedad de la piel• Observar si hay cianosis central y periférica <p>APLICACIÓN DE MEDIOS FISICOS</p> <p>MONITORIZACIÓN DE LOS LIQUIDOS</p> <ul style="list-style-type: none">• Llevar un registro preciso de ingresos y egresos <p>MINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS</p> <ul style="list-style-type: none">• Antipiréticos (paracetamol 1gr V.O PRN O FIEBRE)• ANTIBIOTICO(MEROPENEM1GR I.V C/24HRS.	<p>La temperatura es un signo vital y la elevación por encima de parámetros normales ocasiona alteraciones hidroelectrolítica y metabólicas.</p> <p>La hipertermia es un importante mecanismo de defensa que puede ayudar a activar el sistema inmunitario del cuerpo estimulando la liberación de interleucina que estimula la estimulación de anticuerpos</p> <p>Favorece la disminución del calor del cuerpo.</p> <p>Procedimiento por medio del cual se proporcionan elementos terapéuticos al organismo humano por diferentes vías</p> <p>Los analgésicos son aquellos agentes que ayudan a aliviar el dolor los cuales bloquean la recepción del dolor o influyen sobre la respuesta emocional al dolor</p> <p>Analgésico-antipirético. Se indica en los procesos sintomáticos que cursen con fiebre o dolor de mediana intensidad, ya sean agudos y crónicos.</p>	<p>Disminución de la temperatura corporal .36.8 c A través de las intervenciones de enfermería que se proporcionaron oportunamente.</p>

DX.: REAL

NECESIDAD ALTERADA: HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL

CAUSA: INSATISFECHA- FUERZA

GRADO DEPENDIENTE

DX DE ENFERMERÍA: Alteración en la **higiene y protección de la piel** relacionado con una limitación física, muñón del miembro pélvico derecho, manifestado por lesión tisular, úlceras por presión en región sacra

OBJETIVO: CONTRIBUIR Y MEJORAR LA INTEGRIDAD CUTANEA POR MEDIO DE LA PROTECCIÓN DE LAS AREAS DAÑADAS

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA	EVALUACIÓN DX
<p>AYUDAR CON LAS MEDIDAS DE HIGIENE(BAÑO DE ESPONJA USO DE LUBRICANTES)</p> <ul style="list-style-type: none">• Mantener hidratada la piel• Aplicar humectantes cutáneos para conservar la tersura y prevenir fisuras en la piel• Mantener la piel limpia y lubricada• Cambio frecuente de pañal <p>VIGILAR EL ESTADO DE LA PIEL</p> <ul style="list-style-type: none">• Registrar el grado de afección de la piel• Protección de la piel con la aplicación de parches coloides o jelonet. <p>CUIDADOS CIRCULATORIOS</p> <ul style="list-style-type: none">• Vigilar circulación distal• Evaluar los edemas y los pulsos periféricos• Observar el grado de incomodidad o de dolor durante la noche o al descansar	<p>El baño de esponja es el que se proporciona al paciente en su unidad debido a que puede encontrarse imposibilitado para asistir al cuarto de baño, sirve para favorecer la limpieza general del paciente, favorecer la comodidad y el descanso y retirar secreciones e impurezas de la piel, además de que favorece la relajación muscular</p> <p>Los jabones neutro y lociones son útiles para prevenir la sequedad y agrietamiento de la piel</p> <p>Valorar el estado de la piel evita la aparición de signos de infección.</p> <p>En base al grado de afección de la piel se valora el estado de mejoría del paciente</p> <p>Es útil para conservar la integridad de la piel.</p> <p>Podemos evitar la necrosis del miembro o región.</p> <p>Piel, parte del organismo que protege y cubre la superficie del cuerpo y se une, sin fisuras, con las membranas mucosas de los distintos canales (por ejemplo, el canal alimenticio) en los distintos orificios corporales.</p> <p>La piel forma una barrera protectora contra la acción de agentes físicos, químicos o bacterianos sobre tejidos más profundos.</p> <p>En la regulación de la temperatura corporal participan los 4,5 m de capilares sanguíneos contenidos en cada 6,5 cm² de piel.</p>	<p>Se logra proporcionar confort y bienestar al ayudarlo a realizar su aseo personal a la Sra. M.E.G.A</p> <p>Se logra controlar la expansión de las úlceras por presión, llevando a cabo uno de los indicadores de calidad.</p>

<p>MANEJO DE LIQUIDOS</p> <ul style="list-style-type: none"> Realizar un registro de ingesta y eliminación Vigilar el estado de hidratación Observar si hay indicios de sobrecarga/retención de líquidos (crepitaciones, edema, distensión de venas) <p>COLOCACIÓN DE ALMOHADILLAS EN LAS REGIONES CON CREPITACIONES</p> <p>COLOCACIÓN DE UN COLCHON DE AGUA O AIRE</p> <p>CAMBIOS DE POSICIÓN</p>	<p>Evaluar la integridad de las mucosas orales del paciente Con el fin de observar si los cuidados de enfermería han sido eficaces</p> <p>La nutrición y la hidratación mantienen hidratadas las mucosas</p> <p>Los ejercicios aceleran la recuperación de la función muscular y disminuye el dolor y otras molestias a largo plazo</p> <p>La irrigación sanguínea de los tejidos suele aumentar por el ejercicio activo o pasivo</p> <p>La movilización del paciente mejora la circulación sanguínea y previene la aparición de úlceras por decúbito.</p> <p>El uso de aditamentos protectores (bandas o cinturones, marcos, arcos soportes, cojines, bolsas de arena, almohadillas), ofrecen seguridad y alineación corporal.</p>	
---	---	--

DX.: REAL

NECESIDAD ALTERADA: MOVERSE Y MANTENER BUENA POSTURA

CAUSA: INSATISFECHA- FUERZA

GRADO DEPENDIENTE

DX DE ENFERMERÍA: Deterioro de la **movilidad física** relacionado con herida en miembro pélvico izquierdo, dolor, manifestado por pérdida de la destreza física, reposo absoluto.

OBJETIVO: LOGRAR DISMINUIR COMPLICACIONES MUSCULOESQUELÉTICAS DE LA SRA. M.E.G.A

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA	EVALUACIÓN DX
<p>DAR CAMBIOS FRECUENTES DE POSICIÓN</p> <ul style="list-style-type: none"> Ayudar al paciente a colocarse en una posición óptima para el movimiento <p>TERAPIA DE EJERCICIOS</p> <ul style="list-style-type: none"> Determinar las limitaciones del movimiento Determinar la localización y naturaleza de la 	<p>Los ejercicios aceleran la recuperación de la función muscular y disminuye el dolor y otras molestias a largo plazo</p> <p>El conocimiento y comprensión del comportamiento humano ayuda a disminuir o evitar ansiedad, temor,</p> <p>Una evaluación integral determina el tipo de movilización a realizar en el individuo para obtener, conservar o recobrar la locomoción posible.</p>	<p>Al proporcionarle confort a la SRA. M.E.G.A disminuyo el dolor de su Miembro Pélvico izquierdo. Y se logra evitar complicaciones.</p>

<p>molestia o dolor</p> <p>PROPORCIONAR AYUDA EN SUS ACTIVIDADES DIARIAS</p> <ul style="list-style-type: none"> Colocar al pte. De forma que se facilite la comodidad utilizando principios de alineación corporal, apoyo de almohadas para la parte del dolor. 	<p>La movilización del paciente mejora la circulación sanguínea y previene la aparición de úlceras por decúbito.</p> <p>Una posición correcta permite la realización óptima de la exploración física y la aplicación de tratamientos</p> <p>El uso de aditamentos protectores (bandas o cinturones, marcos, arcos soportes, cojines, bolsas de arena, almohadillas), ofrecen seguridad y alineación corporal.</p>	
---	---	--

5.4 DIAGNÓSTICO POTENCIAL (RIESGO).

1. Riesgo de **evitar Infección** en punto de inserción del catéter central yugular (marhurkar) relacionado con procedimiento invasivo hemodiálisis.
2. Riesgo de deteriorar la **nutrición e hidratación** relacionado con dificultad para realizar sus actividades de la vida diaria, falta de piezas dentarias y falta del apetito
3. Riesgo de alterar el **descanso y sueño** relacionado con problemas depresivos y estados de angustia

Dx: DE RIESGO

NECESIDAD ALTERADA: EVITAR PELIGROS

CAUSA: INSATISFECHA- FUERZA

GRADO: PARCIALMENTE DEPENDIENTE

DX DE ENFERMERÍA: Riesgo de evitar Infección en punto de inserción del catéter central yugular (marhurkar) relacionado con procedimiento invasivo hemodiálisis.

OBJETIVO: EVITAR LA HUMEDAD Y LA PROLIFERACIÓN DE MICROORGANISMOS EN PUNTO DE INSERCIÓN DEL CATETER MARHURKAR.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA	EVALUACIÓN DX
<p>CUIDADOS DEL SITIO DE INCISIÓN</p> <ul style="list-style-type: none"> Tomar nota de las características de cualquier drenaje 	<p>Explicar previamente el procedimiento que se le va realizar al paciente reduce el nivel de estrés y ansiedad del paciente.</p> <p>La piel y mucosas generalmente</p>	<p>Debido a que la SRA. M.E.G.A es diabética se llevo un estricto manejo de catéteres o accesos vasculares, logrando así no proliferar una infección.</p>

<ul style="list-style-type: none"> • Curación de accesos vasculares • Aplicar bandas o tiras de cierre, si procede <p>PROTECCIÓN CONTRA LAS INFECCIONES</p> <ul style="list-style-type: none"> • Observar signos y síntomas de infección sistémica y localizada • Mantener las normas de asepsia para el pte. • Proporcionar los cuidados de la piel en las zonas edematosas <p>VIGILANCIA DE LA PIEL</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vigilar el color de la piel • Comprobar la temperatura • Observar si hay enrojecimiento, edema. <p>MANEJO DE LA HIPERGLUCEMIA</p> <ul style="list-style-type: none"> • Consultar con el medico si persisten o empeoran los signos y síntomas de hiperglucemia <p>TOMA DE MUESTRAS DE LAB.</p> <ul style="list-style-type: none"> • creatinina en sangre de 14 mg/dl hemoglobina de 8.78, glucemia de 450 mg/dl 	<p>contienen gérmenes Serie de maniobras que se realizan para la asepsia de una herida.</p> <p>La desinfección es el proceso físico o químico por el cual se destruyen los agentes patógenos. Excepto las esporas La protección de heridas con material estéril, evita su contaminación.</p> <p>La protección del epitelio superficial antes de fijar el material adhesivo, evita lesiones posteriores</p> <p>Las manifestaciones clínicas de infección, son además de las correspondientes al proceso inflamatorio, la formación de pus, hipertermia, taquicardia, taquipnea etc.)</p> <p>El control diario de los parámetros sanguíneos proporciona información general del estado de salud del paciente.</p>	
---	---	--

Dx: DE RIESGO

NECESIDAD ALTERADA: NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN

CAUSA: INSATISFECHA- FUERZA

GRADO: PARCIALMENTE DEPENDIENTE

DX DE ENFERMERÍA: Riesgo de deteriorar la **nutrición e hidratación** relacionado con dificultad para realizar sus actividades de la vida diaria, falta de piezas dentarias y falta del apetito

OBJETIVO: APOYAR EN LA INGESTA DE ALIMENTOS

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA	EVALUACIÓN DX
<p>MONITORIZACIÓN DE SIGNOS VITALES.</p> <ul style="list-style-type: none">• Controlar periódicamente presión sanguínea, pulso, temperatura y estado respiratorio. <p>MANEJO DE LIQUIDOS Y ALIMENTOS</p> <ul style="list-style-type: none">• Realizar un registro preciso de ingesta y eliminación• Realizar sondaje vesical• Vigilar el estado de hidratación• Evaluar el apetito del paciente• Facilitar la participación del paciente en la planificación dietética• Asesoramiento Nutricional • Fomentar la implicación familiar	<p>Es la forma de determinar los valores normales o anormales del funcionamiento cardiaco, respiratoria, temperatura y tensión arterial</p> <p>El apetito puede disminuir debido a la alteración del gusto; la saciedad precoz y el estado de ánimo</p> <p>Esto proporciona al paciente sensación de control y una oportunidad de seleccionar sus alimentos preferidos que pueden aumentar la ingesta de alimentos</p> <p>La alimentación proporciona la ingesta de nutrientes que necesita el organismo para poder realizar las funciones metabólicas.</p> <p>Regular y prevenir las complicaciones derivadas de niveles de líquidos y/o electrolitos alterados</p> <p>Es necesario que la dieta sea adecuada, completa y bien proporcionada; debe incluir hidratos de carbono, grasas y proteínas. Una buena alimentación racional evitará complicaciones.</p> <p>La interacción familiar proporciona interacción social, estimulación mental y motivación</p>	<p>SE MOTIVO A LA SRA M.E.G.A A INCREMENTAR LA CALIDAD DE SU ALIMENTACIÓN, LOGRANDO QUE LO HICIERA.</p>

Dx: DE RIESGO

NECESIDAD ALTERADA: DESCANSO Y SUEÑO

CAUSA: INSATISFECHA- FUERZA

GRADO: PARCIALMENTE DEPENDIENTE

DX DE ENFERMERÍA: Riesgo de alterar el **descanso y sueño** relacionado con problemas depresivos y estados de angustia

OBJETIVO: CONTRIBUIR Y MEJORAR EL SUEÑO.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA	EVALUACIÓN DX
<p>MONITORIZACIÓN DE SIGNOS VITALES</p> <ul style="list-style-type: none">• Determinar los hábitos de sueño cotidianos y los cambios que se hayan producido• Establecer una nueva rutina de sueño incorporando patrones anteriores y un entorno nuevo• Mantener un ambiente tranquilo• Recomendar una actividad física suave durante el sueño• Enseñar técnicas de relajación	<p>Es la forma de determinar los valores normales o anormales del funcionamiento cardiaco, respiratoria, temperatura y tensión arterial</p> <p>Sueño, estado de reposo uniforme de un organismo. En contraposición con el estado de vigilia, el sueño se caracteriza por los bajos niveles de actividad fisiológica (presión sanguínea, respiración, latidos del corazón y por una respuesta menor ante estímulos externos. Cuando este se ve alterado pueden verse afectadas las diferentes esferas del paciente</p> <p>Cuando una nueva rutina conserva todos los nuevos aspectos posibles de los viejos hábitos se puede reducir el estrés y la ansiedad potenciando el sueño</p> <p>Las actividades durante el día pueden ayudar al paciente a gastar energía y prepararlo para el sueño nocturno</p> <p>Dichas técnicas ayudan a inducir al suave sueño aminorando la falta de energía</p>	<p>Relajada a la SRA.M.E.G.A por medio de su medicamento fluoxetina 1/2 tab.c/24 hrs.</p>

CONCLUSIONES

El desarrollo de este trabajo se llevo a cabo con base a una metodología propia de cuidado, la cual permitió desarrollar una serie de cuidados planteados en las necesidades de la paciente viéndole desde una perspectiva integral, basándose en el modelo conceptual de Virginia Henderson.

Cabe mencionar que los objetivos del presente trabajo se cumplieron satisfactoriamente con cooperación de la Sra.Ma.E.G.A y su hija la cual siempre tuvo la disposición para la realización de este trabajo.

El contar con una metodología de cuidado como lo es el Proceso de Enfermería, constituye un elemento clave de profesionalización e identidad para el gremio enfermero, pues este proporciona una base para dar un cuidado holístico y de calidad.

El utilizar la propuesta teórica de Virginia Henderson como base del proceso fue práctica y adecuada para el desarrollo y aplicación del presente proceso.

El Proceso de Enfermería posibilita una mejor interacción persona-enfermera(o)-familia, ya que para el caso del presente trabajo fue importante esto, para brindar información relevante, concisa y sencilla a la paciente y familia en el proceso de rehabilitación al egreso hospitalario, ya que de esa manera se contribuye al compromiso del paciente en el auto cuidado de su salud, además de disminuir los ingresos subsecuentes al hospital.

VII. BIBLIOGRAFIA

- ✓ ALFARO-LEFEVRE, Rosalinda, ***Aplicación del proceso de Enfermería: guía práctica***, Barcelona, Doyma, 1996,289p.
- ✓ CARPENITO-MOYET, Lynda Juall, ***Planes de cuidados y documentación clínica en enfermería: diagnósticos enfermeros y problemas en colaboración***, 4ª. ed., Madrid, McGraw-Hill Interamericana, 2005,1101p.
- ✓ COLLIÉRE, Marie Francoise, ***Promover la vida***, Madrid, McGraw-Hill, 1993,395p.
- ✓ KING,IMOGENE M.; ***Enfermería como profesión***, México: limusa,1984,189p.
- ✓ KOZIER, Bárbara, *et. al.*, ***Fundamentos de enfermería: conceptos, procesos y práctica***, 7ª. ed., España, McGraw -Hill, Interamericana, 2007, t. I.
- ✓ MARRINER TOMEY, Ann, ***Modelos y teorías en enfermería***, 3a. ed., Barcelona, Mosby-Doyma, 1994.828p.
- ✓ POTTER, P.A., ***Fundamentos de enfermería***, 5a. ed., Madrid, Ed. Elsevier Science, 2002, t. I.
- ✓ RIOPELLE, L. Grondin y PHANEUF, ***Cuidado de enfermería: un proceso centrado en las necesidades de la persona***, Madrid, McGraw -Hill Interamericana, 1997,352p.
- ✓ TAPTICH, B.J. *et. al.*, ***Diagnóstico de enfermería y planeación de cuidados***, México, Interamericana McGraw-Hill, 1992,258p.

- ✓ IYER, P. W. Taptich, B.J. *et. al.*, **Proceso y diagnóstico de enfermería**, 3a ed., México, McGraw-Hill Interamericana, 1997,437p.

A. CIBERGRAFIA

- ✓ SECRETARÍA DE SALUD (2003). **Mortalidad 2000**. Dirección General de Estadística e Informática, México, <http://www.ssa.gob.mx>.
- ✓ Encuesta Nacional de **Enfermedades Crónicas** Dirección General de Epidemiología. Morbilidad 2003.
- ✓ Versión en lengua española de la 5.^a edición de la obra original en inglés: Mosby's **Medical, Nursing, and Allied Health Dictionary** Copyright © MCMXCVIII by Mosby-Year Book, Inc.

VII ANEXOS

- **FORMATO DE VALORACIÓN DE ENFERMERÍA SEGÚN EL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON.**

Proceso directo organizado y sistemático de recopilación de datos (objetivos y subjetivos) sobre el estado de salud del paciente (aparatos y sistemas) cubriendo las 14 necesidades del individuo.

- **HOJA DE ENFERMERÍA**

Formato de registros clínicos, tratamientos y observaciones de enfermería. Es un documento tamaño carta que consta de anverso y reverso, para registrar por tres días el manejo y evolución del paciente.

- **HISTORIA CLÍNICA**

Información concreta que se obtiene de forma directa o indirecta del paciente: datos (subjetivos, objetivos, históricos, antecedentes patológicos, y actuales de acuerdo a su estado salud.

- **FORMATO DE PLAN DE CUIDADOS**

Establecer y llevar a cabo los cuidados de enfermería, que conduzcan al cliente a prevenir, reducir o eliminar los problemas detectados

**FORMATO DE VALORACIÓN DE ENFERMERÍA
(VIRGINIA HENDERSON)**

DATOS GENERALES

Nombre: Ma.E.G.A Edad: 74 años Sexo: Femenino. Estado Civil: Viuda

Escolaridad: 6º Primaria Servicio Nefrología Domicilio: Calle 63 No.26.Unidad Habitacional Santa Cruz Meyehualco, Del Iztapalapa D.F

Tiempo que tiene con el padecimiento: 4 años

¿Toma algún medicamento?: SI (x) NO () Cual? Fluconazol 100mg ivc/24,omeprazol 40mg iv c/24,i.v c/8hrs,furosemide 40mg isosordide 10mg c/12 pentoxifilina 1 tab c/24 C.lisina 100mg c/8,fluoxetina ½ tab c/24 ,meropenem 500mg iv c/24, amikacina 100mg iv c/24, paracetamol 1gr c/8 .,Insulina 15 UI NPH,DxTx c/6 hrs. Con esquema IAR SC

1. OXIGENACIÓN

Tensión arterial:140/90 mmHg F.C:150x' Pulso:100x'Gr upo Sanguíneo: O POSITIVO

Patrón respiratorio: Ritmo: regular Profundidad: regular Frecuencia: 30x'

Estilo de vida: Sedentaria (x) Activa ()

¿Tiene algún problema con su respiración? SI (x) NO () ¿Cuál? Dificultad para respirar sobre todo cuando presenta dolor.estertores

¿Tose? Rara vez () Frecuentemente () Siempre (x)

¿Hay secreciones al toser? SI (x) NO () Características: Flemas serohematicas

¿Existe dolor al toser? SI (x) NO () Descríbalo: Refiere dolor torácico

¿Se fatiga al realizar las siguientes actividades? Subir escaleras () Al caminar (---) Al comer (---) Otros (x)

¿Fuma? SI () NO (x) ¿Cuántos cigarros al día? ---- ¿Desde cuándo? ---

¿Qué hace cuando presenta algún problema respiratorio? Se colocan las puntas nasales O2 3ltsx

Coloración peribucal y de extremidades cianosis peribucal, Piel pálida

¿Utiliza algún dispositivo de apoyo respiratorio? Puntas Nasales

OBSERVACIONES: La paciente se encuentra somnolienta, con puntas nasales, responde a estímulos verbales, pupilas normo reflexicas, respuesta motora a estímulos dolorosos. A la auscultación se perciben estertores en campos pulmonares con disnea aleteo nasal y tos, con movimientos respiratorios asimétricos. Taquicardia y palidez de tegumentos

Datos de laboratorio: Qs: glucosa 450mg/dl, Creatinina 14 mg/dl. BH: eritrocitos 2.87 millones/ml., HTC 24%, hemoglobina 8.78, Na 13.0 K 5.6, Cl 93

DATOS DE DEPENDENCIA: SI (x) NO ()

ÁREA DE DEPENDENCIA: Falta de fuerza (x) Falta de voluntad ()

Falta de conocimiento ()

2. NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN

Peso: 88 kg Talla: 1.55 ¿A perdido o ganado peso en los últimos seis meses?: SI (x) NO () ¿Cuánto?: 3kg ¿Desde cuando? Cuando empezó a retener líquidos.

Se alimenta: Solo (xx) Con ayuda () Sonda () Otro ()

Horario y número de comidas habituales: 3 comidas al día

Cantidad de líquidos que ingiere al día: Menos de 500 ml () 500 a 1000 ml (xx)

Más de 1000 ml ()

Líquidos que acostumbra tomar: Agua () cantidad__Refresco () cantidad: __Jugos () cantidad: Té (xx) cantidad: Café (xx) cantidad: _

Alimentos o líquidos que originan:

Preferencia: Carnes rojas

Desagrado: Verduras

Tipo de dieta: normal () blanda () papilla () líquida (xx) AHNO()

Presencia de: Anorexia () Náuseas () Vómito () Indigestión (-)

Hiperacidez () Aumento del apetito () Disminución del apetito (xx)

Cavidad oral: Seca () SemiHidratada (xx) Estomatitis (-) Caries (-) Prótesis (x)

Sensibilidad al frío (-) Calor (-) Falta de piezas dentales (xx)

Tiene dificultad para: Masticar (xx) Deglutir (..) Hablar (--)

OBSERVACIONES: La paciente tiene placas dentales por lo cual se le dan papillas, Tiene punzot Ms Ts Izq. (Solución mixta 500 ml. + 40 mEq de KCL para 24 horas).

DATOS DE DEPENDENCIA: SI (xx) NO ()

ÁREA DE DEPENDENCIA: Falta de fuerza (xx) Falta de voluntad ()

Falta de conocimiento ()

3. ELIMINACIÓN

Intestinal en 24 horas: Frecuencia 1/24 Cantidad: 30gr/24hr Color: Amarillo

Consistencia: Blanda

¿Presenta algún problema al evacuar? SI () NO (xx) Dolor (-)

Estreñimiento () Diarrea (-)

Utiliza alguna ayuda cuando esta estreñado?: Líquidos (-) Alimentos (-)

Fármacos (-) Enemas (-)

Intestino: Dolor (-) Flatulencia () Heridas (-) Estoma (-)

VESICAL en 24 horas: Frecuencia: 1/24 Cantidad: 50ml/24hr Color: ambar

Olor: fétida Hematuria: (-) Nicturia (-) Disuria (-) Sonda (xx)

OBSERVACIONES: Las evacuaciones son blandas ,sin distención abdominal, ni dolor al palpar peristaltismo presente edema generalizado, oligoanuria, sonda vesical a derivación.

DATOS DE DEPENDENCIA: SI (xx) NO ()

ÁREA DE DEPENDENCIA: Falta de fuerza (xx) Falta de voluntad ()

Falta de conocimiento ()

4. MOVERSE Y MANTENER BUENA POSTURA

¿Realiza actividad física? SI () NO (xx) Especificar: Camina (-) Tiempo:

Corre (-) Tiempo: _____

¿Sabe la importancia de realizar actividad física? SI (xx) NO () Especifique:

¿Tiene limitaciones para la actividad física? SI (xx) NO () Dolor muscular (-)

Defectos óseos (-) Inflamación de articulaciones (-) Utiliza aparatos (xx)

Fuerza y presión (-) Reposo relativo (-)

OBSERVACIONES: La paciente no realiza alguna actividad física , debido a que se fatiga, además tuvo una amputación supracodilea de MPD hace 5 meses secundario al pie diabético.

DATOS DE DEPENDENCIA: SI (xx) NO ()

ÁREA DE DEPENDENCIA: Falta de fuerza (xx) Falta de voluntad ()

Falta de conocimiento ()

5. DESCANSO Y SUEÑO

¿Cuánto tiempo descansa al día? Menos de 30 min. () De 30 min. A 1 hora ()

Más de 1 hora (xx)

Tipo de Sueño: Fisiológico () Inducido (xx) Insomnio () Ronquidos ()

Horas de sueño: Menos de 5 horas (xx) De 5 a 7 horas () Más de 7 horas ()

OBSERVACIONES: La paciente ingresa con alteración de alerta y somnolienta pero días después refiere que le cuesta conciliar el sueño por preocuparse por su estado de salud, angustiada, se le ministra fluxetina

DATOS DE DEPENDENCIA: SI (xx) NO ()

ÁREA DE DEPENDENCIA: Falta de fuerza (xx) Falta de voluntad ()

Falta de conocimiento ()

6. USO DE PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS

Cambio de ropa interior (-) Frecuencia: Diario Nylon () Algodón (xx)

Cambio de ropa exterior () Frecuencia: Diario Ajustada () Holgada (xx)

¿Necesita ayuda para vestirse / desvestirse? SI (xx) NO ()

DATOS DE DEPENDENCIA: SI (xx) NO ()

ÁREA DE DEPENDENCIA: Falta de fuerza (xx) Falta de voluntad ()

Falta de conocimiento ()

OBSERVACIONES: Necesita apoyo para realizar sus actividades de la vida diaria, usa pañal

7. TERMORREGULACIÓN

Temperatura 38 °C Control de temperatura SI (xx) NO () Medios: Termómetro

¿Se protege de cambios bruscos de temperatura? SI (xx) NO () ¿Cómo?

OBSERVACIONES: Presenta hipertermias se controla por medios físicos o antipiréticos (paracetamol 1gr C/8HRS y metamizol sódico 1 amp PRN)

DATOS DE DEPENDENCIA: SI (xx) NO ()

ÁREA DE DEPENDENCIA: Falta de fuerza (xx) Falta de voluntad ()

Falta de conocimiento ()

8. HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL

Baño: Parcial () Total (xx) Frecuencia: cada tercer día

Lavado de manos (x) Frecuencia cada tercer día

¿Usa algún producto para el cuidado de la piel? SI (xx) NO ()

Especificar: jelonet, parches coloides

CARACTERÍSTICAS	OBSERVACIONES	REGIÓN
Pigmentación	palidez	tegumentos
Temperatura	Hipertermias	corporal
Textura	escamosa	corporal
Turgencia	delgada	corporal
Lesiones	Úlceras por presión	Sacra y pierna izq
Contusiones	No aparentes	-----
Cicatrices	Limpias y recientes	Abdominal y muñón der
Masas	No aparentes	-----
Prurito	leve	. Miembros Ts y P
Hemorragias	No aparentes	-----
Edema	Moderado xx	generalizado

OJOS: Lagrimeo (xx-) Enrojecimiento () Secreción (--) Otro (-)

OREJAS: Cerumen (xx -)

OBSERVACIONES Disminución lenta y progresiva de la agudeza visual de ambos ojos por cataratas, curación y protección de áreas sobresalientes(tobillos ,caderas)

DATOS DE DEPENDENCIA: SI (xx) NO ()

ÁREA DE DEPENDENCIA: Falta de fuerza (xx) Falta de voluntad ()

Falta de conocimiento ()

9. EVITAR PELIGROS)

Frecuencia con que acude al: Medico: Periódicamente por sus patologías

Medidas preventivas que utiliza para prevenir enfermedades y accidentes: Vigilancia y control de venoclisis ,control de la sonda vesical, vigilancia de la sonda nasogástrica, catéter Marhurkar, prevención de riesgo de caídas, valoración de úlceras por presión,, esquema de antibióticos

Alergias: ninguna

Características de la vivienda que sean factores de riesgo para la salud (humedad, hacinamiento, promiscuidad, fauna nociva, pisos, etc.):

OBSERVACIONES: Casa de concreto que cuenta con todos los servicios

Estado mental: Alerta () Orientado () Confuso (xx) Agresivo ()
Inconsciente () Sedado ()

OBSERVACIONES: A la paciente se ministran ansiolíticos y antidepresivos

DATOS DE DEPENDENCIA: SI (xx) NO ()

ÁREA DE DEPENDENCIA: Falta de fuerza () Falta de voluntad (xx)

Falta de conocimiento ()

10. NECESIDAD DE COMUNICARSE

¿Considera importante pertenecer algún grupo social? SI (xx) NO ()

¿Por qué? Le gusta convivir con la gente ¿Con quién vive? Familiares (xx) Amigos () Solo () Otro () Especifique: aunque vivía con su hija se encontraba sola todo el día ya que su hija trabaja

¿Tiene problemas en la relación con algún miembro de la familia? SI () NO (xx)

Limitaciones físicas que interfieren en la comunicación: ninguna

Habla: Normal (xx) Poco clara () Incompleta (-) Afasia (-)

Idioma/dialecto (-) Sin habla (--)

Auditivo: Sordera (-) Deterioro auditivo (-xx) Dispositivo (-)

OBSERVACIONES: Le gusta platicar y platicar con los demás

DATOS DE DEPENDENCIA: SI () NO (xx)

ÁREA DE DEPENDENCIA: Falta de fuerza () Falta de voluntad (xx)

Falta de conocimiento ()

11. VIVIR SEGÚN CREENCIAS Y VALORES

Religión: Católica Frecuencia de algún servicio religioso: 1 vez a la semana

¿En qué medida sus valores se han alterado por su situación de salud?

OBSERVACIONES: Se observan imágenes religiosas en su cubículo

DATOS DE DEPENDENCIA: SI () NO (xx)

ÁREA DE DEPENDENCIA: Falta de fuerza () Falta de voluntad (xx)

Falta de conocimiento ()

12 NECESIDAD DE TRABAJAR Y REALIZARSE

Historia laboral: Dedicada a las labores domesticas

Trabaja actualmente: SI () NO (xx) Tiempo de empleo: Fijo (-) Temporal (-)

Jornada:___ ¿Tiene incapacidad? SI (xx) NO () Tipo: utiliza silla de ruedas

Tipo de problema que ha traído la enfermedad: Psicológico () Económico ()

Laboral () Otro (xx)

¿Qué opina de su enfermedad? Le preocupa ya que es adulta mayor y debe tener más cuidados

¿Considera que puede lograr el control de su enfermedad? SI

¿Está consciente de los cuidados que debe observar en su padecimiento? SI

¿Por qué? Para llevar una mejor calidad de vida.

OBSERVACIONES: Se encuentra angustiada

DATOS DE DEPENDENCIA: SI () NO (xx)

ÁREA DE DEPENDENCIA: Falta de fuerza () Falta de voluntad (xx)

Falta de conocimiento ()

13. PARTICIPACIÓN EN ACTIVIDADES RECREATIVAS

¿Realiza alguna actividad recreativa? SI (xx) NO () ¿Cuál?

¿Por qué?

¿Cuándo participo por última vez en actividades de este tipo? La llevan al parque

¿Dispone de recursos para dedicarse a cosas que le interesen? No lo suficiente

¿La distribución de tiempo es equilibrada entre trabajo y distracción? No, ya que eso depende de su hija

¿Por qué? Depende económicamente de sus hijas

OBSERVACIONES Siempre se dedico al hogar

DATOS DE DEPENDENCIA: SI () NO (xx)

ÁREA DE DEPENDENCIA: Falta de fuerza () Falta de voluntad (xx)

Falta de conocimiento ()

14 NECESIDADES DE APRENDIZAJE

Sobre sí mismo (físicamente): se conoce cuando algo anda mal

Necesidades básicas: Todas ya que es un adulto mayor y con limitaciones físicas

Estado de salud actual Delicado

Tratamiento: Hemodiálisis, Farmacológico y Nutricional

Autocuidado: La paciente, se ve interesada en el tratamiento y en el estado de salud

¿Desearía incrementar sus conocimientos sobre su estado de salud/enfermedad actual? SI (xx) NO () ¿Por qué?

OBSERVACIONES: Sé tendría que orientar a los familiares del cuidado de su paciente

DATOS DE DEPENDENCIA: SI (xx) NO ()

ÁREA DE DEPENDENCIA: Falta fuerza () Falta de voluntad ()

Falta de conocimiento (xx)

Estructura de un Riñón

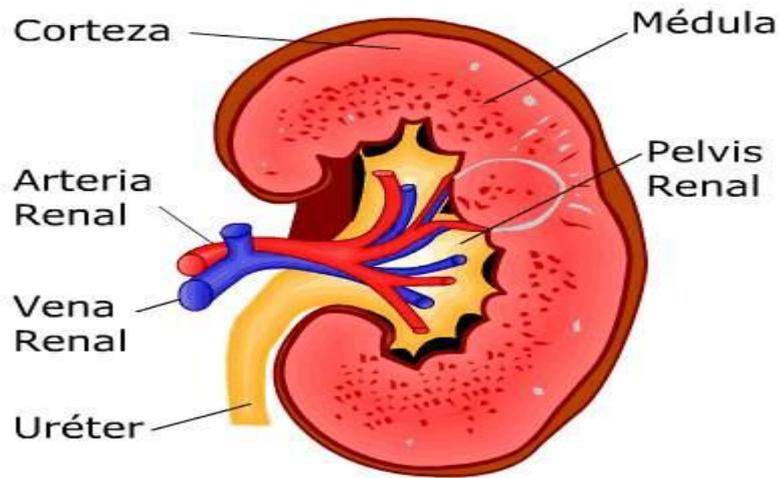
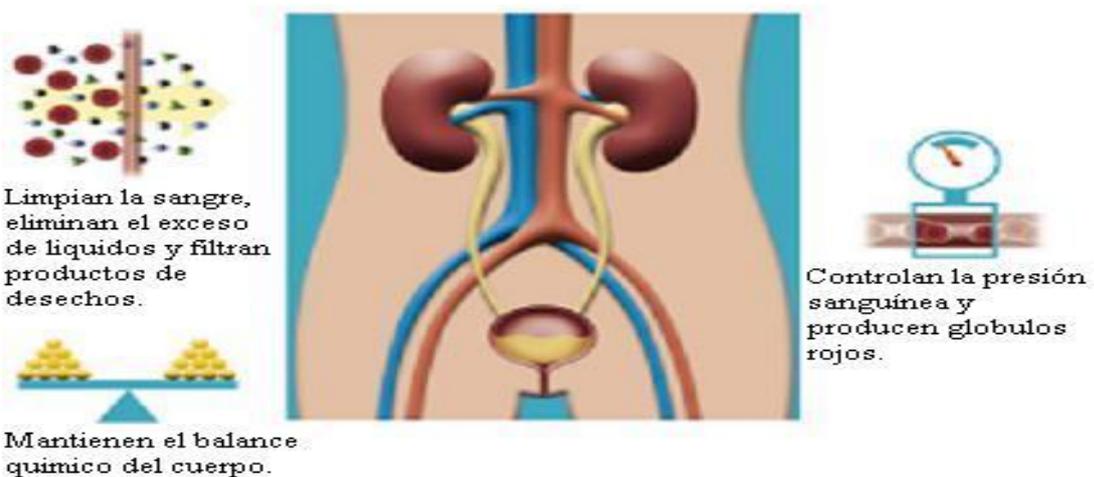
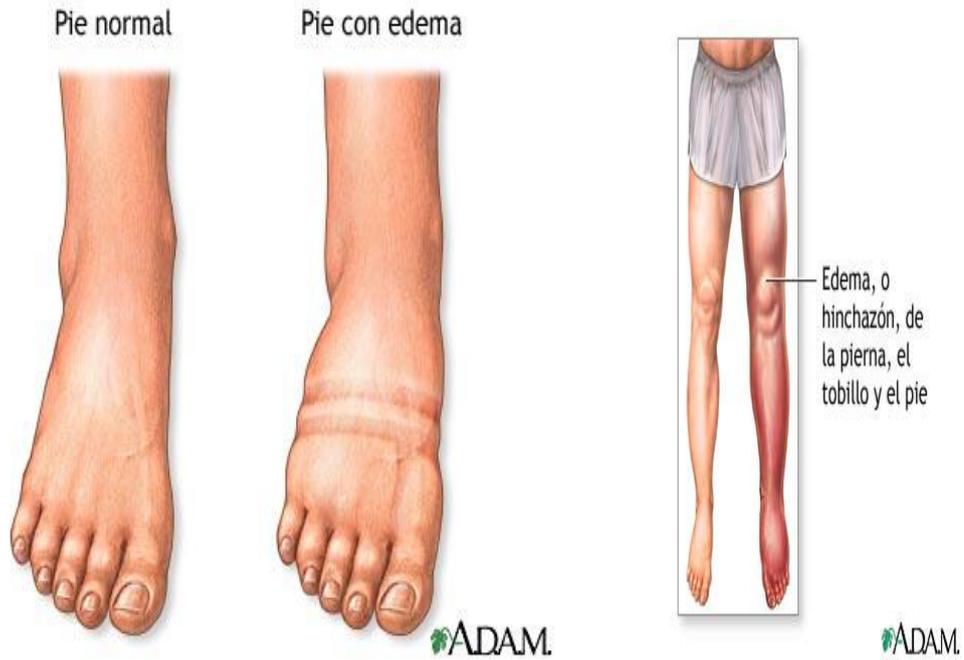


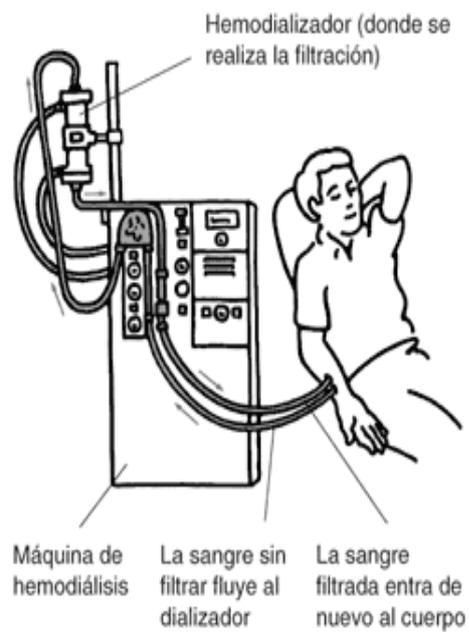
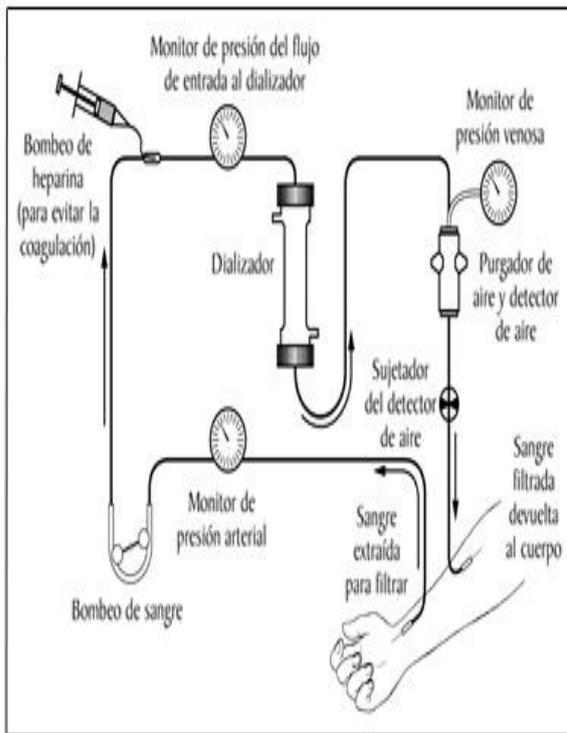
Figura 2. Estructura del riñón seccionado para mostrar las principales estructuras internas

Composición de orina y plasma en %		
	Orina	Plasma
Agua	95,0000	90,0000
Urea	2,0000	0,0300
Ácido úrico	0,0500	0,0040
Creatinina	0,0750	0,0010
Amoníaco	0,0400	0,0001
Glucosa	0,0000	0,1000
Proteínas	0,0000	8,0000
Sales	1,5600	0,7200





Un valor normal es de 0.8 a 1.4 mg/Dl



Deshidratación



Fig. 26. Causas de hiponatremia: falta de aporte de Na^+ , diarreas o aspiraciones gastrointestinales profusas, aumento por sudoración excesiva de Na^+ en un adulto.

Hiperkalemia



Fig. 26. A una persona con una enfermedad de Addison, se le administra un fármaco que causa hiperkalemia, como parte de un tratamiento para controlar la hipertensión.

Hipokalemia



Fig. 27. Causas de hipopotasemia: gástrica, diarrea, supuración.

Hipocloremia



Fig. 28. Causas de hipocloremia: falta de aporte suficiente de Cl^- por vómitos, diarreas, sudoración profusa, aumento por sudoración excesiva de Na^+ en un adulto sano.

Hipercloremia



Fig. 29. Causas de hipercloremia: administración de ácido salino (solución de NaCl) en un adulto sano.