



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE
MÉXICO

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

**ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA
Y OBSTETRICIA**

PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

**“Estudio de caso aplicado a un joven con
amputación de ambas manos relacionado
con la alteración en su estado emocional”**

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

Licenciado en Enfermería y Obstetricia

PRESENTA

Anwar Alejandro Briseño Bonilla

Directora del Trabajo

Lic. María del Consuelo de los Reyes García



ABRIL 2013



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.

DEDICATORIAS

A mi madre Blanca Bonilla Morales, quien me ha apoyado a lo largo de todos estos años. Gracias por tu comprensión, tus consejos, tu cariño y ese ejemplo de superación que me diste siempre.

A mi padre Alejandro Briseño Ríos[†], quien el 6 de Abril perdió la vida en un accidente. Porqué el hubiera estado orgulloso de este gran paso en mi vida. Por todo el cariño que me diste, por los buenos momentos, por cuidarme hasta cuando sabias que no lo necesitaba. Siempre te voy a extrañar y estarás en mi memoria.

A mis hermanos Edgar Alejandro Briseño Bonilla y Christopher Alejandro Briseño Bonilla, quienes me han apoyado y me han demostrado lo que es ser un buen hermano. Gracias por su apoyo en aquellos momentos difíciles que nos toco compartir y gracias también por enseñarme tantas y tantas lecciones de vida que me ayudaron a superar los obstáculos que la vida nos fue poniendo.

A mi cuñada Alejandra de los Cobos, aunque hace mucho tiempo que no tenemos contacto, por apoyarme cuando más necesite un hogar. Por darme tus consejos y regalarme ese abrazo en los momentos más difíciles por los que pase.

Por último y no por eso menos importante a la persona que más he querido en lo que llevo de vida, Ivan Monsalvo Montiel, quien has servido de ejemplo de que siempre hay que seguir adelante y culminar todo lo que se empieza. Gracias por enseñarme de lo que puedo ser capaz y por ponerle ese toque especial a mi vida. Te Quiero Muchísimo.

AGRADECIMIENTOS

A la Profesora Consuelo de los Reyes García, por apoyarme, esperarme y presionarme durante tanto tiempo, para que pudiera ser posible este gran paso en mi vida. Muchas gracias.

A mi amiga de toda la vida Xochitl Barragán Sánchez, con quien he compartido tantos años de mi vida y me ha apoyado y escuchado en todo momento. Siempre tienes un buen consejo para esos momentos difíciles. Te quiero mucho amiga.

A mi compañera, amiga, hermana y madre de toda la licenciatura y hasta la fecha, Paulina Valle Frías, porque me has apoyado en los verdaderos momentos difíciles de mi vida, siempre tienes un buen consejo y has calmado mi llanto con un buen abrazo. Te Amo amiguita.

A mi compañerita y ahora hermana Guadalupe Jimarez, que a pesar de ser poco el tiempo que tengo de conocerte, me has demostrado que siempre estarás ahí y que en verdad puedo contar contigo. Gracias por apoyarme en este último gran paso de mi vida y espero tenerte muchos años más cerca de mí.

A mis queridísimos amigos Rodrigo García y Martín Aguilar por estar ahí en esos momentos que más necesite un abrazo y un buen consejo, por apoyarme a seguir adelante y enseñarme muchas lecciones de vida.

A mi hermano Jorge Velázquez por tu apoyo y consejos en los últimos 6 años. Gracias por estar cerca de mí en esos momentos difíciles de mi vida cuando más me sentía solo. Recuerda que siempre estaré ahí para cuando me necesites y espero igual seguirte teniendo cerca de mí. Te quiero mucho.

INDICE

I INTRODUCCION	3
II JUSTIFICACION.....	5
III OBJETIVOS.....	7
IV MARCO TEORICO	9
4.1 Enfermería	10
4.1.1 Concepto	10
4.1.2 Antecedentes históricos.....	10
4.1.3 Metaparadigma.....	11
4.2 Cuidado.....	17
4.2.1 Concepto	17
4.2.2 Dimensiones y Connotaciones del cuidado	17
4.3 Proceso de Atención de Enfermería	22
4.3.1 Concepto	22
4.3.2 Antecedentes.....	23
4.3.3 Valoración.....	25
4.3.4 Diagnóstico	32
4.3.5 Planeación	38
4.3.6 Ejecución	41
4.3.7 Evaluación	44
4.4 Modelo conceptual de Virginia Henderson.....	47
4.4.1 Antecedentes.....	47
4.4.2 Principales postulados.....	48
4.4.3 Necesidades	49

4.4.4 Definiciones de los componentes del Metaparadigma desde la perspectiva de Virginia Henderson	52
4.4.5 Desarrollo de las 14 Necesidades	53
4.5 Características del cliente	66
4.6 Impacto Psicológico y Emocional en los clientes con quemaduras	70
4.7 Duelo.....	76
4.8 Sentido de Vida.....	78
4.9 Autoestima	79
V METODOLOGIA.....	83
5.1 Valoración	84
5.2 Diagnóstico de Enfermería.....	100
5.3 Planeación	100
5.4 Ejecución.....	109
5.5 Evaluación.....	109
VI CONCLUSIONES.....	110
VII BIBLIOGRAFIA.....	112

I. INTRODUCCION

El presente trabajo consta de tres capítulos, en el primero de ellos encontramos los objetivos trazados para la elaboración de este proyecto. En el segundo un marco conceptual, en el hablo de una forma breve de la enfermería y sus antecedentes, del cuidado y sus antecedentes en el que encontramos que la enfermería se enfocaba a curar la enfermedad y no a la persona. Así mismo se describe el Proceso Atención de Enfermería (PAE) con cada una de sus cinco partes importantes, la valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación. El tercero se basa en la metodología usada en el siguiente estudio de caso dirigido a un cliente de 20 años con lesiones térmicas de 2° y 3° grado.

Al recurrir al modelo conceptual de Virginia Henderson es necesario conocerlo y saber que para Henderson la enfermería es una función de ayuda a una persona sana o enferma, compara a la salud con la independencia de la persona para poder satisfacer las 14 necesidades para que ella son fundamentales para lograr esa independencia.

Así mismo Henderson considera a la persona como un individuo que requiere de ayuda para obtener esa independencia, el entorno es fundamental para lograrla. Menciona también las fuentes de dificultad con las que se encuentra la persona para poder satisfacer esas 14 necesidades y el rol que tiene la enfermera en el momento de brincar los cuidados a esta.

En este capítulo se integran temas que son importantes y que surgen durante el desarrollo del estudio de caso y que es necesario estudiarlos para poder tener los conocimientos básicos para brindar una atención de calidad a nuestro cliente.

II. JUSTIFICACION

El Hospital General Rubén Leñero, inicia su fundación en 1943, como el primer Hospital de Emergencias de América Latina, y uno de los Hospitales Históricos del país que marcaron pautas para desarrollo de diferentes campos de la Medicina Mexicana (Traumatología, Ortopedia, Cirugía Plástica, Reconstructiva, Quemados, Cirugía General, etc.), y formación de profesionales como “Hospital Escuela”.

En 1957 se inició la primera sala de Terapia Intensiva en la República Mexicana, aumentando el número de camas en 1959 para dar cabida a todas las especialidades propias de un verdadero Hospital General, recibiendo no sólo a pacientes traumatizados, sino todo padecimiento, es decir, se atendía desde a un baleado, atropellado hasta un embarazo de alto riesgo.

Para 1959 se construyeron las Salas de Cráneo, Ortopedia, Cirugía Plástica, Reconstructiva, Banco de Sangre y Cirugía Maxilofacial. En la Sala de Atención a Quemados se construyó un quirófano y Sala de Terapia Intensiva, siendo la primera Unidad Especializada en “Quemados” en México.

En los años 60's se funda la Escuela de Enfermería con reconocimiento universitario dentro de las instalaciones del Hospital y para 1971 se instala formalmente el Servicio de Rehabilitación.

La finalidad de este trabajo es que la enfermera no se base en la enfermedad sino en la persona reconociéndola como un ser holístico.

Se realiza el estudio de caso de un cliente que se encuentra en el hospital antes mencionado, con un diagnóstico médico de lesiones térmicas de 2° y 3° grado en un 30% de superficie corporal total, esto con la autorización verbal del cliente previamente informado para qué y por qué se realizaría el estudio de caso.

Además el estudio de caso no solo permitirá que la pasante de enfermería ayude al cliente si no que también mostrará sus conocimientos con que cuenta para obtener el título de Licenciado en Enfermería y Obstetricia.

III. OBJETIVOS

3.1 General.

A través del Proceso de Atención de Enfermería y el modelo conceptual de Virginia Henderson; se ayudara a la persona a desarrollar o compensar habilidades para la satisfacción de sus necesidades y lograr su independencia.

3.2 Específicos.

3.2.1 Mediante la valoración se obtendrán datos de las diferentes dimensiones biológicas, psicología social y espiritual para identificar las necesidades afectadas.

3.2.2 Con base en la información obtenida se identificarán los problemas que afectan las necesidades para la integración de los diagnósticos de enfermería.

3.2.3 A partir de los diagnósticos de enfermería, se planearán las intervenciones interdependientes, independientes y dependientes para ayudar a la persona a lograr su independencia.

3.2.4 Se ejecutarán las intervenciones planeadas para que a través de la evaluación se identifica el alcance de la ayuda a la persona en la satisfacción de sus necesidades.

3.2.5 Evaluar el resultado de las intervenciones que se llevaron a cabo para retroalimentar el plan de cuidados.

IV. MARCO TEORICO

4.1 Enfermería.

4.1.1 Concepto.

Ciencia que comprende los conocimientos, actitudes y aptitudes necesarios para atender correctamente las necesidades del individuo, grupo y comunidad referentes a la salud, su conservación, promoción y restablecimiento.¹

La enfermería se define como disciplina que tiene como objetivo principal, dar cuidados directos al individuo, sano o enfermo, familia o comunidad, fomentando la salud y la prevención de la enfermedad.

4.1.2 Antecedentes históricos.

En la prehistoria como no existía la medicina ni la enfermería, los primeros hombres se curaban solos, con hierbas y hojas de arboles, conforme fue pasando el tiempo en las agrupaciones probablemente se designaron personas que se encargaban de cuidar a quienes estuvieran heridos o enfermos.

Época Moderna.

Se han producido una serie de circunstancias sociales, políticas y económicas que van a repercutir en la forma de vida de las personas y en los modos de aplicar la medicina y la enfermería.

Surgen dos movimientos importantes; el renacimiento y la reforma protestante. En el primero no hay gran influencia en enfermería y salud, mientras que en el segundo si la habrá.

Inicio del método científico y los experimentos clínicos: se descubren nuevas enfermedades, se explica el por qué del funcionamiento del cuerpo humano, van a ver grandes avances y aumentan las diferencias entre la enfermería y la medicina.

Durante esta época fue fundada la escuela de enfermeras de Kaiserwert en Alemania por Teodoro Fliedner junto con su esposa Federica Munster, con el fin

¹ Diccionario Médico Mosby. ed. 1995, Edit. Océano, España. Pág. 463.

de adiestrar a los aprendices en el cuidado de los enfermos, practicar visitas a los pobres, a los presos y encontrar la manera o medios para ayudarlos.

Precisamente al término de esta época aparece una mujer que después llega a ser una notable dama que sentó las bases técnicas, científicas y administrativas de la enfermería; dedicó todo lo que pudo para ayudar al humilde, ya fuera herido, enfermo o desvalido, soporto cualquier inconveniente o contrariedad que la rodeara. Esta notable mujer fue “Florence Nightingale”.

Nace en Florencia Italia el 12 de mayo de 1820; su padre era un hombre culto y muy bien relacionado socialmente y su familia viajaba frecuentemente por muchas capitales europeas.

Se dedicó a visitar hospitales donde se encontró que quienes cuidaban a los enfermos eran mujeres incultas y sin preparación, sin la menor vocación hacia la enfermería, ni tampoco el menor interés o amor por los enfermos y solamente se encargaban de ellos con el fin de ganar un salario que les permitía cubrir sus necesidades.

Posteriormente salió de Inglaterra hacia distintas capitales, donde visito varios hospitales y encontró la misma situación que en su patria, que los enfermos eran cuidados por amas de llaves, cocineras, lavanderas o cualquier persona sin preparación, entonces decide estudiar por su cuenta y comprobó que no podía ser enfermera quien desconociera la Medicina y así a los 30 años se va a Alemania, para hacer un curso especial de enfermería en Kaiserswet. Después regreso a Inglaterra un poco decepcionada de lo que encontró, pero satisfecha de su aprendizaje en el hospital Hotel Dieu de Paris.

Se empeño en trabajar de manera muy intensa, asumiendo personalmente la responsabilidad de todos aquellos casos graves en los que había que poner más cuidado, tomaba turnos de trabajo y vigilancia. Con motivo de este abrumador trabajo y agotamiento, se enferma seriamente pero se negó a regresar a Inglaterra antes de terminar su labor.

A pesar de estar enferma Florencia continuó escribiendo y entrevistándose con grandes personalidades que solicitaron su opinión y se consejo insistiendo ella en que el plan de enseñanza ideal, para escuelas de enfermería, debería ser el siguiente:

- Adiestrar enfermeras visitadoras, para darle servicio al pobre en su casa.
- Adiestrar enfermeras para servicio hospitalario.
- A entrenarlas para enseñar a otras a fin de que dieran mejor servicio en todas partes.
- Educarlas para propagar el sistema Nightingale.²

4.1.3 Metaparadigmas.

Han sido llamadas paradigmas a las grandes corrientes del pensamiento o maneras de ver o comprender el mundo, principalmente por el filósofo Kuhn y el físico Capra, estos pensadores han precisado los paradigmas dominantes del mundo occidental, que han influenciado todas las disciplinas.

Paradigma de categorización.

Según el paradigma de la categorización, los fenómenos son divisibles en categoría, clase o grupos definidos, considerados como elementos aislables o manifestaciones simplificables.

Este paradigma orienta el pensamiento hacia la búsqueda de un factor causal responsable de la enfermedad.

Ha inspirado particularmente dos orientaciones en la profesión enfermera una centrada en la salud pública y otra centrada en la enfermedad y estrechamente unida a la práctica médica.

²BRAVO, P. Federico, Nociones de Historia de la Enfermería, Edit. Printed, México, 6ª ed., 1978. Pág. 52 – 56.

Orientación hacia la salud pública.

Lo que caracteriza esta orientación es la necesidad de mejorar la salubridad y controlar las enfermedades infecciosas en los medios clínicos y comunitarios.

Según Nightingale, los cuidados enfermero no solo están basados en la compasión, sino también en la observación y en la experiencia, los datos estadísticos, el conocimiento en higiene pública y en nutrición sobre las competencias administrativas.

Nightingale considera a la persona según sus componentes físicos, intelectuales, emocionales y espirituales, así como por su capacidad y su responsabilidad para cambiar la situación existente; considera a los factores del entorno como elementos para la importancia de la curación. La salud no es solamente lo opuesto a la enfermedad, esto significa la voluntad de utilizar bien cada capacidad que tenemos. El cuidado es a la vez un arte y una ciencia por que requiere una formación formal.

Estas ideas según Nightingale, hacían la elaboración de un plan para la formación de enfermeras competentes, quienes al recibir una formación son las únicas que deben administrar cuidado. Solo las enfermeras, que son clínicas excelentes y que comprenden los principios de una gestión eficaz de los cuidados, tienen la competencia de cumplir este trabajo.

La orientación hacia la salud pública está caracterizada por una necesidad de aplicar los principios de higiene pública, la utilización de conocimientos estadísticos comparativos así como la enseñanza formal y rigurosa, eje de una formación práctica en los medios clínicos y comunitarios.

Orientación hacia la enfermedad.

Se sitúa a fines del siglo XIX marcada por la expansión del control de las infecciones, es decir la mejora de los métodos antisépticos, de la asepsia y de las técnicas quirúrgicas. Aparece la formulación de diagnósticos médicos. Las

enfermedades físicas son consideradas como una realidad independiente del entorno, de la sociedad y de la cultura, la salud es concebida como la ausencia de enfermedad; el origen de la enfermedad se reduce a una causa única.

Según esta orientación el cuidado está enfocado a estos problemas, los déficits o las incapacidades de la persona. La persona es definida como un todo por las suma de sus partes, cada parte es reconocible e independiente, empieza y termina con un punto fijo. La salud es un equilibrio altamente deseable, es percibida como positiva, mientras que la enfermedad es percibida como negativa. El entorno es un elemento separado de la persona, es físico, social y cultural.

Paradigma de integración.

Este paradigma prolonga el de categorización reconociendo los elementos y las manifestaciones de un fenómeno e integrando el contexto específico en que se sitúa un fenómeno.

El paradigma de la integración ha inspirado la orientación enfermera hacia la persona. La mayoría de las concepciones de la disciplina enfermera han sido creadas a partir de esta orientación, durante ese periodo las enfermeras han elaborado modelos conceptuales para precisar la práctica de los cuidados y guiar la formación y la investigación enfermera. Han elaborado concepciones diferentes del modelo biomédico.

Según esta orientación: el entorno está constituido por diversos contextos en el que la persona vive bajo la forma de estímulos positivos o negativos y de reacciones de adaptación.

El cuidado va dirigido a mantener la salud de la persona en todas sus dimensiones; salud física, mental y social.

La persona es un todo formado por la suma de cada una de sus partes que están interrelacionadas, los componentes biológicos, psicológicos, sociales, culturales y

espirituales están relacionados, que busca las mejores condiciones posibles para obtener una salud y un bienestar óptimos.

La orientación hacia la persona se caracteriza por el reconocimiento de una disciplina enfermera distinta de las disciplinas medicas, la necesidad de una formación básica más progresista se impone. La experiencia clínica y la reflexión son el origen de las primeras concepciones explícitas de la disciplina o modelos conceptuales.

Paradigma de transformación.

El paradigma de la transformación dice que un fenómeno es único en el sentido de que no se puede parecer totalmente a otro. Algunos presentan similitudes, pero ningún otro se le parecerá totalmente. Cada fenómeno puede ser definido por su estructura. El paradigma de transformación representa un cambio de mentalidad sin precedentes, es la base de una apertura en la ciencia enfermera hacia el mundo.

La organización mundial de la salud propone la puesta en marcha de un sistema de salud basado sobre una filosofía en que “los hombres tiene el derecho y deber de participar individual y colectivamente en la planificación y realización de las medidas de protección sanitaria que le son destinados”.

Dentro de esta óptica la persona es un ser unido cuyas multitudes dimensiones están en relación con su entorno o su medio próximo. Ya sea interior o exterior. La salud como una experiencia que engloba la unidad del ser humano-entorno. La salud no es un bien que se posee, un estado estable o una ausencia de enfermedad.

Esta orientación de apertura sobre el mundo influye necesariamente en la naturaleza de los cuidados enfermeros. El cuidado va dirigido al bienestar, la enfermera habiendo acumulado diversos conocimientos, se adelanta a la forma de

ver de la persona, la acompaña en sus experiencias de salud siguiendo su ritmo y su camino.

La salud es a la vez un valor y una experiencia vivida según la perspectiva de cada persona hace referencia al bienestar y realización.³

Cuidar una persona supone el reconocimiento de sus valores culturales, de sus creencias y de sus condiciones.

Paradigma de enfermería.

El paradigma de cualquier disciplina: es una declaración o un grupo de declaraciones que identifican los fenómenos relevantes para esta disciplina.⁴ Marriner menciona que en él hay un sistema de filosofía, ciencia y teoría adaptado a una disciplina.

Fawcett, considera cuatro conceptos pero el lugar de hombre lo cambia por persona, contexto por ambiente, también otros autores en sus análisis y críticas de los modelos teóricos de enfermería utilizan estos conceptos. En la última década se ha hecho énfasis en dos; salud y cuidado.

Persona: se refiere al que recibe el cuidado que incluyen los componentes físicos, espirituales, psicológicos y socioculturales; puede ser el individuo, una familia o una comunidad.

Entorno: se refiere a todas las condiciones internas y externas, las circunstancias y las influencias que afectan a la persona.

Salud: se refiere al grado de bienestar o enfermedad experimentado por una persona.

Enfermería: las actividades, las características y atributos del individuo que brinda el cuidado.⁵

³ KEROVAC, S. S., El pensamiento Enfermero, Ed. Máson, España. 1996. Pág. 144 – 128.

⁴ DURAN de Villalobos María Mercedes, Desarrollo Teórico e Investigación en Enfermería. Facultad de Enfermería, Universidad de Colombia. 1ª ed. 1998. Pág. 137.

⁵ WESLEY, L. Ruby; Teorías y Modelos de Enfermería, Edit. Interamericana, 2ª ed. 1997, México D.F. Pág. 2.

4.2 Cuidado.

4.2.1 Concepto.

Es la variedad de actividades para mantener la vida, asegurando la satisfacción de las necesidades indispensables para ella y así lograr su reproducción.

4.2.2 Dimensiones y connotaciones del cuidado.

Existen dos dimensiones del cuidado: la social y la económica.

Dimensión social.

El cuidado siempre ha tenido una función social y a través del tiempo conforme las sociedades avanzan esta función se ha ido perdiendo.

A fines del siglo XIX las teóricas organistas y de asepsia, contribuyen a la acción curativa, arrinconada y separada de la acción social en su concepción y en su organización.

Hay una gran división entre la acción social y la acción sanitaria que ha hecho que aquellos que tiene vocación sanitaria se olviden de la acción social.

Las enfermeras han ignorado la dimensión social de los cuidados de enfermería, rechazando incluso en muchos casos, el considerar la enfermería como una profesión social.⁶

Influencia social en los cuidados de enfermería.

Las corrientes socio económicas influyen en la orientación y aplicación de los cuidados, contribuyen recíprocamente a confortar, consolidar o poner en duda ciertas corrientes sociales.

Los elementos que contribuyen a la práctica de los cuidados participan directamente en la influencia social, tanto a los que reciben cuidados como al profesional.

⁶ COLLIER, Enfermería Fundamental: conceptos, Proceso y Práctica, Edit. Interamericana, 4ª ed. México. Pág. 234 – 329.

La tecnología tiene una influencia directa en la orientación de los cuidados y en el tipo de cuidado por lo que le da una imagen social a la profesión.

La tecnología es la base de la imagen profesional que se transite al público, esta se crea según la frecuencia con que se utilice tal o cual tecnología y orientan la naturaleza de los cuidados que se ofrecen y condicionan las expectativas del público y sus demandas.

Otras tecnologías que influyen en las corrientes sociales son también las que contribuyen a recoger, tratar y almacenar la información necesaria para el proceso del cuidar.

Los conocimientos también tienen importantes consecuencias sociales y determinan orientaciones sociales. Según la naturaleza, su exclusividad o su diversidad, su dogmatismo o su flexibilidad, dan lugar a comportamientos de conductas sociales.

Las costumbres de la vida cotidiana y las creencias alimentan ideologías que influyen en los cuidados de enfermería, pero recíprocamente los cuidados las reafirman o las ponen en duda.

Alcance social de los cuidados de enfermería.

Un concepto social y económico de los cuidados valoraba particularmente en nuestro país la relación médico-enfermero, cuidador-persona cuidada, a costa de un análisis de los factores implicados en el proceso salud-enfermedad, sin tener en cuenta las interacciones existentes en un medio dado para un mismo tipo de problemas que afectan a muchas personas o a una en particular. Su significado inicial, que no es otra que promover la vida y para percibir lo que contribuye o infiere en el desarrollo de la vida, “cuidar no puede ser un acto aislado desconectado el contexto social, tampoco puede ser un acto individual que solo tiene en cuenta a cada persona de forma aislada y de su propio contexto”.

Cuidar supone una responsabilidad social, es decir que no se limita a la curación de unos síntomas, tal como lo estipula la conferencia de Alma Ata, que muestra claramente las dimensiones sociales y las dimensiones del desarrollo de los cuidados de atención primaria y componentes para luchar por la justicia social, estos cuidados suponen una autentica mutación ideológica, cultural, social, tecnológica y económica de la función de los cuidados.

Dimensión económica de los cuidados de enfermería.

Los cuidados de enfermería proporcionados en los hospitales como en el medio extra hospitalario, tiene un costo económico que no podría ser la única referencia económica de un servicio que no puede disociarse de sus incidencias socioeconómicas.

Costo económico de los cuidados de enfermería.

El costo económico de un servicio es conocer su valor monetario que no es indicador económico suficiente en una sociedad de consumo que estima el valor de un producto o un servicio, según su valor mercado. Los servicios de salud, utilizan este mismo tipo de estimación económica.

Los cuidados de alto valor de mercado, es decir, son los que requieren de un alto nivel de especialización, alta tecnología para la investigación o curación de la enfermedad.

El elevado costo, es el resultado de la complejidad de la tecnología y con inversiones y personal especializado.

Los cuidados que tienen en cuenta las necesidades vitales y fundamentales, todos estos cuidados habituales contribuyen a mantener y desarrollar las capacidades de vida, cuidados que no pueden ser realizados cuando no se tiene autonomía o cuando se pierde temporalmente o definitivamente. Estos están basados en la repercusión y diferenciación de todo aquello que es importante para la vida, para

que las capacidades de la vida se movilicen y que se lleve a cabo una acción significativa. Estos cuidados son los menos valorados en la escala económica.

Los cuidados pueden estar distribuidos a discreción y costar muy caros a la seguridad social de enfermería basada en todo aquello que es indispensable para la vida, no tiene precio y pueden estar ausentes incluso entre personas que disponen de ingresos elevados.

Connotaciones del cuidado.

Si el cuidar es un acto de vida, el sentido del cuidar respeta una infinidad de actividades dirigidas a cuidar y mantener la vida.

El cuidar es un acto individual que se da uno mismo cuando adquiere independencia, pero también es un acto de reciprocidad que se da cuando una persona requiere de ayuda temporal o definitivamente para resolver sus necesidades vitales. Lo que ocurre en todas las circunstancias en que la influencia, la discriminación, la pérdida de la independencia está ligada a la edad.

La curva de los cuidados que tienen necesariamente que ser proporcionados por otra persona que no sea uno mismo, es inversamente proporcional a la curva de la edad, disminuyendo las necesidades de cuidados desde el nacimiento a la primera infancia, luego a la infancia y a la adolescencia.

Cuando se es adulto se pueden recibir estos cuidados, hay que tomar en cuenta que también seremos proveedores de cuidados, por medio de la familia o el ejercicio profesional. En algunos acontecimientos como en la maternidad o el nacimiento que requiere de una ayuda concreta o cuando se encuentra en crisis y obstáculos en su vida que en ocasiones llega a la enfermedad o un accidente lo que tendrá repercusiones según en la edad que ocurra y también lo que haya influido en el desarrollo del proceso dependencia autonomía.

Existe una gran diferencia entre los cuidados que se basan en asegurar la vida y los que se enfocan a la enfermedad.

Diferencias de la naturaleza de los cuidados, relacionados con las funciones de vida.

Hay dos tipos de cuidado de naturaleza diferente.

Los cuidados de costumbre y habituales (care): estos están relacionados con las funciones de conservación y de continuidad de la vida, representan todos los cuidados permanentes y cotidianos que tiene como única función mantener la vida y reaprovisionarla de energía, de calor, de luz o de naturaleza; están basados en hábitos costumbres y creencias, también representan estructura de la vida y permanencia.

Los cuidados de curación o tratamiento de la enfermedad (cure): estos garantizan la vida, tiene obstáculos como; el hambre, que se traduce en fenómeno de mal nutrición en cualquier nivel social, la enfermedad, el accidente y la guerra.

En ocasiones es necesario utilizar cuidados de curación, además de los cuidados habituales, todo aquello que implica el tratamiento de la enfermedad.

El objetivo de estos es limitar la enfermedad, luchar contra ella y detener sus causas. En relación con el entorno se han polarizado en causas físicas y se han dejado de lado las causas socio-económicas.

La diferenciación de los cuidados de curación se hace aislando vez más a cada individuo de su entorno, su nicho ecológico, su grupo e incluso de si mismo como persona, se ha convertido poco a poco en la función orgánica o mental, el órgano, el tejido se aísla de su todo, y por lo tanto aquello que puede dar significado al proceso salud enfermedad.

Estos cuidados van a predominar hasta obstruir los cuidados de mantenimiento de la vida, los que se vuelven secundarios, cuando son fundamentales, pues sin ellos ninguna vida puede continuar.

Cuando destaca el cure obre el care se aniquilan todas las fuerzas vivas de la persona, todo aquello que le hacer ser y querer reaccionar y se agotan todas las fuentes de energía vital, de la naturaleza que sea, y esta aniquilación puede ser irreversible.

Los cuidados para el mantenimiento han sido durante miles de años los cuidados más corrientes, los más numerosos, los más importantes seguramente porque estaba muy incompleto respecto a la curación de la enfermedad y del accidente. Los cuidados de curación han invadido progresivamente al campo de todas las curaciones curativas.

Cuidar no se debe limitar a tratar solo la enfermedad, por muy grave que esta sea.

Es importante saber cuáles son los elementos que pueden contribuir a establecer el proceso de los cuidados de enfermería, iniciando situaciones vividas por las personas que necesitan los cuidados y tomando en cuenta la naturaleza de los cuidados para el mantenimiento de la vida y los de curación.

4.3 Proceso de Atención de Enfermería.

4.3.1 Concepto.

Es el método ordenado, dinámico, sistematizado, cíclico que utiliza la enfermera para identificar problemas de la persona familia o comunidad, con el fin de brindar cuidados de enfermería y ayudar a estos a lograr una independencia.

Kozier menciona que hay similitud entre el Proceso de Atención de Enfermería con el Proceso Médico; con la diferencia que el Proceso Médico se centra en la enfermedad mientras que el Proceso de Atención de Enfermería se dirige a las respuestas de la persona ante la enfermedad.

En el PAE, la enfermera debe ser creativa, usar el pensamiento crítico, sus conocimientos y habilidades para poder brindar cuidados a la persona, familia o comunidad.

Objetivo.

Es construir una estructura que pueda cubrir individualmente las necesidades del cliente, familia y comunidad; así como identificar sus necesidades reales y potenciales, establecer planes cuidados individuales, familiares o comunidad.

Ventajas.

El PAE tiene repercusiones sobre el cliente y la enfermera. El cliente es beneficiado, pues garantiza la calidad de los cuidados, continuidad en el cuidado, y participación en su cuidado. Para la enfermera, satisfacción en el trabajo, educación continua y crecimiento profesional.

Característica.

El proceso es:

- Sistemático
- Tiene una finalidad
- Dinámico
- Interactivo
- Flexible
- Tiene una base teórica

4.3.2 Antecedentes.

El Proceso de Atención de Enfermería, es relativamente nuevo pues es Hall su creadora en el año de 1955, después de pronunciar una conferencia en la que destacan sus ideas acerca de la asistencia sanitaria, llegando a la afirmación que la “asistencia sanitaria es un proceso”, así mismo “definió varias proposiciones que

indican una relación y pueden utilizarse para evaluar el grado de calidad del proceso de la asistencia sanitaria. Las preposiciones son la asistencia sanitaria al paciente, para el paciente y con el paciente”.⁷

J. Orlando, fue una de las primeras autoras que utilizó el término proceso de la asistencia sanitaria, nadie había discutido el término como ella, tampoco se habían sentido atraídos por el proceso hasta la década de los sesenta, aunque no se adoptó de inmediato este término.

Orlando habla de tres elementos de la asistencia sanitaria: comportamiento del paciente, relación de la enfermera y actuación sanitaria orientada hacia el beneficio del paciente.

En el año de 1957 Kreuter en su libro menciona las tres fases del proceso como coordinación planificada y evaluación del cuidado e involucra a la familia y a la auxiliar de enfermería como cuidadores, considerándolo como un fomento de la calidad de la práctica profesional.

En 1959 Johnson describe el proceso como valoración de las situaciones, toma de decisiones, ejecución de acciones dirigidas para resolver los problemas de enfermería y evaluación.

Para Orlando el proceso es una interacción y establece tres fases en él; conducta del cliente, relación de la enfermera y actividades de la enfermería.

En el año de 1963 para Wiedenbach el proceso consta de tres fases: observación, presentación de ayuda y validación.

Para Henderson en 1965 el proceso era el mismo que el de las etapas del método científico.

En este año también Heidgerken considera la evaluación del comportamiento y situación, identificación de los sistemas físicos, diagnósticos, planificación de las

⁷ YURA, H, WALSH, M. B.; El proceso de enfermería, versión en español de Montuenga, Edit. Alambra, 1ª ed. 1984. Pág. 22.

necesidades y coordinación del régimen del cliente a través de todos los estadios del cuidado.

R. McCa en un artículo publicado en 1965 introduce el término valoración, para ellos utilizó como marco las capacidades funcionales del cliente, recogió datos objetivos y subjetivos.

Knowles en 1967 sugiere que era necesario cinco fases de la práctica de enfermería: descubrir, investigar, decidir, hacer y distinguir. Durante las primeras dos fases se recogen datos del cliente; en la tercera se determina, durante la cuarta se ejecuta el plan y en la quinta se valora la respuesta del cliente.

En este año la Western Interstate Commission on Higher Education describió cinco fases: percepción, comunicación, interpretación, actuación y evaluación.

La ANA (Asociación Americana de Enfermeras) en 1974 menciona 5 etapas del proceso: apreciación, diagnóstico, planificación, intervención y evaluación. En 1974 Bloch, sugirió un proceso de cinco etapas similares al de cuatro: recogida de datos, planificación de la intervención, realización de la intervención y valoración de las intervenciones, definiendo también los términos que fueron relevantes en enfermería y encontró que el término diagnóstico era todavía bastante controvertido.⁸

El PAE consta de cinco partes importantes cada una, pero a la vez se superponen una a la otra, cada fase se debe actualizar continuamente según los cambios que hayan presentado. A continuación se describen cada uno de ellos.

4.3.3 Valoración.

Se puede definir como: el proceso organizado y sistemático de recogida y recopilación de salud sobre el estado de salud del cliente; así como la información sobre los aspectos físicos, emocionales del desarrollo social, intelectuales y espirituales.

⁸ KOZIER, Barbará; Enfermería fundamental: Conceptos, Procesos y Prácticas, Ed. Interamericana. 4ª ed. México. 1993. Pág. 191

La valoración se lleva a cabo durante las fases del proceso, por lo tanto estas fases dependen de la exactitud y recogida completa de datos.

Objetivo.

No olvidemos que el objetivo de la valoración: establecer una fuente de datos sobre la respuesta del cliente ante la enfermedad o salud, estas respuestas incluyen áreas de la vida diaria, salud, preocupaciones biofísicas, emocionales, socioeconómicas, culturales y religiosas.

La valoración consta de cinco fases:

- 1.- Recogida de datos
- 2.- Validación
- 3.- Organización de datos
- 4.- Identificación de patrones o comprobación
- 5.- Informe y anotaciones de los datos

La recogida de datos.

La recogida de datos es un proceso sistematizado y continuo para obtener la información más certera sobre las respuestas del cliente ante la enfermedad.

Fuentes.

La base de datos de toda la información que tengamos del cliente, incluyendo la historia clínica y exploración médica, la historia y exploración de enfermería, la información que se obtenga del resto del personal de salud.

Estos datos se obtiene de fuentes primarias: la persona, el expediente clínico y la familia; mientras que las fuentes secundarias pueden ser libros, revistas y otros profesionales.

Para realizar otra nueva valoración la enfermera contara con los siguientes requisitos:

- Las convicciones del profesional: conforman la actitud y las motivaciones del personal, lo que piensa siente y cree sobre la enfermería, el hombre, la salud y la enfermedad. Estas convicciones se consideran constantes durante el proceso.
- Los conocimientos deben tener una base de conocimientos sólida, que permita hacer una valoración, los conocimientos deben abarcar también la resolución de problemas, análisis y toma de decisiones.
- Comunicarse de forma eficaz implica el conocer la teoría de la comunicación y aprendizaje.
- Observar sistemáticamente implica la utilización de formularios o guías que identifican los tipos específicos de datos que necesitan recogerse.
- Diferenciar entre signos e inferencias y confirmar las impresiones. Las enfermeras a menudo hacen inferencias extraídas en pocos o ningún signo que las apoyen, pudiendo dar como resultado cuidados de enfermería inadecuados.

Es importante seguir un orden para efectuar la valoración y así la enfermera no olvidara ningún dato, se pueden seguir lo siguientes criterios:

- Siguiendo un orden de cabeza a los pies, comenzando por el aspecto general desde la cabeza hasta extremidades, dejando para el final la espalda en una forma sistemática.
- Valoración por sistemas y aparatos; aquí se valora el aspecto general y los signos vitales y después cada aparto o sistema, comenzando por las zonas más afectadas.
- Por patrones funcionales de salud, la recogida de datos pone de manifiesto los hábitos y costumbres del cliente determinando el funcionamiento positivo, alternado en riesgo.

Dentro de la valoración se obtendrán datos, subjetivos (lo que le cliente dice que siente o percibe); datos objetivos (los que se pueden medir como signos vitales, talla, peso, etc.) también se obtendrán antecedentes estos incluyen hechos ocurridos como hospitalizaciones previas, enfermedades, patrones de comportamiento, y los datos actuales, aquellos sobre el problema de salud actual.

Métodos.

La entrevista: es el interrogatorio sistemático, con el fin de obtener información aplicable a la planificación de un tratamiento.⁹

Existen dos tipos de entrevistas: la formal, es aquella con un propósito específico, en la que la enfermera realiza la historia del paciente. La informal esta entrevista es la comunicación que existe entre la enfermera y el paciente durante el proceso.

La entrevista tiene 4 finalidades:

Obtener información específica y necesaria para el diagnóstico de enfermería y la planificación de cuidados.

Facilitar la relación entre el cliente y la enfermera.

Permitir al cliente informarse y participar en la identificación de sus problemas.

Ayuda a la enfermera a determinar que otras áreas necesitan un análisis específico a lo largo de la valoración.

La entrevista cuenta de tres partes: iniciación, cuerpo y cierre.

La iniciación.

Puede ser la parte más importante ya que en ella se establecerá el tono que se mantendrá en toda la entrevista, esta cuenta de dos etapas; la de establecimiento de una buena relación y la de orientación.¹⁰

⁹ Diccionario Médico Mosby. Edit. Océano, ed. 1995. España.

¹⁰ KOZIER, Bárbara; Enfermería Fundamental: Conceptos, Procesos y Prácticas, Ed. Interamericana. 4ª ed. México.

La fase de establecimiento es el proceso de crear buena voluntad y confianza, se puede acompañar del saludo acompañado de una expresión no verbal, seguido con preguntas sobre la persona misma, aquí la enfermera tendrá cuidado en no excederse para no preocupar al cliente sobre lo que pasara después.

La fase de orientación es cuando la enfermera explica al cliente el objetivo de la entrevista, así mismo es necesario hacerle saber que tiene derecho a proporcionar los datos que quiera, también el destino que se le dará a la información.

El cuerpo.

La transición de la fase anterior a esta se facilita cuando la enfermera hace preguntas abiertas-cerradas relacionadas con el objetivo, las que sean fáciles de contestar y que no resulten desconcertantes para el cliente.

Durante el desarrollo de la entrevista el cliente da a reconocer sus sentimientos, pensamientos, conocimientos y percepciones.

El cierre.

En esta fase es la enfermera quien da por terminada la entrevista, pero en ocasiones es el cliente quien decide, esto pasa cuando él ya no quiera dar más información, aquí la enfermera tendrá que mantener la buena relación y la confianza establecida.

Entonces la enfermera dirá que la entrevista está por terminar dando al cliente tiempo para que responda a la última pregunta hecha, de no hacerlo el cliente lo percibirá como poco sincera.

La enfermera planificara otro encuentro, fijando el día y la hora, mencionando el objetivo y el tema de que se trata.

Explicar al cliente el por qué el tiempo se ha terminado o el porqué debe terminar la entrevista.

La observación.

Con la observación la enfermera empieza la recogida de datos desde el primer encuentro con el cliente y continua a través de la relación enfermera - cliente.

Siendo esta la segunda etapa de la valoración, implica la utilización de los sentidos para obtener la información tanto del cliente como del entorno.

Los datos encontrados con la observación han de ser confirmados o descartados posteriormente.

La exploración física: es la técnica por la cual se investiga las distintas partes del organismo para determinar su estado de salud. Con la ayuda de las técnicas de inspección, palpación, percusión, auscultación y olfacción.¹¹

Es la etapa final de la recogida de datos. Se debe explicar al cliente en qué consiste y pedir su autorización para realizarla.

Para efectuar la exploración física, se utilizan cuatro técnicas: la inspección, palpación, percusión y auscultación.

La inspección: consisten en el examen visual cuidadoso y general para obtener datos o respuestas normales o anormales. Se centra en las características físicas o comportamientos específicos (tamaño, forma, posición, situación anatómica, color, textura, aspecto, movimiento y simetría).

La palpación: consiste en utilizar el tacto para explorar la textura, tamaño, forma, temperatura, pulso, humedad, movilidad, etc. esta técnica se utiliza para la palpación de órganos en abdomen.

La percusión: implica dar golpes con uno o varios dedos sobre la superficie corporal, con el propósito de obtener sonidos, estos sonidos pueden ser sordos y aparecen cuando se percuten músculos o hueso, los sonidos mates aparecen sobre el hígado y el bazo. Los hipersonoros aparecen cuando se percute sobre

¹¹ MOSBY; Diccionario Médico. Edit. Océano, ed. 1995. España.

pulmón normal lleno de aire. Los sonidos timpánicos se escuchan al percutir el estómago lleno de aire y un carrillo de cara.

La auscultación: esta técnica consiste en escuchar los sonidos producidos por los órganos.

Con ayuda del estetoscopio se puede determinar las características sonoras del pulmón, corazón e intestino.

La exploración física debe de seguir un orden, desde la cabeza a los pies, por sistemas corporales o aparatos, por patrones funcionales de salud, la que permite la recogida ordenada para centrarnos en las áreas funcionales concretas.

Validación de datos.

Esto significa que la información reunida es verdadera. Existen técnicas de reformulación que no ayudan a comprender más fielmente los mensajes del cliente, evitando así las malas interpretaciones. Se consideran datos verdaderos aquellos que pueden ser evaluados con una escala de medición. Los datos que no pueden ser medidos, se someten a validación confrontándolos con otros o buscando nuevos datos que apoyen o contrapongan los primeros

La organización de datos.

Es el cuarto paso de la recogida de datos. Aquí se agrupa la información para identificar los problemas, el modo más usual es por necesidades humanas, o por patrones funcionales.

La valoración mediante patrones funcionales se realiza en términos mensurables y no abstractos, estos patrones facilitan la valoración, esto no quiere decir que la valoración por necesidades es opuesta a esta, al contrario se complementa.

4.3.4 Diagnóstico.

Concepto.

Es el juicio clínico sobre las respuestas del individuo, familia o comunidad a los problemas reales o potenciales de salud. Los diagnósticos de enfermería aportan las bases para la selección de las actuaciones de enfermera para conseguir los resultados por los que la enfermera es responsable.¹²

Origen.

Los diagnósticos de enfermería surgieron en 1970. Diagnóstico, se deriva de la palabra griega *diagnoskein* que significa distinguir.

Una definición es “la identificación de una enfermedad o trastorno mediante la evaluación”, aunque esta pertenece a los médicos.¹³

Desde los años 50 se han dado diferentes definiciones de diagnóstico, con diferentes énfasis pero todos tienen similitud. El primero fue formulado por Abdellaah en 1957, lo definía como la determinación de la naturaleza y alcance de los problemas de enfermería que presentan los pacientes individuales o las familias que reciben atención de enfermería.

En 1973 la Conferencia Nacional de Clasificaciones de Diagnóstico de Enfermería aceptó el siguiente: “Es el juicio o conclusión que emite una enfermera después de hacer una valoración”. Según Gordon el diagnóstico describe una combinación de signos y síntomas que indican problemas de salud actuales o potenciales, que la enfermera por su capacidad legal y de formación pueden tratar.

En 1982 Edel dice que el diagnóstico de enfermería es el informe de una alteración en el nivel de salud del cliente, ya sea real o potencial, que se deriva de la valoración.

Para Shoemaker es un juicio clínico sobre un individuo, familia o comunidad que se deriva de un proceso sistemático de recogida de datos y análisis.

¹² KOZIER, Óp. Cit. Pág. 207.

¹³ IDEM. Pág. 381.

No es hasta 1990 en Orlando Florida que la Novena Conferencia para la Clasificación de los Diagnósticos de Enfermería acepta la definición del diagnóstico de enfermería.

Tipos y componentes de los diagnósticos.

Carpenito cuatro tipos de diagnóstico: reales, de riesgo, posibles y de síndrome.

- **Los diagnósticos reales.**

Definen un problema que ha sido confirmado por la presencia de las características principales que lo definen.

Este tiene cuatro componentes:

La etiqueta, que debe de constar en términos claros y concisos que comunique el significado del diagnóstico.

Definición, debe añadir precisión a la etiqueta, ayudar a diferenciar el diagnóstico de otros parecidos.

Características definitorias, son en conjunto los signos y síntomas que forman ese diagnóstico.

Factores relacionados, son aquellos que contribuyen al cambio del estado de salud, estos factores son: fisiopatológicos (biológicos y psicológicos) relacionados con el tratamiento, de situación (ambiental y personal) y de maduración.¹⁴

- **Los diagnósticos de riesgo.**

La NANDA lo define: como un juicio clínico que un individuo, familia o una comunidad están más predispuestos a desarrollar el problema que otros en una situación igual o parecida.

¹⁴ CARPENITO, I. Juall; Diagnósticos de Enfermería aplicada a la Práctica clínica, Edit. Interamericana, 9ª ed. 2003. España. Pág. 7.

Etiqueta, en este diagnóstico la descripción concisa de la alteración del estado de salud del cliente viene precisada por el término “riesgo de”, para poblaciones de alto riesgo será del de “alto riesgo de”.

Definición, expresa un significado claro y preciso del diagnóstico.

Factores de riesgo, los diagnósticos de enfermería de riesgo y alto riesgo identifican a aquellas situaciones que incrementan la vulnerabilidad de un cliente o grupo. Estos distinguen a los clientes o grupos de alto riesgo del resto de la misma población que corre cierto riesgo.

- **Diagnósticos de enfermería posibles.**

Son enunciados que describen un problema sospechoso cuya confirmación necesita nuevos datos. Se emplean para describir problemas que puedan existir pero que necesitan datos adicionales para ser confirmados o descartados.

La enfermera en este tipo de diagnósticos ha obtenido algunos datos para apoyar un diagnóstico confirmado, pero estos son insuficientes.

“Los datos relacionados con”, que conducen a la enfermera a sospechar el diagnóstico.

- **Diagnósticos de enfermería de bienestar.**

Según la NANDA es un juicio clínico respecto a una persona, familia o comunidad en transición de un nivel específico de bienestar hacia un nivel más elevado.

Estos diagnósticos deben cumplir dos requisitos:

- 1) Deseo de conseguir un nivel superior de bienestar.
- 2) Estado o función actuales eficaces.

Se escriben como enunciados de un parte, conteniendo solo la etiqueta. Empieza por potencial de favorecer y a continuación se expresa el grado superior de bienestar que las personas o grupo desean.

Carece de factores relacionados.

- **Diagnósticos de enfermería de síndrome.**

Es un proceso muy interesante dentro de los diagnósticos de enfermería. La NANDA analizó el concepto de síndrome en los diagnósticos de enfermería y encontró diferencias con los diagnósticos médicos. Los diagnósticos de enfermería de síndrome abarcan un grupo de diagnósticos reales o de alto riesgo, cuya presencia se prevé a causa de un acontecimiento o situación concreta.

La etiqueta diagnóstica contiene los factores etiológicos o contribuyentes.

La NANDA ha formulado 5 diagnósticos de síndrome:

- 1.- Síndrome traumático de violación.
- 2.- Síndrome de desuso.
- 3.- Síndrome postraumático.
- 4.- Síndrome de estrés por traslado.
- 5.- síndrome de interpretación alternada del entorno.

Estos síndromes aglutinan signos y síntomas, no diagnósticos reales o de riesgo.

Estructura del diagnóstico.

Este formato cuenta con tres partes de aquí el nombre de PES:

P: este componente identifica los problemas de salud actual o potencial del cliente.

E: este identifica una o más causas probables del problema, la etiología puede incluir la conducta, los factores del entorno o la interacción de estos.

S: esta etapa son las características definidas o los grupos de signos y síntomas, lo que le aporta la información necesaria para llegar al diagnóstico.

Con estos componentes se puede formular en diagnóstico.

El diagnóstico real se refiere una situación que existe en el momento, contiene evidencias de signos o síntomas o características definitorias.

El diagnóstico potencial es aquel que no da la presencia de características definitorias o factores relacionados pero que pueden estar presentes.

El diagnóstico de riesgo, en este los datos de la persona contiene evidencias de factores relacionados, pero no hay evidencia de características definitorias.

El proceso del diagnóstico.

Este consiste en analizar y sintetizar, siendo objetivo, utilizando el pensamiento crítico, toma de decisiones y razonamiento inductivo y deductivo.

La enfermera al realizar este proceso podrá plasmar la conclusión del proceso diagnóstico en el plan de cuidados lo que dará al personal de enfermería un lenguaje y una dirección comunes.

Este proceso tiene 3 pasos:

- a) Proceso de datos: consiste en interpretar los datos por medio de la organización, la comparación, la asociación y la identificación de omisiones o contradicciones, en una forma secuencial.
- b) Determinación del nivel del salud del cliente: en esta parte la enfermera y el cliente identifican el nivel de salud, para que estos se puedan resolver, deben ser aceptados por el cliente, también se establece entre ambos la energía, capacidad y recursos de este.
- c) Formulación del diagnóstico: en esta parte la enfermera establece la relación entre el problema de salud y los factores asociados, que pueden ser sociológicos, fisiológicos, psicológicos y espirituales.

Ventajas del diagnóstico de enfermería:

- Facilitan la comunicación de las enfermeras y con los otros miembros del equipo de salud.
- Ellos fortalecen el proceso de enfermería y aportan la dirección para la planificación de las acciones independientes de enfermería.
- Ayuda a la enfermera a enfocar las acciones independientes de enfermería.
- Ayudan a identificar el foco de una actividad y el análisis de los compañeros y los programas de control de calidad y los resultados conseguidos con el modelo establecido.
- Los diagnósticos guían la planificación de las actuaciones de enfermería que el cliente precisa después de la salida.
- Favorece la comprensión de la atención sanitaria identificando, legalizando y respondiendo a los problemas específicos de salud.¹⁵

Al escribir un diagnóstico debemos tener en cuenta:

- La primera parte del diagnóstico identifica la respuesta de la persona y no una actividad de enfermería.
- Redactar los términos convenientes y aconsejables desde el punto de vista legal.
- Escribir el diagnóstico sin emitir juicios de valor, sin basarse en datos objetivos y subjetivos que hayan recogido y validado con el usuario.
- Evitar invertir el orden de las partes del diagnóstico puede llevar a un enunciado confuso.
- No mencionar signos ni síntomas en la primera parte del diagnóstico.
- No hacer el diagnóstico de enfermería como uno médico.
- No escribir un diagnóstico de enfermería que repita una orden médica.
- No utilizar un sinónimo en diagnóstico médico para convertirlo en un diagnóstico de enfermería.

¹⁵ KOZIER; Óp. Cit. Pág. 209.

- No mencionar dos problemas al mismo tiempo, ya que dificulta la formulación de objetivos.

4.3.5 Planeación.

Una vez realizada la evaluación y el diagnóstico enfermero, se procede a la planeación de cuidados de enfermería o tratamiento enfermero.

Concepto.

Entendemos por planeación, la organización de elementos para alcanzar un objetivo.

Se define como el proceso de diseñar las estrategias o intervenciones de enfermería necesarias para prevenir, reducir o eliminar aquellos problemas de salud del cliente que se han identificado durante el diagnóstico.¹⁶

Objetivos.

El plan de cuidados tiene 4 objetivos principales:

- 1) Promover la comunicación entre cuidadores.
- 2) Dirigir los cuidados y la documentación.
- 3) Crear un registro que posteriormente pueda ser usado para la evaluación, investigación y propósitos legales.
- 4) Proporcionar documentación sobre las necesidades en cuidados de la salud para determinar un costo exacto.¹⁷

Tipos de intervenciones son acciones llevadas por las enfermeras para:

- Controlar el estado de salud.
- Reducir el riesgo.
- Resolver, prevenir o manejar el problema.
- Facilitar la independencia o ayudar con las actividades de la vida diaria.

¹⁶ IDEM, Pág. 226.

¹⁷ ALFARO, L. Rosalinda; Aplicación del Proceso Enfermero, Edit. Masson Doyama, 5ª ed. México. Pág. 124.

- Promover una sensación óptima de bienestar físico, psicológico y espiritual.¹⁸

Las intervenciones se dividen en dos.

De cuidados directos: son las acciones realizadas con el cliente.

De cuidados indirectos: son aquellas acciones que se realizan lejos del cliente, pero buscando su beneficio, se dirigen al manejo del entorno de cuidados de la salud y la colaboración multidisciplinaria.

Las intervenciones de enfermería se identifican y se escriben en esta etapa, aunque en realidad se efectúan en la etapa de ejecución.

Las actuaciones de enfermería son aquellas intervenciones específicas que van dirigidas a ayudar al cliente a lo largo del proceso, para esto se realizan acciones focalizadas hacia las causas de los problemas, deben ir encaminada hacia los factores que contribuyen al problema.

Estas intervenciones son las independientes, las dependientes o derivadas y las interdependientes.

Independientes: son las dirigidas hacia las respuestas humanas que la enfermera, está legalmente autorizada a atender basándose en su información y experiencia práctica.

Dependientes: son aquellas que realiza la enfermera por delegación de otros profesionales, principalmente el personal médico.

Interdependientes: son las que realiza la enfermera en conjunto con otros miembros del equipo de salud.

Características de las actuaciones de enfermería

- a) Serán coherentes con el plan de cuidados, no estarán en desacuerdo con otros planes terapéuticos del equipo de salud.

¹⁸ IDEM, Pág. 142.

- b) Estarán basados en principios científicos.
- c) Serán individualizados para situación en concreto.
- d) Se emplearán para proporcionar un medio seguro y terapéutico.
- e) Van acompañadas de un componente de enseñanza y aprendizaje.
- f) Comprenderán la utilización de los recursos apropiados.

Etapas del Plan de Cuidados.

- Establecer prioridades en los cuidados: en esta etapa la enfermera como el cliente ordenan jerárquicamente los problemas detectados, esto se facilitará con ayuda de una teoría o marco conceptual.

Por el que se evalúa la actuación en la que el cliente realizara la conducta. Estos pueden ser: tiempo, velocidad o exactitud. Las prioridades no son inamovibles, deben cambiar a medida que evolucionan los problemas y la terapia.

Al participar el cliente en esa selección de prioridades, a la vez le permite participar en la planificación de su cuidado y así la cooperación entre la enfermera y el cliente.

Esto es determinar los criterios de resultado, describir los resultados esperados por parte del cliente, la familia y de los profesionales.

Estos son necesarios por que proporciona la guía a la enfermera, de tal manera que todas las acciones van dirigidas a una meta. También permite evaluar la evolución del usuario así como de los cuidados proporcionados.

Estos deben formularse en términos de conductas observables o cambios mensurables.

- Elaboración de las actuaciones de enfermería: esto es determinar los objetivos de enfermería determinación de acciones específicas del plan de cuidados, corresponden a tareas concretas que la enfermera para lograr los objetivos.

Para un diagnóstico real las actuaciones van dirigidas a reducir o eliminar los factores concurrentes.

En un diagnóstico de alto riesgo tratan de reducir o eliminar los factores de riesgo.

Para un diagnóstico de enfermería posible las intervenciones tratan de recopilar datos adicionales para descartar o confirmar el diagnóstico.

Documentación en el plan de cuidados.

Última etapa en el plan de cuidados, es el registro ordenado de los diagnósticos, resultados esperados y actuaciones de enfermería, en esta etapa la enfermera comunica la situación del cliente, los resultados que se esperan, las estrategias, indicaciones, intervenciones y su evaluación.

La finalidad de los planes de cuidado es dirigida a fomentar cuidados de calidad por medio de: los cuidados individualizados, la continuidad de los cuidados, la comunicación y evaluación.

Debemos tener en cuenta que todos los elementos del plan de cuidados son dinámicos, por lo que es necesaria una actualización diaria.

4.3.6 Ejecución.

Concepto.

Se le denomina a la actuación. Consiste en llevar a cabo las estrategias de enfermería, enumeradas en el plan de cuidados. Bulecheck y McCloskei en 1985 definen a la ejecución como una actuación de enfermería autónoma basada en el razonamiento científico que ejecuta, para beneficiar al cliente de una forma prevista, en relación con el diagnóstico de enfermería y con los objetivos establecidos.¹⁹

Objetivo.

Es la realización de las actividades planeadas en la fase anterior.

¹⁹ KOZIER, Óp. Cit. Pág. 244.

Etapas de la ejecución.

Actualización de la valoración del cliente: esta se lleva a cabo durante todo el proceso. La enfermera tendrá que recoger los datos de los cambios que experimenta el cliente en su nivel de bienestar.²⁰

La revaloración: se enfoca a las necesidades o respuestas más específicas. Con este la enfermera sabrá si las acciones planeadas son apropiadas o no. Los nuevos datos pueden identificar la necesidad de cambiar las prioridades o estrategias.

La validación del plan de cuidados: el plan no puede ser fijo, debe ser flexible. Ya que se hayan recogido los datos se deben comparar con los que existen, pues algunas veces pueden coincidir. En este momento la enfermera revisa los datos para establecer si el plan es válido todavía.

El plan se basa en objetivos y diagnósticos, cuando cambian las respuestas físicas o psicologías, es necesario ajustar el plan.

Determinación de las necesidades de apoyo.

Algunas veces la enfermera necesita de apoyo para la aplicación de las actividades planeadas.

El apoyo se solicitare cuando una enfermera no pueda realizar sola la actividad planeada, por que se necesita a más de una persona para recudir el estrés del cliente, porque el personal no tiene conocimientos o experiencia para desarrollar alguna actividad.

Ejecución de las estrategias de la enfermera

Esta se efectúa para ayudar al cliente a alcanzar los objetivos. En la práctica de la enfermería existen 4 campos: promoción, mantenimiento, repercusión de la salud y los cuidados durante la muerte, en cada uno de estos se realizan acciones dependientes, independientes o interdependientes.

²⁰ iDEM, Pág. 246.

Para llevar a cabo estas acciones hay que tener en cuenta:

- La individualidad el cliente.
- La necesidad del cliente.
- La prevención de complicaciones.
- Mantenimiento de las defensas naturales.
- Proporcionar comodidad y apoyo al cliente.
- Realizar las actividades en forma cuidadosa y exacta.

La responsabilidad de la ejecución del plan es de la enfermera, incluye al paciente, a la familia así como a otros miembros del equipo multidisciplinario.

En esta fase se efectúan todas las intervenciones de enfermería dirigidas a la resolución de problemas y las necesidades asistenciales de cada cliente.

La ejecución de las intervenciones es fuente de nuevos datos que deberán ser revisados y tomados en cuenta como confirmación diagnóstica o nuevos problemas.

Comunicación de las actividades de enfermería

Esta puede ser verbal o escrita, después de haberlas realizado, la enfermera debe de tomar en cuenta que ninguna actividad no se debe registrar antes de realizarla, pues habrá ocasiones en que la enfermera valore si es necesario o no.

Al registrar las acciones es hará de manera clara y exacta con el propósito de evitar errores para el cliente.

En ocasiones las actividades se notifican en forma verbal, esto ocurre por lo regular en los cambios de turno.

4.3.7 Evaluación.

Concepto.

Es la quinta y última fase del proceso y consiste en valorar el grado en que se han logrado los objetivos; es fundamental ya que las conclusiones que se obtienen determinan si la intervención de enfermería debe terminar, revisarse o cambiarse.

Es continua y terminal ya que se realiza también durante la ejecución. Es terminal porque después de que la enfermera completa su plan evalúa si se han cubierto los objetivos.

Se utilizan las limitaciones de tiempo marcadas en los criterios de resultados.

Tiene una finalidad ya que la enfermera acepta la responsabilidad de sus actos.

Las distintas áreas sobre las que se evalúan son según Iyer:

- 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.
- 4) Capacidad psicomotora.
 - 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.
- Entrevista con el paciente.
 - Información dada por el resto del personal.

En la evaluación se debe evitar términos ambiguos como; igual, como apetito, etc. Es de mayor utilidad mencionar lo que dijo, hizo y sintió el cliente.

Etapas de la evaluación.

La evaluación tiene seis etapas:

- Identificar los criterios de evaluación
- Recoger los datos en relación con los criterios
- Compara los datos de los criterios identificados y juzgar si los objetivos se han logrado
- Relacionar las actividades de enfermería con los resultados
- Analizar el plan de cuidados
- Modificar el plan²¹

Identificación de los criterios de evaluación: esta se utiliza para evaluar las respuestas del cliente. estos criterios tiene dos propósitos, orientar la clase de datos de la evaluación que se necesita obtener y proporcionar un estándar para juzgar esos datos.

Recogida de datos: estos se recogen en forma que se puedan sacar conclusiones sobre el cumplimiento de los objetivos, estos deben estar en relación con los criterios de resultado.

Cuantificación del logro de los objetivos: es relativamente fácil determinar si los objetivos se han cumplido, si la etapa de planeación y ejecución se realizaron en forma efectiva.

²¹ IDEM, Pág. 252.

Esta cuantificación consiste en comparar los datos recogidos con los criterios establecidos.

Realización de las actividades de enfermería con los resultados del cliente.

Esta etapa consiste en establecer si las actividades de enfermería tienen alguna relación con el resultado. Nunca se debe de suponer que una actividad de enfermería es el único factor casual por el que se ha logrado o no, total o parcialmente un objetivo.

Revisión del plan de cuidados.

La evaluación de los objetivos proporciona la retroalimentación necesaria para comprobar si el plan ha resultado, reducido o prevenido favorablemente los problemas del cliente. Por lo que es necesario revisar todos los aspectos del plan, independientemente de que si los objetivos se hayan cumplido o no.

Modificación del plan de cuidados.

Si hay necesidad de cambiar el plan se debe de tener en cuenta:

- Cambiar los datos de valoración par reflejar los nuevos hallazgos y señalarlos que son nuevos.
- Revisar los diagnósticos poniendo fecha a los nuevos.
- Revisar las prioridades del cliente, objetivos y los criterios de evaluación para relacionarlos con los nuevos y ponerles fecha.
- Establecer nuevas estrategias que correspondan a los diagnósticos aumentando o disminuyendo las necesidades del cuidado del cliente, cambiando los calendarios y reorganizando las actividades de enfermería.
- Modificar los criterios de evaluación y ajustarlos a los otros cambios del plan, estas modificaciones deben de reflejar el nivel de bienestar que desea el cliente

4.4 Modelo conceptual de Virginia Henderson

4.4.1 Antecedentes.

Virginia Henderson nació en 1897 en la ciudad de Kansas City, Missouri. Radicó en Virginia hasta su adolescencia.

Durante la primera guerra mundial desarrollo su interés por la enfermería en 1918 ingresa a la escuela de enfermería de la armada de Washington D.C.

En 1929 trabaja como supervisora del hospital Memorial de Nueva York. De 1930 a 1948 es miembro de la Universidad de Columbia, impartiendo cursos sobre el proceso analítico en enfermería y sobre el ejercicio profesional.

Trabajó en la asociación con la Universidad de Yale desde el inicio de la década de los cincuentas, elaborando investigación sobre enfermería.

De 1957 a 1971 dirigió el Nursing Studies Index Project, patrocinada por Yale.

Colaboró con Leo Simmons durante 5 años y en 1964 fue publicada la investigación nacional en enfermería.

En 1966 se publicó su libro *Ten Nature of Nursing* en el que describe el concepto de la función única y primaria de la enfermería.

Durante la década de los 80, Henderson permanece activa en la asociación de Yale. Los logros conseguidos le han traído nueve títulos como Doctor Honoris Causa y el primer premio Christiane Reiman. Recibió el premio Mary Adelaide Nutting y es socia honoraria del Royal College of Nursing de Inglaterra.

Henderson publica por primera vez su definición de enfermería en 1955 en la revisión que hizo junto a Harmer de la obra de *Ten Principles and Practice of Nursing*.

Fueron tres factores la que la decidieron a crear su propia definición de enfermería. En primer lugar reviso el texto de la obra *Principles and Practice of Nursing*, en donde encuentra el origen de su percepción de la necesidad de aclarar las funciones de las enfermeras, otra fue su participación en el comité en una conferencia nacional de enfermeras en 1946; finalmente Henderson, por la investigación que realizó sobre la función de la enfermera, ya que no estaba totalmente de acuerdo con la definición de había adoptado la ANA en 1955.

Henderson tiene gran influencia de profesoras, médicos, psicólogos y enfermeras en sus primeros 5 años de enfermera. Henderson incorpora principios filosóficos en su concepto de enfermería por la gran influencia que tenía con la profesora Stackpole y el doctor E. Thorndike, durante sus estudios. De aquí que piensa que la definición debía de llevar implícito el principio del equilibrio fisiológico. Con la teoría de Bernard, mejora la apreciación de la medicina psicosomática y la aplicación de la enfermería, y así menciona que el equilibrio emocional es inseparable del equilibrio fisiológico.

4.4.2 Principales postulados.

Henderson menciona lo que cree que contribuyen sus supuestos fundamentos.

Enfermería.

La enfermera tiene la función única de ayudar a los individuos sanos o enfermos.

La enfermera actúa independientemente del médico, pero apoya su plan si hay algún médico de servicio. Señala que la enfermera puede actuar independientemente y debe hacerlo así. La enfermera puede y debe diagnosticar y tratar si la situación lo requiere. La enfermera puede apreciar las necesidades humanas básicas.

Los 14 componentes de la asistencia de enfermería, abarcan todas las funciones posibles de la enfermería.²²

²²MARRINER, T. Ann; Modelos y Teorías en Enfermería, Edit. Harcourt, 3ª ed. Barcelona. 1993.

Persona.

La persona debe mantener un equilibrio fisiológico y emocional. La mente y el cuerpo de la persona son inseparables. El paciente requiere de ayuda para ser independiente. Las necesidades del paciente están cubiertas por los 14 componentes de enfermería.

Salud.

La salud representa la calidad de vida, es necesaria para el funcionamiento humano y requiere de independencia e interdependencia. La promoción de la salud es más importante que la atención al enfermo. Los individuos recuperaran la salud o la mantendrán si tiene fuerza, voluntad y conocimientos necesarios.²³

Entorno.

Los individuos sanos son capaces de controlar su entorno, pero la enfermedad puede inferir en esta capacidad. La enfermera debe tener información en materia de seguridad.

Las enfermeras deben reducir las posibilidades de lesión a través de recomendaciones para la construcción de edificios, adquisición de equipamiento y mantenimiento.

Las enfermeras deben conocer los hábitos sociales y las prácticas religiosas para valorar los riesgos.

4.4.3 Necesidades.

No se encuentra una definición de necesidad pero Virginia Henderson menciona que:

“Son los componentes del cuidado enfermero y es la enfermera la que ayuda a satisfacer estas”

²³ IDEM, Pág. 105 y 106.

Ella identifica 14 necesidades básicas que son:

- 1.- Respirar normalmente.
- 2.- Comer y beber en forma adecuada.
- 3.- Eliminar los residuos corporales.
- 4.- moverse y mantener la posición deseada.
- 5.- Dormir y descansar.
- 6.- Elegir las prendas de vestir.
- 7.- Mantener la temperatura corporal dentro de los valores normales.
- 8.- Mantener el cuerpo limpio y cuidado y los tegumentos protegidos.
- 9.- Evitar los riesgos del entorno y evitar lesionar a otros.
- 10.- Comunicarse con los demás expresando las emociones, necesidades o temores u opiniones.
- 11.- Realizar prácticas religiosas según la fe de cada uno.
- 12.- Trabajar de tal forma que nos sintamos satisfechos con lo realizado.
- 13.- Jugar o participar en alguna actividad recreativa.
- 14.- Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad de manera que conduzca un desarrollo y una salud normales y utilizar los recursos sanitarios disponibles.

Fuentes de dificultad.

La fuente de dificultad reside en el cliente y no en la enfermera.

Es el origen o la causa probable de cualquier problema del cliente. El que puede ser corregido gracias a los cuidados de enfermería.²⁴

²⁴ KOZIER, Óp. Cit. Pág. 273.

Estas fuentes pueden ser acusadas por: factores de orden físico, psicológico, espiritual, ligado a una insuficiencia de conocimientos.

En el modelo de Virginia Henderson el origen del problema del cliente es la falta de fuerza, voluntad o conocimiento.

Falta de fuerza: la dependencia proviene no solo de la falta de fuerza física, sino también de lo moral, para que el cliente pueda tomar decisiones y comprometerse en las acciones para conservar o recuperar la salud.

Fuerza de voluntad: esta se ve disminuida por los problemas de salud, frecuentemente está relacionada con la capacidad intelectual y se ve limitado por la falta de recursos económicos o por factores socioculturales.

Falta de conocimiento: existe desconocimiento de la enfermedad, de los recursos que existen para la prevención de esta y de los cuidados que se deben de tener cuando está presente.²⁵

Henderson parte de que todos los seres humanos tiene una serie de necesidades básicas que deben satisfacer, estas son normalmente cubiertas por el mismo individuo cuando está sano y tiene los suficientes conocimientos, así como fuerza y voluntad, si esto se logra el individuo es independiente, pero cuando algo de esto falta en la persona o no se satisface surgen los problemas de salud y se considera un individuo dependiente. Estas situaciones pueden aparecer por causa de tipo físico, psicológico, sociológico o relacionada con la falta de conocimiento.

Independencia.

Para Henderson es un criterio importante de la salud. Alcanzar un nivel aceptable de satisfacción de sus necesidades.

Dependencia.

Incapacidad del sujeto para realizar acciones que le permitan satisfacer sus necesidades por si mismo.

²⁵ GARCÍA, Ma. De Jesús; El proceso de la enfermería y el modelo de Virginia Henderson, Edit. Progreso, 2ª ed. 2004, México D.F. Pág. 14.

4.4.4 Definiciones de los componentes del metaparadigma desde la perspectiva de Virginia Henderson.

Henderson considera su trabajo una asección más que una teoría.

Los elementos más importantes son: la enfermera asiste a los pacientes en las actividades esenciales para mantener la salud, recuperándose de la enfermedad o alcanzar la muerte en paz.

Introduce el criterio de independencia del paciente en la valoración de la salud.

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

Las necesidades básicas son las mismas para todos los seres humanos y existen independientemente de la situación en que se encuentre cada persona, pero se modifican por dos factores:

- 1.- Permanentes: edad, medio sociocultural, capacidad física, nivel de inteligencia.
- 2.- Variables: estados patológicos.

Henderson llamo cuidados básicos de enfermería a las actividades que realizan las enfermeras para suplir o ayudar a cubrir estas necesidades, las que se aplican a través del plan de cuidados de enfermería, elaborado en razón de las detectadas en el cliente.

Henderson describe la relación enfermera-cliente destacando tres niveles de intervención: suplencia, ayuda o como compañera.

Henderson define los conceptos básicos del metaparadigma de enfermería de la siguiente manera:

Persona: un individuo que necesita asistencia para alcanzar un estado de salud e independencia o para morir con tranquilidad; la persona y la familia son consideradas como una unidad.

Todo individuo sano o enfermo anhela el estado de independencia. Necesita fuerza, deseos, conocimientos para realizar las actividades necesarias para una vida sana.

Entorno: Henderson no lo define explícitamente. Implica la relación que uno tiene con su familia, también abarca la comunidad y su responsabilidad para proporcionar cuidados.

El entorno puede afectar la salud, factores personales como edad, entorno cultural, capacidad física o inteligencia, los físicos como el aire, temperatura, desempeñan un papel importante en el bienestar de la persona.

Salud: lo define como la capacidad del individuo para funcionar con independencia en relación a las 14 necesidades básicas. Es una capacidad de vida básica para el funcionamiento humano.²⁶

4.4.5 Desarrollo de las 14 necesidades.

1. Necesidad de oxigenación.

Concepto.

La respiración es la función por medio de la cual el organismo absorbe el oxígeno necesario para el sostenimiento de la vida y elimina del interior los gases nocivos para ella.

Signos y síntomas de dependencia o independencia.

- Estilo de vida sedentaria o activa.
- Conocimientos del cliente sobre función respiratoria.
- Signos de fatiga al realizar actividades cotidianas.

²⁶IDEM, Pág. 25 – 27.

- Patrón respiratorio, ritmo, regularidad y profundidad.
- Antecedentes de enfermedades cardiorespiratorias.
- Es fumador crónico
- Respiraciones anormales como disnea u ortopnea.
- Respiraciones periódicas
- Ruidos audibles a distancia, sibilancias, estertores, etc.
- Movimientos respiratorios que pueden acompañarse de disnea
- Cambios de coloración de la piel.
- Pulso rápido, filiforme, palpitaciones
- Tos, sofocación, estornudo o bostezo excesivo
- Secreciones anormales
- Irritabilidad excesiva, angustia, inquietud o cefaleas²⁷

Factores que influyen en esta necesidad.

Biológicos: edad, alineación corporal, talla corporal, nutrición e hidratación, sueño, reposo, ejercicio, función cardíaca, función respiratoria, estado de la red vascular.

Psicológico: emociones, ansiedad, estrés, inquietud e irritabilidad.

Socioculturales: influencias familiares y sociales, entorno físico próximo, entorno físico de la comunidad.²⁸

2. Necesidad de nutrición e hidratación.

Concepto.

El término nutrición es una cualidad o estado de los seres vivos; los requerimientos nutricionales y el equilibrio hídrico son de gran importancia para tener un crecimiento y desarrollo normal.

²⁷ GARCÍA, Óp. Cit. Pág. 55 – 57.

²⁸ FERNÁNDEZ, F. Carmen; el Proceso de Atención de Enfermería. Estudio de Caso, Ediciones Científicas y Técnicas, España 1993. Pág. 16.

Signos y síntomas de dependencia.

- Conocimientos sobre la nutrición
- Si puede alimentarse solo o necesita ayuda
- Horario y número de comidas al día
- Cantidad y tipo de líquidos que ingiere al día
- Preferencia y desagradados
- Patrones de aumento o pérdida de peso
- Debilidad, fatiga y anorexia
- Anemia, tendencia a equimosis y hematomas
- Sequedad y dureza del tejido epitelial
- Lesiones de la piel lengua y mucosas
- Desarrollo normal de esqueleto
- Irritabilidad excesiva
- Edema

Hidratación: estado normal en el que se mantiene un equilibrio entre la ingestión y la pérdida de agua, este se efectúa por una serie de fuerzas que controlan la salida y entrada de agua en los espacios del organismo, y conservar así una cantidad adecuada en él, la principal fuerza es la presión osmótica, producida por los eritrocitos, las proteínas plasmáticas; la otra es la presión hidrostática de la sangre impulsada por el corazón.

Factores que afectan el equilibrio hídrico:

- Ingresos insuficientes.
- Pérdida excesiva de líquidos.
- Sudación excesiva.
- Por presencia de patologías.

Deshidratación: es el estado en el que se encuentra el organismo cuando no está suficientemente hidratado.

Signos y síntomas de dependencia.

- Conocimientos del cliente acerca del ingreso de líquidos.
- Ingesta de líquidos en 24 horas.
- Medidas para purificar agua y verduras.
- Si tiene sed excesiva.
- Sequedad de la piel y mucosas, disfagia.
- Pérdida de peso.
- Oliguria con orina concentrada.
- Fiebre, constipación, debilidad y agotamiento.
- Lengua: color, hidratación, úlceras e inflamación.
- Labios: color hidratación y grietas.
- Desorientación, somnolencia que puede progresar hasta el coma.²⁹

Factores que influyen esta necesidad

Biológicos: edad, constitución corporal, patrón de ejercicio.

Psicológicos: emociones, sentimientos, pensamientos respecto a la comunidad y a la bebida.

Socioculturales: influencias familiares, sociales, estatus socioeconómico, entorno físico, religión y trabajo.³⁰

3. Necesidad de eliminación.

Concepto.

Es el funcionamiento normal que tiene el organismo para desechar los residuos acumulados durante el catabolismo de los alimentos, así como los gases y otros elementos no utilizables, formados durante el proceso de la digestión.

Signos de dependencia.

- Conocimiento del cliente y de la familia sobre la función.

²⁹ GARCÍA, Óp. Cit. Pág. 66 – 77.

³⁰ FERNANDEZ. Óp. Cit. Pág. 17.

- Frecuencia de eliminación.
- Ardor o dolor al evacuar.
- Problemas de urgencia, retención e incontinencia.
- Distensión abdominal, debilidad y anorexia.
- Nauseas o vómito.
- Flatulencia, diarrea o estreñimiento.

Eliminación por aparato urinario.

Concepto.

Al proceso de vaciar la vejiga se le llama micción, sucede cuando tiene de 250 a 400ml en el adulto.

Signos de dependencia.

- Frecuencia de eliminación de 24hrs.
- Color y olor de orina.
- Retención o incapacidad para la micción.
- Aumento o disminución en la cantidad de orina que elimina.
- Dolor o escozor durante la micción.
- Urgencia para la micción.³¹

Factores que influyen esta necesidad.

Biológicos: edad, nivel de desarrollo, nutrición e hidratación y ejercicio.

Psicológicos: estado de ánimo, emociones y ansiedad.

Socioculturales: organización social, estilo de vida, habitad, entorno adecuado, influencia familiar, aspectos culturales y clima.

³¹ GARCÍA, Óp. Cit. Pág. 95 – 108.

4. Conservar la temperatura corporal en límites normales.

Concepto.

Oscilación de la temperatura entre la hipotermia y la hipertermia.

Hipotermia: es la disminución de la temperatura corporal, por debajo de lo normal (36°).

Signos y síntomas de hipotermia.

- Cifras bajas de la temperatura.
- Pulso lento, débil o respiraciones lentas.
- Piel pálida, cianótica, con apariencia moteada.
- Disminución o pérdida de la sensibilidad.
- Agotamiento, desnutrición y edades extremas de la vida.

Signos y síntomas de hipertermia.

- Cifras altas de temperatura.
- Piel y mucosas secas.
- Cefalea, malestar general, escalofríos y delirio.

Factores que influyen en esta necesidad.

Biológicos: edad, sexo, ejercicio y tipo de alimentación.

Psicológicos: ansiedad y emociones.

Socioculturales: entorno físico próximo, lejano, raza o procedencia étnica y estatus económico

5. Dormir y descansar.

Concepto.

Son necesidades básicas del individuo, cada persona necesita un tiempo y condiciones para descansar y dormir, lo que es importante para un buen funcionamiento de su organismo.

Signos y síntomas.

- Hábitos de sueño.
- Cuantas horas duerme por la noche.
- Cambios de comportamiento e irritabilidad.
- Alteraciones por emociones.
- Uso de medicamentos, sedantes y alcohol.
- Facilitadores como masaje, relajación, música y lectura

Factores que influyen esta necesidad.

Biológicos: edad, ejercicio, alimentación e hidratación.

Psicológicos: estados emocionales, ansiedad y estrés.

Socioculturales: influencia familiar y social, trabajo, entorno próximo del habitad, entorno lejano, creencias y valores y estilo de vida.

6. Necesidad de seguridad para mantener la salud.

Concepto.

Los accidentes con un gran problema social y mundial, todo individuo debe conocer las medidas de seguridad para poder evitarlos y así conservar su vida.

Valoración de dependencia de riesgo de accidente.

- Prácticas que afectan la seguridad: hábitos, drogas, alcohol, tabaco y café.
- El estado de salud de los sentidos.

- El estado de la marcha.
- Prácticas de la salud: manejo de estrés, prácticas de técnicas de relajación.
- Peligros para la seguridad: pisos y escaleras, aislamientos.
- Entorno físico del hogar: presencia de peligros ambientales.

Factores que influyen esta necesidad.

Biológicos: edad, etapas de desarrollo, mecanismos de defensa fisiológicos y estabilidad psicomotora.

Psicológicos: mecanismo de defensa, estabilidad psíquica, cultural, religión, educación, estatus socioeconómico, rol social, estilo de vida, organización social, valores, creencias, entorno lejano y cercano.

7. Necesidad de conservar la integridad de la piel.

Concepto.

La higiene corporal es un mecanismo para conservar la salud física y proporcionar bienestar.

La piel es el órgano más grande del cuerpo humano, está formado por tres capas principales.

Signos y síntomas de dependencia.

- Hábitos higiénicos diarios que quiere mantener.
- Frecuencia de aseo de dientes, manos, baño y rasurado de barba.
- Higiene femenina y arreglo personal.
- Revisión de piel: temperatura y textura, turgencia y pigmentación.
- Aumento de la sensibilidad y dolor.
- Roturas traumáticas, abrasiones y laceraciones.
- Lesiones, contusiones, hemorragias, cicatrices, manchas, prurito y edema.
- Mucosa oral hidratada.

- Callosidades y descamaciones.
- Alteraciones de color, sobre todo en partes expuestas.
- Pérdida de piel.
- Alopecia y uñas anormales.

Factores que influyen en esta necesidad.

Biológicos: edad, desarrollo, alimentación, ejercicio y temperatura corporal

Psicológicos: estado de ánimo, emociones, auto imagen y psicomotricidad.

Socioculturales: cultura, educación, corrientes sociales, moda, organización social, influencia de familiares y ambiente lejano.

8. Necesidad de moverse y mantener buena postura.

Concepto.

El corazón es el órgano que se encarga de bombear la sangre a todo el cuerpo. El ejercicio ayuda al corazón a mantenerse sano, pues hace que aumente la circulación coronaria y las fibras del miocardio se contraen con mayor frecuencia.

Valoración de signos de dependencia.

- Cifras de presión y pulso.
- Peso y talla.
- Patrones de actividad, ejercicio en casa, trabajo y en el tiempo libre.
- Estados de frecuencia de tensión emocional.
- Consumo exagerado de estimulantes.
- Disnea y fatiga.

Factores que influyen en esta necesidad.

Biológicos: constitución y capacidad física.

Psicológicos: emociones, personalidad de base y estado de ánimo.

Socioculturales: influencias familiares y socioculturales (hábitos, costumbres, creencias, trabajo, tiempo para la actividad física, etc.).

9. Necesidad de poder elegir ropa adecuada, vestirse y desvestirse.

Concepto.

La forma de vestirse y arreglarse son una parte muy importante de la personalidad de individuos, hacer ser diferentes y sentirse bien.

Signos de dependencia e independencia.

- Observar la edad, peso y estatura.
- La apariencia personal (¿es ropa limpia?).
- ¿Se siente bien con su forma de vestir?
- ¿Qué hábitos tiene sobre la higiene personal y del vestido?
- ¿Necesita ayuda para poderse vestir o desvestirse?
- ¿Tiene los recursos necesarios para vestir adecuadamente a la temperatura y la ocasión?

Factores que influyen esta necesidad.

Biológicos: edad, desarrollo psicomotor, talla corporal y tipo de actividades.

Psicológicos: emocionales, personales de base, estado de ánimo y autoimagen.

Socioculturales: influencias de familiares, pertenencia a cierto grupo social, cultura, religión, significado personal de la ropa, entorno próximo y entorno lejano.

10. Necesidad de comunicación.

Concepto.

La comunicación es un proceso a través del que se transmite y reciben ideas, emociones, información entre las personas o grupos, abarca todos los mecanismos por medio de los cuales un individuo se relaciona con otros.

Valoración de dependencia o independencia.

- Facilidades para expresar sentimientos y pensamientos.
- Como son sus relaciones con la familia y con otras personas.
- Utilización de mecanismos de negación, evasión, proyección y reconciliación.
- Limitaciones físicas que interfieren en la comunicación.
- Nivel de conciencia y orientación.
- Sus contactos sociales son frecuentes y satisfactorios.
- Facilitadores de la relación: confianza, receptibilidad disponibilidad y empatía.

Factores que influyen esta necesidad.

Biológicos: integridad de los órganos de los sentidos, edad y etapa de desarrollo.

Psicológico: inteligencia, percepción memoria-conciencia, carácter, estado de ánimo, auto concepto y pensamiento.

Socioculturales: entorno físico próximo y entorno físico lejano.

11. Necesidad de aprendizaje.

Concepto.

Un estado de salud es indispensable para alcanzar una vida plena en todos los aspectos. El conocer las medidas para conocer la salud da como resultados una existencia feliz y productiva.

Factores de influencia esta necesidad.

Biológicos: edad, etapa de desarrollo y capacidades físicas.

Psicológico: emociones, capacidad intelectual, motivación, carácter y estado de ánimo.

Socioculturales: educación, nivel socioeconómico, estatus según instrucción, educación, influencias familiares y sociales, raza, religión, creencias de salud relacionadas con el género.

12. Necesidad de participar en actividades recreativas.

Concepto.

La recreación es una necesidad básica para todo ser humano en cualquier etapa de la vida.

Valoración de la dependencia o independencia.

- Interés, pasatiempos, en general actividades que se desarrolla en su tiempo libre.
- ¿Cuándo fue la última vez que participo en estas actividades?
- el uso de su tiempo libre le proporciona satisfacción o algún otro tipo de sanción.
- ¿dispone de recursos económicos para dedicarse a cosas que le interesen?
- En la distribución de su tiempo, ¿Hay un lugar para la recreación?
- La distribución de su tiempo es equilibrado entre el trabajo y la recreación.

Factores que influyen esta necesidad.

Biológicos: edad, etapa de desarrollo, constitución y capacidad física.

Psicológico: madurez sensorial, sensopercepcion, inteligencia, pensamiento, emociones, motivación, personalidad de base, humor de base, estado de ánimo y auto concepto.

Socioculturales: cultura, rol social, influencias familiares, sociales y estilo de vida.

13. Necesidad de valores y creencias.

Concepto.

El hombre desde su inicio ha tenido la necesidad de creer en un ser superior, para que la relación con el ser superior sea satisfactoria, el hombre necesita tener una idea de ese ser y la actitud que tendrá ante él.

Valoración de enfermería.

- Valores que han integrado su estilo de vida.
- En qué medida estos valores se han alterado por su situación actual.
- Se siente capaz consigo mismo y con los demás.
- Ritos que debe practicar de acuerdo a su religión.
- Creencias religiosas significativas en este momento.

Factores que influyen esta necesidad.

Biológicos: edad, etapa del desarrollo e integridad del sistema neuromuscular.

Psicológicos: emociones, actitudes, estado de ánimo, personalidad, pensamiento, inteligencia y percepción puntual del entorno.

Socioculturales: cultura, religión, creencias, influencias familiares y sociales.

14. Necesidad de trabajar.

Concepto.

El trabajar es una necesidad básica para el individuo, es una forma de autoexpresión, por medio de la cual manifiesta su capacidad creadora. Esta necesidad requiere que se realice de acuerdo a su vocación, capacidad, e interés de lo contrario se convertirá en algo desagradable.

Valoración de enfermería.

- Tipo de trabajo que realiza.

- Tiempo que le dedica.
- Como se siente en relación a su trabajo.
- Su remuneración le permite cubrir sus necesidades básicas.
- ¿Se ha producido alguna modificación a raíz de su situación actual?
- ¿se plantea formas alternativas de estilo de vida?
- ¿La situación de tensión o conflicto influyen en la satisfacción de esta necesidad?

Factores que influyen en esta necesidad.

Biológicos: edad, etapa de desarrollo, constitución y capacidades físicas.

Psicológicos: emociones, personalidad, inteligencia y estado de ánimo.

Socioculturales: influencias familiares y sociales, cultura, educación, rol y posibilidad de realizar un trabajo satisfactorio.

4.5 Características del cliente.

Adolescencia.

Es la vida que se extiende entre la niñez y la edad adulta, se extiende desde los inicios de la madurez sexual hasta la realización social de la condición de adulto independiente. La adolescencia, es un periodo de transición, en épocas anteriores de las sociedades occidentales, la adolescencia no fue más que un breve interludio entre la dependencia de la niñez y la responsabilidad de la edad adulta.³²

Desarrollo físico.

La adolescencia inicia en la pubertad, que significa el crecimiento rápido y de maduración sexual, esta inicia con una secreción de hormonas que desata un periodo de dos años de rápido desarrollo, que en las mujeres inicia alrededor de

³² MYERS, David; Psicología. Edit. Panamericana, 1ª reimpresión 1995, Barcelona. Pág. 103.

los 11 años y en los hombres a los 13. En este proceso se desarrollan las características sexuales primarias en forma evidente, igualmente las secundarias, es decir los rasgos no reproductores de hombres y mujeres.

Los hechos más significativos de la pubertad son la eyaculación alrededor de los 14 años y el primer periodo menstrual alrededor de los 13 años (menarca), esto no quiere decir que sea una regla, pues no todas las personas inician esa maduración, si no que puede ser más temprano en el caso de las niñas o más tarde en el caso de los niños.

Adulto joven.

En este caso haremos la diferencia entre el adolescente y el adulto joven, ya que esta empieza a partir de los 20 años y se extiende hasta los 40 aproximadamente, cuando empieza la etapa de la edad adulta media. El periodo adulto joven comienza cuando el individuo empieza a adoptar las formas de vida del adulto, uno de cuyos rasgos distintivos es el deseo de casarse y tener hijos, dejan de ser adolescentes y comienzan a alejarse del hogar paterno.³³

En este periodo existe el máximo desarrollo físico y mental; en la mujer se producen cambios hormonales importantes, así como fisiológicos, como el embarazo, así como las adaptaciones para poder criar hijos, así mismo, en este periodo aumenta el juicio y la cordura para alcanzar el máximo en etapas posteriores de la vida.

En esta etapa las enfermedades crónicas o agudas son menos frecuentes. Aunque el peligro de enfermar existe, las enfermedades constituyen un grave golpe cuando se presentan y pueden provocar en la persona graves conflictos emocionales, pueden reaccionar irracionalmente dependiendo de la gravedad.

Edad adulta.

Es el momento en el cual ha finalizado el proceso evolutivo, psíquico y social que caracteriza a las etapas anteriores.

³³ LEMKAU, Paul; Higiene Mental, Edit. Fondo de Cultura Económica, 8ª reimpresión 1979, México. Pág. 254.

Este concepto de debe analizar desde el punto de vista sociológico, pues siempre parte de un modelo social, y cada sociedad lo puede situar en diferentes periodos cronológicos, con distintos roles, responsabilidades ya atribuciones.

En términos jurídicos se podría afirmar que cada sociedad cuenta con su propio estatuto de persona adulta, que asigna esa condición sin coincidir con otras en los momentos cronológicos y psicológicos en que se produce esa asignación.³⁴

Las características de cada una de las edades de la vida según R. Ramírez y F. Sáenz son:

Edad cronológica: el tiempo transcurrido desde el nacimiento

Edad psicológica: de acuerdo con la maduración de los procesos cognitivos, emotivos, etc.

Edad funcional: medida por la capacidad de adaptación a las exigencias sociales.

Edad social: relacionada con los roles distintos, las expectativas personales y los hábitos particulares.

Características básicas de las personas adultas:

- En lo físico: un cuerpo desarrollado de forma estable que es aceptado de manera satisfactoria por el sujeto.
- En lo psíquico: una alta capacidad de comprensión que progresivamente sirva para compensar la paulatina pérdida de asimilación.
- En la personalidad: plena responsabilidad sobre los propios actos y una conducta autónoma y realista.
- En lo afectivo: amplía la capacidad para recibir y responder adecuadamente a los sentimientos de cuantos lo rodean.
- En lo profesional: puede fijar objetivos a medio y largo plazo, organizarse la vida en función de ellos y mantenerse de manera perseverante en ese camino.

³⁴ LOPEZ, Jabonero; Formación de adultos, Edit. Síntesis, España, 1999, Pág. 37.

Etapas de la vida adulta:

- 1) Primera edad adulta: inicia a los 20 años y finaliza a los 40, etapa fronteriza, su duración es variable según los modelos sociales, con una tendencia cada vez más acusada
En este se producen los ritos de condición de adulto y el ejercicio de responsabilidades cívicas, sociales, familiares y profesionales.
- 2) Edad adulta media: se inicia con el fin de la anterior y alcanza hasta los 40 o 45, etapa de responsabilidad social y profesional, se consolidan relaciones laborales, familiares y de residencia, etc. Aparecen síntomas de declive físico.
- 3) Edad madura: puede abarcar de los 45 hasta los 60 o 65, se caracteriza por el mantenimiento de los roles sociales y la paulatina reducción de la dependencia y responsabilidades familiares, incrementa el bienestar y la capacidad de proyección de esta edad, a pesar de la lenta pero paulatina pérdida de facultades físicas.

A lo largo de la vida adulta existen dos factores intrínsecos al sujeto y fundamentales para su aprendizaje, que va a modular consecuentemente su capacidad de apertura hacia el entorno y adquisición de nuevos saberes estos:

- Los factores físicos: entre los que destacan la visión, la capacidad auditiva, el control motor tanto grueso como fino, estos factores van a registrar constantes y continuas pérdidas a partir del final de la edad adulta media, que van a ser compensadas durante largo tiempo con las estrategias fundamentales intelectuales o sociales que proporcionan la madurez.
- Factores intelectuales: en estos momentos la inteligencia de los adultos es un complejo de destrezas y saberes donde a su vez pueden distinguirse: la inteligencia fluida, relacionada con estructuras del sistema nervioso, tiene un crecimiento rápido que termina aproximadamente hacia los 20 años e inicia su declive.

Otro de los factores que sufren cambios importantes a lo largo de la vida adulta es la memoria, tienden de manera constante hacia un progresivo deterioro, existen 2 tipos de memoria evocación o de recursos lejanos en el tiempo.

4.6 Impacto psicológico y emocional en los clientes con quemaduras.

El tratamiento de las quemaduras se extiende más allá de la sobrevivencia del paciente a fin de incluir la recuperación óptima de las funciones del individuo como un todo. Las posibilidades reales de sobrevivencia física de una víctima de quemaduras, subrayan la preocupación del potencial de morbilidad psicológica del sobreviviente a una quemadura.

El equipo multidisciplinario lleva a cabo, aún en circunstancias de emergencia, planes presuntivos, basados en la vida futura de este paciente. Las decisiones del tratamiento están influenciadas por la preocupación en preservar movilidad, aspectos cosméticos y bienestar psicológico al paciente. Los temas psicológicos y sociales constituyen partes integrales del tratamiento de las quemaduras, desde el momento de la lesión hasta la recuperación y rehabilitación total del paciente.

El tipo de lesiones que sufren, hacen que su recuperación requiera de una personal profesional debidamente entrenado, por lo que es necesario contar con los servicios de los psicólogos, capacitados para esa labor.

Es importante considerar los apoyos sociales con los que cuenta el paciente, con el fin de permitirles manejar la culpa, la incredulidad y la pérdida, y facilitar de esta forma que los contactos del cliente, sobre todo los familiares, estén en mejor capacidad de brindarles asistencia emocional.

El éxito de la rehabilitación es el apoyo social con que cuenta, entendido como la familia, los compañeros y los amigos. Recomienda la técnica de relajación simple, las técnicas de auto control, la respiración primaria y las técnicas de disociación,

como formas de alejamiento de su situación, y de las cuales podría disponer cuando así lo requieran.

Las técnicas de relajación contribuyen al control del dolor, pueden contribuir no solo a disminuir la ansiedad, para así disminuir la percepción del dolor, sino que logran potencializar los analgésicos. Con estos pacientes debe considerarse, que el dolor no solo está presente en la lesión, sino que los tratamientos médicos para las quemaduras son dolorosos. Para que la cicatrización tenga lugar, las heridas deben ser lavadas, lo que produce dolor en el paciente. El dolor también se incrementa cuando es movilizadado en cama, al transportarlo, al realizar los ejercicios y al tomar tejido sano para los injertos.

Blumenfeld y Schoeps (1993) realizaron estudios con 68 quemados de un centro médico y encontraron que 16 de ellos fueron incapaces de ocupar sus funciones sociales o laborales varios meses después de la lesión y presentaron síntomas psicológicos: disturbios del sueño durante su hospitalización y posteriormente a ella, mecanismos de defensa y tendencias a experimentar la lesión como una herida narcisista y en mayor grado que los del grupo restante.

Los pacientes participantes en el estudio, tenían entre 18 y 32 años, estuvieron hospitalizados por más de una semana con quemaduras de leves a moderadas y no hubo diferencias en cuanto a edad, sexo, raza, agente agresor, circunstancias del accidente y grado de desfiguramiento.

Muchos terapeutas recomiendan proporcionar psicoterapia breve a los quemados, una vez estabilizados desde el punto de vista médico. El personal que atiende a este tipo de pacientes, las enfermeras son quienes por su continuo contacto, pueden recomendar y coordinar servicios especiales que contribuyan al mejor estado emocional.

Etapas de Lee de respuesta psicológica.

Impacto:

- Inmediatamente luego de la quemadura.
- Shock incredulidad.
- Despersonalización.

Retiro o Negación:

- Luego del impacto inicial.
- Supresión represión.
- Desconfianza.

Aceptación:

- Luego de la negación.
- Apenado, tristeza.

Reconstructiva:

- Fase final.
- Aceptación de limitaciones
- Inicia la reedificación de su vida.

Trabajo con el dolor psicológico y las pérdidas en pacientes quemados.

Blumenfeld y Schoeps han destacado el papel del control del dolor. Sin embargo, enfocan además el dolor proveniente de las pérdidas. Opinan que todo paciente que ha sufrido una quemadura o lesión grave, ha sufrido una pérdida. Puede haber perdido una función, un rol, independencia o la sensación de seguridad en el mundo, tal vez su hogar, sus posesiones o a sus seres queridos.

Antes de la intervención psicología, debe conocerse que es lo que este perdió, es decir, debe conocerse el significado profundo de las pérdidas, que a veces no es

tan aparente. No solo puede pasar inadvertido para el observador el significado verdadero de la pérdida, sino que el paciente puede necesitar ayuda para clarificar el objeto de ésta.

Las personas pasaban por 5 etapas hasta superarlas. Estas etapas son las ya mencionadas.

Ambos médicos hicieron hincapié en que todas las personas pasan por todas las etapas y que éstas pueden no seguir un orden especial, a veces es imposible diferenciarlas. Westberg (1963) enfatiza que la pérdida posee un inicio, un intermedio y un final. También determino 10 etapas: expresión emocional, depresión, síntomas físicos, pánico, culpa acerca de la pérdida, enojo, resentimiento, resistencias para continuar, esperanzas y afirmación de la realidad. Los autores que se han referido al trabajo de las pérdidas, opinan que el conocimiento de las etapas facilita a los profesionales la intervención psicológica con los pacientes quemados.

Sugieren trabajar tempranamente las pérdidas en los pacientes y evitar que tanto él como sus familiares eludan referirse a ellas. Estos autores son de la opinión que una frase como “esto debe ser muy doloroso para usted” podría promover que la emoción salga o “yo puedo ver que usted está sintiendo un gran dolor, dígame más a cerca de sus sentimientos”.

El proceso de quemaduras severas pasa por cuatro etapas, tres durante la hospitalización y una en la casa. La primera se llama aguda y está dominada por mecanismos de defensa y defensas de emergencia. La fase inmediata usualmente se inicia después de dos semanas, en ella los factores psicológicos se fortalecen. La recuperación continua y el paciente entran en la tercera etapa; donde las destrezas sociales influyen en los pensamientos y sentimientos de la víctima. La última etapa se da cuando el individuo de nuevo se ajusta a la familia, trabajo y sociedad. A continuación se detalla cada una d ellas.

Fase aguda o Fase inmediata.

El paciente se preocupa de la adaptación al cambio abrupto sufrido, en su paso de la salud a la situación de crisis y de estar en peligro de muerte. Esta es la etapa en la cual el paciente lucha por su vida, generalmente abarca de 2 a 4 semanas. Los síntomas físicos presentes son: anorexia, desbalance hidroelectrolítico, infecciones, edema y reacciones en todo su sistema. El estrés es tremendo y psicológicamente el impacto es el mismo, utiliza defensas primitivas con negación y represión. Esto ocurre en el 30% de los adultos quemados. Es frecuente que aparezcan sentimientos depresivos.

Fase de convalecencia o Fase de reintegración.

Aquí hay un ajuste al impacto. Ya paso el peligro de muerte y se empieza a luchar con el dolor constante, los tratamientos dolorosos y además de examinar la calidad de su futura vida. Se aumenta el contacto con el personal médico. Enfermeras y familiares. Las reacciones psicológicas normales son: el miedo (en relación a los tratamientos), la ansiedad a cerca de su futuro funcionamiento, la depresión moderada, como resultado de la pérdida de funciones, del desfiguramiento y la separación de los seres queridos. La exacerbación de estos síntomas resulta patológica y puede dar como resultado depresiones severas, regresiones o psicosis. Una tercera parte de los pacientes adultos quemados presentan síntomas patológicos, durante la hospitalización. La depresión es el mayor problema en la recuperación dichos pacientes.

Sentimientos más frecuentes en pacientes quemados: la depresión, el enojo, hostilidad y la ansiedad.

Depresión: es una respuesta esperada en las pérdidas. Las lesiones pueden conllevar pérdidas de funciones del cuerpo, de familiares o de trabajo. Producen ansiedad y también generar depresión, manifestándose de muchas formas, los pacientes pueden hablar de tristeza o expresarla facialmente, el apetito disminuye, hay pérdida de peso, trastornos del sueño y paralelamente disminuye la actividad

psicomotora al despertar por la mañana. Estas son señales humor depresivo. Estas son señales de humor depresivo.

Una quemadura produce tantos cambios metabólicos, que muchas veces se dificulta el diagnóstico de depresión. Los autores consideran que la depresión mayor no se inicia con los pensamientos recurrentes, o los recuerdos tristes de la pérdida, sino cuando estos le dan un significado a la pérdida que daña su autoestima. Los que han sufrido amputaciones, pueden percibirse como desfigurados y acompañarse esta percepción de culpa irracional y autoacusaciones.

La presencia de síntomas vegetativos tales como: disturbios del sueño, constipación, disminución del apetito, desinterés sexual y una lentitud general, pueden hacer pensar en una depresión.

Enojo y hostilidad.

Los pacientes no solo pierden temporalmente el control, también pierden posesiones, autoimagen y afectos, por esto es usual, que estén presentes sentimientos como la ira, el enojo y la hostilidad. La primera consideración ante estos pacientes es el control del dolor y corregir si hay una sub-medicación. Si la cólera o la hostilidad mental es por síndrome mental orgánico, debe reconocerse y de ser posible corregirse. Heridas en la cabeza pueden causar cambios en los patrones conductuales. El síndrome de aislamiento por drogas o alcohol necesita ser reconocido y corregido. Debe tomarse en consideración que ciertos medicamentos pueden producirlo también. Pacientes que tiene un persistente desorden psiquiátrico mayor, puede ser debido a otros patrones conductuales usuales o producto de una descompensación psicótica que se refleja en agitación, cólera y conducta paranoica, en estas situaciones los fármacos son usualmente los más apropiados. Es probable que la cólera y la conducta agitada sean universales en estas personas.

4.7 Duelo.

La palabra duelo deriva del latín dolus que significa dolor y es la respuesta afectiva a la pérdida de alguien o algo. El luto, en cambio, proviene del latín lugere que significa llorar y es el duelo por una persona amada.

Concepto.

Es el estado de pérdida de cualquier ser, objeto, parte del cuerpo o función que es emocionalmente importante para la persona. No siempre las personas que padecemos están relacionadas con otras personas, también se lleva a duelo por la pérdida de la juventud, las salud, etc.

La pérdida más absoluta y categórica es la muerte de uno mismo, o un cambio radical en el cuerpo como el perder la vista, un miembro o una enfermedad que afecten la apariencia o fuerza vital.

La recuperación de un duelo no tiene un tiempo límite, pues es un proceso continuo y variable, y puede requerir de 3 a 4 años.

Etapas del duelo.

El Dr. Montoya compara las etapas del duelo a las etapas que pasa una herida para sanar o cicatrizar, estas son totalmente normales y se esperan ante la pérdida de un ser querido y son comunes en las personas que cursan un duelo. Estas se pueden presentar al mismo tiempo una a la vez o escalonadas.

La aflicción aguda.

Es la primera etapa, se caracteriza por la incredulidad, la negación-aceptación, confusión, inquietud, oleadas de angustia aguda, pensamientos obsesivos y algunos síntomas físicos como: mucosas y boca secas, aumento de la frecuencia urinaria, trastornos del sueño y del apetito.

Conciencia de la pérdida.

Segunda etapa del duelo, aquí conforme van pasando las reacciones iniciales, gradualmente pierden su intensidad, es cuando el cliente acepta nuevamente su situación.

La segunda fase del duelo inicia cuando los amigos y conocidos regresan a sus actividades normales, es cuando el verdadero significado de la pérdida afecta al sobreviviente. Este periodo se caracteriza por: desorganización emocional, con la constante sensación de estar al borde de una crisis y perder la cordura, así como ansiedad de separación, estrés prolongado, culpa y ensoñación.

Conservación – aislamiento.

Es el peor periodo del proceso del duelo, la aflicción se parece más a una depresión. Se caracteriza por: aislamiento, impaciencia, fatiga, debilidad, repaso obsesivo, apoyo social disminuido, necesidad de sueño, desesperación, desamparo e impotencia.

Cicatrización.

Es la cuarta etapa, en ella hay aceptación intelectual y emocional de la pérdida y también hay un cambio en la visión del mundo de forma que sea compatible con la nueva realidad y permita al cliente desarrollar nuevas actividades y madurar, se caracteriza por reconstruir la forma de ser, retomar el control de la vida, abandono de roles anteriores, perdón y olvido.

Renovación.

Última etapa, el superviviente ha realizado los cambios necesarios en su estilo de vida, ha recuperado su nivel de autoestima, y ha logrado encontrar sustitutos y reemplazos, puede ser cualquiera que le interese al individuo o le dé un propósito.

Se caracteriza por: vivir para sí mismo, aprendiendo a vivir sin reacciones de aniversario.

Detrás de un cambio importante hay una pérdida para elaborar, aun detrás de aquellos que implican modificaciones positivas, por llamarlas de alguna manera.³⁵

4.8 Sentido de vida.

El concepto de sentido de vida va a depender de cada individuo, según el sentido o razón que tenga para vivir, ya que un niño fija su sentido de vida en lo que más le agrada como el juego, un adolescente lo ves más a la ligera, pues se centran en la diversión, estudio o trabajo según sus necesidades y es hasta la edad adulta cuando nos detenemos más a pensar o razonar en éste.

Nuestra sociedad nos ha condicionado más a pensar que solo tiene sentido y utilidad nuestras vidas cuando somos: productivos, proveedores y nos ocupamos de nuestras necesidades.

En algún momento se pierde papel de independencia o productivo con el que no hemos identificado y nos volvemos dependientes cada vez más de los demás.

El hombre no se da el tiempo para dedicarse a sí mismo, y es hasta cuando se encuentra frente a situaciones delicadas, cuando se detiene a pensar que ha ido en direcciones contrarias a su vida, y es el momento de buscarle un sentido a ella.

Algunas personas que saben que tiene el tiempo limitado, se dan cuenta que sus necesidades han sido limitadas e inician a reorganizar su tiempo y actividades para que reflejen sus verdaderos valores.

Desde el punto de vista teológico el sentido de vida para algunas personas, se centra en formar parte del plan de Dios, que es amar incondicionalmente y poder servir a los demás, que las cosas materiales dejan de ser importantes y que las riquezas verdaderas están dentro de cada uno de ellos.

Quien tiene un razón para vivir puede soportar casi cualquier cosa, es decir, que cuando una persona encuentra un sentido a su vida, no va a haber ningún

³⁵ BUCAY, Jorge; El camino de las lágrimas, Edit. Océano, México, 5ª reimpresión, 2003, Pág. 203.

obstáculo que lo detenga para realizarlo, va a tener que aprender a sobre llevar todas las cargas emocionales para logara su objetivo, es una meta que vale la pena y el sacrificio, pensando que cada propósito es diferente dependiendo de la persona.

4.9 Autoestima.

En la década de los 80, es cuando se le da importancia al estudio de la autoestima como parte de la personalidad de una persona.

El diccionario de la psicología y de la responsabilidad la definen como:

La evaluación que el individuo hace y normalmente mantiene con respecto a sí mismo, expresa una actitud de aprobación e indica la medida en que el individuo se cree capaz, significativo, exitoso y meritorio.

La autoestima es el sentimiento valorativo de nuestro ser, de nuestra manera de ser y de quienes somos nosotros del conjunto de rasgos corporales, mentales y espirituales que forman nuestra responsabilidad.

Esta es responsable de muchos de nuestros frutos o fracasos, pues una autoestima adecuada relaciona un concepto de uno mismo, así como aumenta la capacidad del individuo para desarrollar sus destrezas, elevara el nivel de seguridad personal, mientras que una autoestima baja orientara a la persona hacia el fracaso y la derrota.

La autoestima tiene 3 elementos constitutivos: el cognoscitivo, el afectivo y conductual.

Elemento cognitivo.

Se basa en el conocimiento objetivo y práctico que de sí mismo pueda uno tener por medio de su inteligencia, esto es lo que piensa acerca de sus características, necesidades y habilidades.

Elemento afectivo.

Este está relacionado con el cognitivo ya que el conocimiento y la percepción de sí mismo que aporta el elemento cognitivo, modifica el afectivo a partir de lo que un individuo piensa de sí mismo, dependerá el pensamiento de agrado o desagrado hacia una persona.

Elemento conductual

A este elemento le dan lugar los anteriores, ya que el individuo se comporta coherentemente con lo que piensa de con lo que hace, una autoestima alta dará buenos resultados en cualquier ámbito.³⁶

Autoestima baja.

Una persona que no tiene confianza en ella, ni en sus posibilidades, esto puede ser por sus propias experiencias o que se le ha hecho sentir de personas importantes en su vida.

Los sujetos llegan a desvalorizarse, por la comparación con los demás, subrayando en estos sus virtudes en las que son superiores.

La familia juega un papel muy importante en la formación de nuestra personalidad ya que incorpora a ella los valores, reglas y costumbres que llegan a ser contraproducentes. Así mismo no solo se forma en la familia, sino también con lo que ésta cree que los demás piensan de ella y con lo que piensa de sí misma, al salir del ambiente familiar y relacionarse con otros grupos.

³⁶ TELLES, Sara; Antología: desarrollo Humano y Liderazgo en Enfermería, SUA ENEO, UNAM, Pág. 73 – 74.

Los adultos transmitirán las humillaciones de las que fueron víctimas en su infancia, a personas más vulnerables.

Actitudes que indican una autoestima baja.

- Autocrítica dura y excesiva, lo mantiene en un estado de insatisfacción.
- Hipersensibilidad a la crítica.
- Indecisión crónica, no por falta de información sino por medio a equivocarse.
- Deseo innecesario por complacer, no se atreve a decir NO.
- Perfeccionismo, exagerar en demasía todo lo que intenta lo conduce al desmoronamiento.
- Culpabilidad neurótica, se causa y se condena por conductas que no siempre son malas.
- Hostilidad flotante, siempre a punto de estallar aun por cosas de poca importancia.
- Tendencias defensivas y una inapetencia generalizada del gozo de vivir y de la vida misma.

Buena autoestima.

No podemos hablar de una autoestima alta, sino del Narcisismo, que es el amor obsesivo por uno mismo o de algo hecho por uno mismo, pero no del propio ser sino de la imagen del YO. Hay que tener en cuenta dos elementos: la imagen que es como se ve exteriormente la persona, y la otra es el amor excesivo de la persona hacia sí mismo.

Características positivas del autoestima positiva.

- Cree firmemente en ciertos valores y principios.
- Es capaz de obrar según crea acertado, confiando en su propio juicio.
- No se emplea demasiado tiempo en preocuparse por el pasado, ni por lo que venga.

- Tiene confianza para resolver sus propios problemas.
- Se considera y realmente se siente igual a cualquier otra persona.
- Da por un hecho que es una persona interesante y valiosa para otros.
- No se deja manipular por los demás.
- Reconoce y acepta en sí mismo una variedad de sentimientos tanto positivos como negativos.
- Es capaz de disfrutar diversas actividades.

V. METODOLOGÍA

El presente estudio de caso cuenta con dos ejes, el primero de ellos es de carácter teórico sustentado en el Modelo Teórico de Virginia Henderson y el segundo de tipo metodológico a través del Proceso de Atención de Enfermería.

Se realizó con un cliente con lesiones térmicas, al que se solicitó su consentimiento verbal, recurriendo a los aspectos éticos y legales en el manejo y uso de la información y beneficio del cliente.

Se llevo a cado en el Hospital General “Dr. Rubén Leñero” durante los meses de Octubre y Noviembre del 2012.

5.1 Valoración.

La valoración se realizo por necesidades recurriendo a los diferentes métodos, técnicas e instrumentos.

a) Métodos.

Se utilizó la entrevista, la observación y el método clínico:

La entrevista fue abierta, semi-estructurada, pues se habían estructurado antes algunas de las preguntas que se realizaron.

La observación se efectuó de forma discreta de forma cefalocaudal, detenidamente, mientras se le expuso el número de visitas que se le realizarían.

Método clínico, se utilizó para valorar la dimensión bilógica de las necesidades; se efectúa la exploración física, con el fin de ratificar lo observado, utilizando las diversas técnicas: exploración, palpación y percusión.

Los instrumentos utilizados fueron: el material impreso como la hoja de valoración de necesidades y la historia clínica enfermera.

Hoja de valoración de necesidades.

- Nombre: F. R. M.
- Edad: 20 años.
- Sexo: Masculino

Necesidades básicas.

Oxigenación.

Subjetivo

- Disnea debido a: NO Tos productiva: SI (moco transparente)
- Dolor relacionado a la respiración: NO Fumador: SI (10 cigarros al día)

Objetivo.

- Registro de signos vitales y características
FC: 83x' T/A: 110/60 Resp.: 80x' Temp.: 36.5
- Estado de consciencia: ALERTA
- Coloración de pies, lechos ungueales-peri bucal: NORMAL
- Circulación del entorno venoso: NORMAL

Nutrición e Hidratación.

Subjetivo.

- Dieta habitual consume: CARNE, LECHE, HUEVOS, FRUTAS Y VERDURAS
- Numero de comidas diarias: 3
- Trastornos digestivos: NINGUNO
- Tolerancia alimentaria, alergias: NINGUNA
- Problemas de masticación y deglución: LE CUESTA TRABAJO DEGLUTIR

Objetivo.

- Turgencia de la piel: PALIDA
- Mucosas hidratadas, secas: SECAS
- Características uñas y cabello: NORMALES, CABELLO ESCASO PUES SE LE QUEMO
- Funcionamiento neuromuscular y esquelético: NORMAL
- Aspecto de los dientes y encías: NORMAL
- Heridas y tipo de cicatrización: QUEMADURAS, LA CICATRIZACION NO SE PUEDE VALORAR AUN PUES SE ENCUENTRA EN UN PERIODO DE INTEGRACION DE INJERTOS

Eliminación.

Subjetivo.

- Hábitos intestinales: EVACUA 1 O 2 VECES AL DIA
- Características de las heces: NORMALES
- Historia de hemorragias, enfermedades renales u otros: NINGUNA
- Hemorroides, dolor a defecar, menstruar u orinar: NO
- Como influyen las emociones en sus patrones de eliminación: DE NINGUNA MANERA

Objetivo.

- Abdomen características: PLANO, DEPRESIBLE AL TACTO
- Ruidos intestinales: SI, NORMALES

Termorregulación.

Subjetivo.

- Adaptación a lo cambio s de temperatura: SI
- Ejercicio tipo y frecuencia: NO REALIZA

- Temperatura ambiental que le es agradable: LE AGRADA MAS EL FRIO

Objetivo.

- Características de piel: RESECA, PALIDA Y ESCAMOSA
- Transpiración: NORMAL
- Condiciones del entorno físico: CASA PROPIA, CUENTA CON TODOS LOS SERVICIOS INTRADOMICILIARIOS
- ¿Padece insomnio?: NO
- A que se considera que se deba: -----
- ¿Se siente descansado cuando se levanta?: CUANDO SE DESPIERTA SI, PUES NO SE PUEDE LEVANTAR DE LA CAMA POR SU PROBLEMA
- Estado mental, ansiedad, lenguaje, estrés: NORMAL, CONFUSO
- Ojeras: NO Atención: NO Bostezos: NO Concentración: SI
Apatía: NO Cefaleas: NO Respuesta a estímulos: SI

Uso de prendas adecuadas de vestir.

Subjetivos.

- ¿Influye su estado de ánimo para la selección de sus prendas de vestir?:
NO
- ¿Su autoestima es determinante para su forma de vestir?: NO
- Sus creencias le impiden vestirse como a usted le gustaría?: NO
- ¿Necesita ayuda para la selección de su vestuario?: DE HOY EN ADELANTE LO VA A NECESITAR

Objetivo.

- ¿Viste de a cuerdo a su edad?: SI
- Capacidad psicomotora para vestirse y desvestirse: DEBILITADA PUES NO CUENTA CON SUS MANOS
- Vestido incompleto: NO Sucio: NO Inadecuado: NO

Necesidad de higiene y protección de la piel.

Subjetivo.

- Frecuencia de aseo: DIARIO CON CAMBIO DE ROPA TOTAL
- Momento preferido para el baño: POR LA MAÑANANA
- ¿Cuántas veces se lava los dientes al día?: LO HACIA 3 VECES AL DIA
- Aseo de manos antes de comer y después de eliminar: SI
- Tiene creencias personales o religiosas que le limiten sus hábitos higiénicos: NO

Objetivo.

- Aspecto general: REFLEJA TRISTEZA
- Halitosis: NO
- Estado de cuero cabelludo, lesiones dérmicas: RESECO CON SECUELAS DE QUEMADURAS

Necesidad de evitar riesgos.

Subjetivo.

- ¿Qué miembros componen su familia?: PADRE Y MADRE PUES ES HIJO UNICO
- ¿Cómo reacciona ante una situación de emergencia?: PIDEN AYUDA O ACUDEN AL HOSPITAL MAS CERCANO
- ¿Conocen las medidas de prevención de accidentes?
En el hogar: SI En el trabajo: SI
- ¿Realiza controles periódicos de salud recomendados?: NO
- ¿Cómo se canaliza la situación de tensión en su vida?: FUMANDO

Objetivo.

- Deformidades congénitas: NINGUNA

- Condiciones de ambiente en su hogar: AGRADABLE, SE LLEVA BIEN CON SUS PAPAS
- Condiciones de ambiente en su trabajo: AGRADABLE, LE GUSTA LO QUE HACE

Necesidad de comunicarse.

Subjetivo.

- Estado civil: SOLTERO Años de relación: -----
- Vive con: SUS PADRES
- Preocupaciones, estrés: EN ESTE MOMENTO LE PREOCUPAN SUS PADRES
- Otras personas que puedan ayudar: SI, SUS PRIMOS LO VISITAN Y LE AYUDAN
- Rol en la estructura familiar: HIJO UNICO
- Comunica sus problemas debido a su enfermedad: NO LE GUSTA HABLAR DEL TEMA CON ELLOS
- ¿Cuánto tiempo pasa solo?: MUCHO, PUES LAS VISITAS ESTAN RESTRINGIDAS
- Frecuencia de los diferentes contactos sociales en el trabajo: POCO, PUES ESTA MUY OCUPADO

Objetivo.

- ¿Habla claro?: SI Confuso: NO
- Audición: SI ESCUCHA BIEN
- Comunicación verbal: ES UN POCO DIFICIL

Necesidad de vivir según sus creencias y valores.

Subjetivo.

- Creencias religiosas: CATOLICO

- ¿Sus creencias religiosas le generan conflictos emocionales?: NO
- Principales valores personales: HONRADEZ, HONESTIDAD Y FIDELIDAD
- ¿Es congruente su forma de pensar con su forma de vivir?: EN ESTOS MOMENTOS NO SABE QUE VA A PASAR CON SU VIDA

Objetivo.

- Hábitos específicos de vestir, grupo social religioso: NINGUNO
- ¿Permite el contacto físico?: NO, TEME AL RECHAZO
- ¿Tiene algún objeto indicado de determinados valores y creencias?: SI, IMAGENES RELIGIOSAS EN SU CABECERA

Necesidad de trabajar y realizarse.

Subjetivo.

- Estado emocional: AL PRINCIPIO DE LA CONVERSACION RETRAIDO, PREOCUPADO Y TEMEROSO.

Objetivo.

- ¿Trabaja actualmente?: TRABAJABA
- Tipo de trabajo: AUXILIAR DE COCINA
- Riesgo en el trabajo: SI, SU TRABAJO ES MUY RIESGOSO
- ¿Cuánto tiempo le dedica al trabajo?: DE 8 A 12HRS SEGÚN AL TEMPORADA
- ¿Está satisfecho con su trabajo?: SI, LE AGRADA LO QUE HACE
- Su remuneración le permite cubrir sus necesidades básicas y las de su familia?: SOLO CUBRE LAS SUYAS

Necesidad de jugar y participar en actividades recreativas.

Subjetivo.

- Realiza actividades recreativas en su tiempo libre: ALGUNAS VECES

- Las situaciones de estrés influyen en la satisfacción de su necesidad: NO
- Existen recursos en su comunidad para su recreación: SI
- ¿ha participado en alguna actividad recreativa?: NO POR QUE TRABAJA

Objetivo.

- Integridad del sistema neuromuscular: NO, ESTA AMPUTADO DE LAS DOS MANOS
- ¿Rechaza las actividades recreativas?: NO LAS PUEDE REALIZAR POR EL MOMENTO
- ¿Su estado de ánimo es patico, aburrido o participativo?: PARTICIPATIVO.

Necesidad de aprendizaje.

Subjetivo.

- Nivel de educación: SECUNDARIA
- Problemas de aprendizaje: NO
- Limitaciones cognitivas: NO
- Preferencias; leer o escribir: LE GUSTAN LAS DOS
- ¿Conoce las fuentes de apoyo apra el aprendizaje en su comunidad?: SI
- ¿Tiene interés en aprender a resolver problemas de salud?: LE ES INDIFERENTE

Objetivo.

- Estado del sistema nervioso: INTEGRO
- Órganos de los sentidos: INTEGRO, AUNQ TIENE AMPUTADA UNA OREJA PARCIALMENTE.
- Estado emocional: TRISTE Y MELANCOLICO
- Ansiedad o dolor: NO
- Memoria reciente: SI, RECUERDA LOS HECHOS RECIENTES PERO NO QUIERE PENSAR EN ELLOS

- Otras manifestaciones: ANGUSTIA, CORAJE, MIEDO, FRUSTRACION Y PREOCUPACION.

Moverse y mantener una buena postura.

Subjetivo.

- Capacidad física cotidiana: -----
- Actividades en el tiempo libre: NINGUNA
- Hábitos de descanso: PROCURA DESCANSAR 8 HORAS

Objetivo.

- Estado del sistema musculo esquelético, fuerza: MALO, PUES ESTA AMPUTADO
- Capacidad muscular; tono, resistencia y flexibilidad: HAY POCO TONO MUSCULAR
- Posturas: LA QUE LE SEA MAS COMODA
- Ayuda para la ambulación: EN ESTE MOMENTO NO LA REALIZA
- Dolor con el movimiento: MUY POCO AL PRINCIPIO MUCHO
- Presencia de temblores: NO

Descanso y sueño.

Subjetivo.

- Horario de descanso: A PARTIR DE LA HORA QUE LLEGUE A CASA
- Horarios de sueño, siesta: NO Ayudas: NO

PROBLEMA ACTUAL.

Lo inicia el 17 de mayo aproximadamente a las 18:30hrs al estar en su casa pintando un cuarto y al querer fumar prende un cerillo y explota el tiner, provocándole quemaduras en car, tórax, brazos y piernas; es traído al hospital dos horas después ya que es atendido en un hospital del Estado de México.

EXPLORACION FISICA.

Cabe mencionar que ésta se realiza días después del accidente:

Se encuentra cliente joven, cabello escaso, cara con injertos parcialmente integrados, existencia de áreas cruentas, oreja derecha parcialmente amputada, oreja izquierda con injertos no en buen estado, mucosas orales y nasales secas.

Cuello con cánula de traqueotomía, con manejo voluntario de secreciones, de característica clara pero abundante.

Tórax: delgado se pueden apreciar las costillas, a la auscultación se escuchan campos pulmonares con abundantes secreciones, principalmente base derecha.

Abdomen: blando sin molestas a la palpación, con ruidos peristálticos presentes.

Extremidades: los miembros torácicos se encuentran con quemaduras, cubiertas por tejidos, pero no integrados totalmente, ya que hay zonas cruentas aún, se observa muñón en ambos antebrazos, las manos tenían lesiones de 3° y fue necesaria la amputación que se efectuó el día 6 de junio, se observan injertos en ellos parcialmente integrados.

En los miembros inferiores se encuentran lesiones con injertos integrados, áreas donadoras en proceso de epitelización. Se puede observar también el estado del resto de la piel la cual se encuentra seca y escamosa.

Posteriormente al haber obtenido la información, se clasifico las siguientes dimensiones: biológicas, psicológicas, social y espiritual.

Conclusión Diagnóstica de Enfermería.

	Necesidad	I	TD	PD
1	Oxigenación			X
2	Nutrición y Eliminación			X
3	Eliminación	X		
4	Moverse y mantener buena postura			X
5	Descanso y Sueño	X		
6	Uso de prendas de vestir adecuadas			X
7	Termorregulación	X		
8	Higiene y Protección de la piel			X
9	Evitar peligros			X
10	Comunicarse			X
11	Vivir según las características y Valores	x		
12	Trabajar y Realizarse		x	
13	Jugar y Participar en actividades recreativas			X
14	Aprendizaje	X		

- I: Independiente
- TD: Totalmente independiente
- PD: Parcialmente independiente

Ya teniendo el análisis general, se jerarquizan las necesidades y se analizaron en forma particular, de tal manera que en el trabajo solo se presentan en las que se ayudo al cliente. En él y de acuerdo a las 4 dimensiones que señala Virginia Henderson, se determino la causa de dificultad (suplencia, ayuda y acompañamiento); en alguno de los casos se tuvo que recurrir a más de un rol.

A partir de este análisis se integraron los Diagnósticos de Enfermería.

GUIA PARA EL ANALISIS DE LAS NECESIDADES

DIMENSIONES O FACTORES DE DIFICULTAD

Iniciales del cliente: F. R. M.

Necesidad afectada: COMUNICACIÓN

BIOLOGICA	PSICOLOGICA	SOCIAL	CULTURAL
Traqueotomía, realizada por quemaduras de vías aéreas, con secreciones mucosas transparentes.	Siente angustia e impotencia por no poder hablar.	Siente relegado del resto del personal por no poder hablar fuerte o gritar como otros pacientes, tiene que efectuar algún ruido con la boca.	Piensa que las personas con problemas así son menos que los demás.

Dx de Enfermería: Deterioro de la comunicación verbal en relación con la capacidad de producir el habla secundaria a la traqueotomía, manifestado por angustia y falta de emisión de sonidos.

GUIA PARA EL ANALISIS DE LAS NECESIDADES

DIMENSIONES O FACTORES DE DIFICULTAD

Iniciales del cliente: F. R. M.

Necesidad afectada: NUTRICION

BIOLOGICA	PSICOLOGICA	SOCIAL	CULTURAL
Bajo de peso, antes del accidente su peso era de 75kg una y talla de 170cm. Su peso actual es de 60kg aproximadamente, presenta palidez y su laboratorio reporta una hemoglobina de 10.3.	No le gusta su apariencia porque se ve delgado. Pide que se le cubra con las sábanas.	Piensa en lo que su familia siente cuando lo ve así. Piensa que su familia siente lastima por él. Quiere recuperar su peso pronto.	No le agrada la comida del hospital por su sabor, solo se come lo que le gusta, que es muy poco. NOTA: al cliente no le gusta sentirse sobre protegido.

Dx de Enfermería: Alteración de la nutrición debido a un aumento de las necesidades proteicas y vitamínicas para la cicatrización de las heridas relacionada con una menor ingesta manifestada por la pérdida de masa muscular, palidez de tegumentos y hemoglobina baja.

GUIA PARA EL ANALISIS DE LAS NECESIDADES

DIMENSIONES O FACTORES DE DIFICULTAD

Iniciales del cliente: F. R. M.

Necesidad afectada: HIDRATACION.

BIOLOGICA	PSICOLOGICA	SOCIAL	CULTURAL
Mucosas orales, nasales y piel secas y escamosas.	Angustia al sentirse incomodo por la sensación de piel estirada, comezón y resequedad.	No quiere que su familia lo vea así.	Acostumbra a ponerse crema cuando termina de bañarse.

Dx de Enfermería: Déficit de volumen de líquidos relacionado con pérdida de líquidos por quemaduras manifestada por sequedad de la piel y mucosas.

GUIA PARA EL ANALISIS DE LAS NECESIDADES

DIMENSIONES O FACTORES DE DIFICULTAD

Iniciales del cliente: F. R. M.

Necesidad afectada: COMUNICACIÓN

BIOLOGICA	PSICOLOGICA	SOCIAL	CULTURAL
Amputación de ambas manos por lesiones térmicas de tercer grado.	En la primera entrevista niega la amputación. Afirma tener manos pues siente dolor. Le preocupa su aspecto físico.	Piensa en el rechazo de las personas, como va a trabajar y en como valerse por sí mismo.	No sabe cómo enfrentarlo más adelante.

Dx de Enfermería: Trastorno de la imagen corporal debido a la percepción de los efectos negativos de la amputación y a la respuesta de los demás ante su aspecto manifestado por negación, duelo y sensación fantasma.

5.2 Diagnóstico de enfermería.

El diagnóstico de enfermería es un juicio clínico que describe los problemas que afectan las necesidades del cliente.

Los diagnósticos fueron: REALES.

Para su estructura se utilizó el formato PES.

También se recurrió a los diagnósticos de la NANDA, los cuales tienen congruencia con Virginia Henderson, debido a que ambos de la Teoría de las Necesidades.

5.3 Planeación.

Con base a los diagnósticos de enfermería se llevo a cabo la planeación de las intervenciones de enfermería las cuales fueron de tipo: dependientes, independientes e interdependientes. Para cada diagnostico se estableció un objetivo, una meta y criterios de evaluación.

	<p>labios, gestos, afirmar o negar con la cabeza u ojos.</p> <p>Sugerir ayuda psicológica.</p> <p>Repetir lo comunicado para afirmar si es lo que desea. Motivarlo para que se sienta apoyado.</p> <p>Sugerir que su familia le obstruya el orificio de la traqueotomía para que pueda emitir sonidos.</p>	<p>ayudar a afrontar el deterioro y fomentar el uso de los métodos alternativos.</p> <p>El uso de estos métodos puede ayudar a disminuir la angustia y los sentimientos de aislamiento y separación, fomentara la seguridad.</p>		<p>enfermera, su familia y el resto del personal.</p>
--	--	--	--	---

PLAN DE ATENCION

Iniciales del cliente: F. R. M.

Necesidad afectada: COMUNICACIÓN

Dx de Enfermería: Deterioro de la comunicación verbal en relación con la capacidad de producir el habla secundaria a la traqueotomía, manifestado por angustia y falta de emisión de sonidos.

Objetivo: lograr que el cliente encuentre otras formas de comunicarse.

META	INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION	CRITERIOS DE EVALUACION	EVALUACION
En tres días con sesiones de 15 a 20 minutos cada una.	Explicar el mecanismo del habla y como la traqueotomía rompe este. Sugerir el uso de otros medios de comunicación, como el movimiento de los	La comprensión del cliente de que la traqueotomía no rompe la estructura anatómica responsable de la producción del habla y que el deterioro va a ser temporal, puede	Al término de las 3 sesiones se verá el avance y la aceptación de los diferentes métodos enseñados.	Los métodos sugeridos fueron bien aceptados por el cliente y se observó con más seguridad. Utilizando lo aprendido, fue fácil la comunicación entre la

PLAN DE ATENCION

Iniciales del cliente: F. R. M.

Necesidad afectada: NUTRICION

Dx de Enfermería: Alteración de la nutrición debido a un aumento de las necesidades proteicas y vitamínicas para la cicatrización de las heridas relacionada con una menor ingesta manifestada por la pérdida de masa muscular, palidez de tegumentos y hemoglobina baja.

Objetivo: Ayudar a que el cliente recupere su peso y aumento su hemoglobina.

META	INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION	CRITERIOS DE EVALUACION	EVALUACION
No hay tiempo límite ya que es necesario que el cliente esté dispuesto a consumir toda la dieta.	Explicar al cliente la necesidad que hay en el organismo, de que él consuma las proteínas proporcionadas en su dieta.	La cicatrización de las heridas requiere una mayor ingesta de nutrientes para impedir un balance nitrogenado negativo. El requerimiento de	Ver que el cliente consuma la dieta completa. Monitoreo de peso por lo menos cada semana durante su estancia.	Al egreso del cliente de la unidad de quemados tenía un peso de 63Kg. La hemoglobina aumente poco a poco, ya que fue necesario

	<p>Ayudar a que consuma toda la dieta.</p> <p>Platicar con la dietista para proporcionar una dieta a complacencia y que cubra sus requerimientos proteicos.</p>	<p>proteínas en un cliente con lesiones térmicas es de 1g de proteínas por Kg de peso corporal.</p>	<p>Verificar la toma de exámenes de laboratorio.</p>	<p>transfundir en tres ocasiones. Al egresar la hemoglobina se encontró en 11.5.</p>
--	---	---	--	--

PLAN DE ATENCION

Iniciales del cliente: F. R. M.

Necesidad afectada: HIDRATAACION

Dx de Enfermería: Déficit de volumen de líquidos relacionado con pérdida de líquidos por quemaduras manifestada por sequedad de la piel y mucosas.

Objetivo: Ayudar al cliente a mantener el volumen adecuado de líquidos.

META	INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION	CRITERIOS DE EVALUACION	EVALUACION
De tres a siete días.	<p>Insistir en la ingesta de líquidos.</p> <p>Mantener las mucosas limpias.</p> <p>Lubricar la piel con aceite mineral o crema hidratante.</p>	<p>Un cliente con lesiones térmicas pierde abundantes líquidos por la lesión, la pérdida de líquidos es de 150ml/m².</p> <p>La piel intacta normal limita la perdida de</p>	<p>Al termino de este tiempo se verá el resultado realizado con constancia.</p> <p>Con la ingesta de líquidos y buena lubricación, la piel deberá mantenerse</p>	<p>Se puede observar que con las acciones de enfermería la piel y la mucosa van recuperando su hidratación así como su textura.</p>

	<p>Vigilar el estado de la piel para evitar lesiones graves.</p> <p>Animar a los familiares a participar en la lubricación de la piel.</p>	<p>agua, además de construir una barrera física para el ambiente externo.</p>	<p>en buenas condiciones.</p>	
--	--	---	-------------------------------	--

PLAN DE ATENCION

Iniciales del cliente: F. R. M.

Necesidad afectada: COMUNICACION

Dx de Enfermería: Trastorno de la imagen corporal debido a la percepción de los efectos negativos de la amputación y a la respuesta de los demás ante su aspecto manifestado por negación, duelo y sensación fantasma.

Objetivo: Brindarle apoyo emocional al cliente durante el proceso de aceptación con la colaboración de otros profesionales; como tanatólogo y psicólogo.

META	INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION	CRITERIOS DE EVALUACION	EVALUACION
En siete días.	Platicar con el cliente frecuentemente, dando un trato cariñoso y positivo. Sugerir la intervención de otros profesionales para ayudar al cliente	Los contactos frecuentes con el cliente le darán seguridad y así facilitar la aceptación y la relación con el personal.	Al término de 7 días se habrá platicado con otros profesionales y se verán los resultados con cada uno de ellos.	El cliente no es capaz de superar su perdida pues es corto el tiempo, por lo que será necesario que reciba apoyo psicológico por largo tiempo.

	a superar su perdida.	Los tanatólogos y psicólogos proporcionaran una ayuda mas especifica al cliente cundo él lo desee. El concepto de uno mismo incluye percepciones y sentimientos referentes a la valía personal.		
--	-----------------------	--	--	--

5.4 Ejecución.

La ejecución de los cuidados de enfermería se lleva a cabo recurriendo a los conocimientos y habilidades con que cuenta el Pasante de Enfermería, en algún momento cuando el enfermero no contaba con la habilidad o la experiencia recurrió a otras enfermeras expertas.

En este caso se recurrió a la clínica de Tanatología para que se le proporcionara ayuda al cliente, el cual de primera instancia se negó, pero después tuvo varias sesiones con la Tanatóloga y la Psicóloga, mencionando ellas que llevaría tiempo para que el cliente resolviera su duelo.

5.5 Evaluación.

Para la evaluación de los resultados se considero objetivo, los criterios de evaluación y la meta trazada, y con base a ellos se retroalimentó el Plan de Atención.

VI. CONCLUSIONES

El desarrollo de este caso ha permitido ver a la Enfermería como una disciplina, ha permitido que todos aquellos que la ejercemos pasemos de ser simples cuidadores de la salud a unos verdaderos profesionales con conocimientos científicos necesarios para conseguir que nuestros clientes logren una independencia hacia una mejor vida.

Se mostró a través de las páginas, que el Marco Conceptual de Virginia Henderson ha servido para buscar, mantener, promover y desarrollar todo lo que existe en cuanto al significado de los cuidados que debemos brindar a nuestros clientes, que a través del Proceso de Atención Enfermero, hemos ganado que a la Enfermería se le dé la importancia que se requiere para que estudiosos en la materia sigan dando más herramientas para actualizarnos día a día, para reinventar los cuidados así como la vida misma, unos cuidados que devuelvan al hombre su vida y su independencia, que encuentre el sentido a su vida para tener una mejor calidad de vida.

Es necesario que se vea a la Enfermería con un rol diferente al que se le ha visto, es necesario que se dignifique, que supere el pasado sin ser reconocido su trabajo y se abra un presente y un futuro como lo que es: una Profesión que brinda cuidados especializados de calidad, alcanzando su propia identidad.

VII. BIBLIOGRAFIA

- 1.- Diccionario Médico Mosby. ed. 1995, Edit. Océano, España.
- 2.- BRAVO, P. Federico, Nociones de Historia de la Enfermería, Edit. Printed, México, 6ª ed., 1978.
- 3.- KEROVAC, S. S., El pensamiento Enfermero, Ed. Máson, España. 1996.
- 4.- DURAN de Villalobos María Mercedes, Desarrollo Teórico e Investigación en Enfermería. Facultad de Enfermería, Universidad de Colombia. 1ª ed. 1998.
- 5.- WESLEY, L. Ruby; Teorías y Modelos de Enfermería, Edit. Interamericana, 2ª ed. 1997, México D.F.
- 6.- COLLIER, Enfermería Fundamental: conceptos, Proceso y Práctica, Edit. Interamericana, 4ª ed. México.
- 7.- YURA, H, WALSH , M. B.; El proceso de enfermería, versión en español de Montuenga, Edit. Alambra, 1ª ed. 1984.
- 8.- KOZIER, Barbará; Enfermería fundamental: Conceptos, Procesos y Prácticas, Ed. Interamericana. 4ª ed. México. 1993.
- 9.- CARPENITO, I. Juall; Diagnósticos de Enfermería aplicada a la Práctica clínica, Edit. Interamericana, 9ª ed. 2003. España.
- 10.- ALFARO, L. Rosalinda; Aplicación del Proceso Enfermero, Edit. Masson Doyama, 5ª ed. México.
- 11.- MARRINER, T. Ann; Modelos y Teorías en Enfermería, Edit. Harcourt, 3ª ed. Barcelona. 1993.
- 12.- GARCÍA, Ma. De Jesús; El proceso de la enfermería y el modelo de Virginia Henderson, Edit. Progreso, 2ª ed. 2004, México D.F.
- 13- FERNANDEZ, F. Carmen; el Proceso de Atención de Enfermería. Estudio de Caso, Ediciones Científicas y Técnicas, España 1993.

- 14.-** MYERS, David; Psicología. Edit. Panamericana, 1ª reimpresión 1995, Barcelona.
- 15.-** LEMKAU, Paul; Higiene Mental, Edit. Fondo de Cultura Económica, 8ª reimpresión 1979, México.
- 16.-** LOPEZ, Jabonero; Formación de adultos, Edit. Síntesis, España, 1999.
- 17.-** BUCAY, Jorge; El camino de las lágrimas, Edit. Océano, México, 5ª reimpresión, 2003.
- 18.-** TELLES, Sara; Antología: desarrollo Humano y Liderazgo en Enfermería, SUA ENEO, UNAM.