



INSTITUTO MARILLAC I.A.P
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
INCORPORADA A LA UNAM

DETERIORO DE LA ELIMINACIÓN URINARIA R/C INFECCIÓN DEL TRACTO
URINARIO M/P DISURIA

BASADO EN LA TEORÍA DE VIRGINIA HENDERSON.

TESINA

QUE PARA OBTENER EL GRADO ACADÉMICO DE
LICENCIADO EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

PRESENTA:

RAMÍREZ SALGADO IVONNE LUCERO

ASESORA:

LIC. JOVITA GENARA ARIAS CALLA

CIUDAD DE MÉXICO, MARZO 2017



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

SOR. MARÍA ELENA QUIÑONEZ MUÑOZ

DIRECTORA GENERAL
INSTITUTO MARILLAC I.A.P.

LIC. MARÍA CRUZ SOTELO BADILLO

DIRECTORA TÉCNICA DE LA
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA
Y OBSTETRICIA INSTITUTO MARILLAC I.A.P.

LIC. JOVITA GENARA ARIAS CALLA

ASESOR

LIC.DELIA ESPINOSA RIOJA

PROFESORA
DEL INSTITUTO MARILLAC I.A.P

ÍNDICE

I. INTRODUCCIÓN

II. JUSTIFICACIÓN

III. OBJETIVOS

General

Particular

I. MARCO CONCEPTUAL

1.1. Marco Disciplinar de Enfermería

1.1.1. Modelo conceptual de Virginia Henderson

1.1.2. Proceso de Atención de Enfermería

1.1.3. Plan de cuidados Estandarizados de Enfermería

1.1.4. Aparato o sistema afectado

1.1.4.1. Anatomía

1.1.4.2. Fisiología

1.1.5. Patología

1.1.5.1. Definición

1.1.5.2. Etiología

1.1.5.3. Fisiopatología

1.1.5.4. Signos y síntomas

1.1.5.5. Cambios estructurales

1.1.5.6. Complicaciones

1.1.5.7. Limitaciones

II APLICACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

- 2.1. Presentación del caso
- 2.2. Valoración de enfermería
- 2.3. Diagnósticos de enfermería (red de razonamiento)
- 2.4. Intervenciones de Enfermería
- 2.5. Plan de alta

III CONCLUSIÓN

IV BIBLIOGRAFÍA GENERAL

V GLOSARIO

VI ANEXOS

AGRADECIMIENTOS

Doy gracias a dios por darme la vida, unos padres y hermanos, por guiarme y darme la oportunidad de cumplir con mis metas.

A mis padres José Luis Ramírez Barrón y Martha Leticia Salgado Jiménez quienes me han guiado a lo largo de mi vida para ser lo que hasta ahora soy, quienes sin escatimar esfuerzo han sacrificado gran parte de su vida, sin su ayuda no lo hubiese logrado gracias por darme la fuerza y la valentía y por el apoyo incondicional que me han brindado en este camino.

A mis hermanos y familiares por guiarme y alentarme ante los obstáculos que se me presentan.

Al Instituto Marillac por abrirme las puertas para poder realizar mi carrera, durante este tiempo fue mi casa de estudio de la cual me siento muy orgullosa.

A mi asesora la Licenciada Jovita Genara Arias Calla por darme la oportunidad de recurrir a su capacidad y conocimientos me oriento y me apoyo quien sin su ayuda no hubiese sido posible realizar este proceso.

A mis profesores que durante la carrera me transmitieron sus conocimientos y me formaron profesionalmente.

i. INTRODUCCIÓN

El Proceso de Enfermería se define como “El sistema de la práctica de enfermería, en el sentido de que proporciona el mecanismo por el cual el profesional de enfermería utiliza sus opiniones y conocimientos para tratar la respuesta del cliente a los problemas reales o potenciales de la salud,” es por esto que el Proceso de Enfermería se convierte en uno de los más importantes sustentos metodológicos de la disciplina profesional de enfermería, fundamentado en el método científico, ya que a partir del contexto, datos y experiencias se valora una situación de salud, se plantea una problemática que se diagnostica, se realiza una revisión del tema basado en la evidencia científica, se formula una meta que se asemeja a la hipótesis, se realiza una planeación y ejecución de acciones y toma de decisiones, se analizan y evalúan los resultados y finalmente se registran. Igualmente, se obtienen datos a través de la observación y la valoración de manera sistemática, se organizan de forma lógica y congruente para analizar la información relevante y se contrastan con la ciencia, planteando un problema y/o necesidad de cuidado, realizando un diagnóstico de enfermería basado en una taxonomía básica creada y validada por enfermeras para guiar las intervenciones de cuidado de enfermería, se fundamentan y definen los cuidados a partir de la taxonomía aceptada por la comunidad científica de enfermería, con el fin de lograr un objetivo con el sujeto de cuidado que posteriormente se evalúa en relación con el cumplimiento de las intervenciones y el alcance de las metas propuestas.

Por consiguiente, el Proceso de Enfermería se caracteriza por ser sistemático, debido a que se realiza secuencialmente, de una forma cíclica, periódica, organizada y controlada, porque parte de un inicio que es la obtención de información por medio de la valoración, luego pasa por las etapas diagnóstica, de planeación y de ejecución y termina siempre con la evaluación. También es un proceso dinámico, puesto que las necesidades de cuidado de las personas son cambiantes, mejoran, empeoran, aumentan, disminuyen, dependiendo del contexto, de la situación de salud-enfermedad, del tipo de necesidad, lo que lleva a que se construyan varios procesos de enfermería para un mismo sujeto. ¹

¹Regina G, N. C. (Diciembre de 2010). EL PROCESO DE ENFERMERÍA: INSTRUMENTO PARA EL CUIDADO. *Umbral Científico* (núm. 17), pág., 18. Obtenido de <http://www.redalyc.org/pdf/304/30421294003.pdf>

Por ende, es oportuno, ya que se utiliza en un período de tiempo específico, con un plan de cuidados para cubrir unas necesidades puntuales, que al evaluarse puede modificarse o continuarse según la evolución del sujeto de cuidado.

De esta forma, para concebir y aplicar el Proceso de Enfermería, se hacen necesarios unos requerimientos previos del profesional de enfermería como lo son los conocimientos, las habilidades y la crítica, el primero de ellos hace referencia a las bases teóricas de la enfermería que cuenta con filosofías, teorías, modelos conceptuales, investigaciones científicas propias de la profesión, pero también tiene algunas bases conceptuales de otras áreas del conocimiento, principalmente de las ciencias básicas, especialmente de la morfo-fisio-patología, la psicología y las ciencias sociales.

Las habilidades, que se crean y fortalecen en el proceso formativo de la disciplina profesional tanto en términos científicos como procedimentales, conductuales y actitudinales y, finalmente, la crítica entendida como las consideraciones a partir de la revisión, interiorización y aplicación de los contenidos de las ciencias en general y de la experiencia con una postura lógica, coherente y constructiva.

El presente proceso de atención de enfermería está basado en un paciente femenino de 27 años de edad, acude al servicio de consulta externa del Hospital General de México la cual es diagnosticada con la patología de Pielonefritis aguda, en dicho proceso se podrán observar las necesidades alteradas de acuerdo a la valoración de Virginia Henderson, así como los diagnósticos e intervenciones realizadas para poder ayudar a mejorar la salud y corregir dichas necesidades. ²

² Regina G, N. C. (Diciembre de 2010). EL PROCESO DE ENFERMERÍA: INSTRUMENTO PARA EL CUIDADO. *Umbral Científico* (núm. 17), pág., 19 - 22. Obtenido de <http://www.redalyc.org/pdf/304/30421294003.pdf>

ii. JUSTIFICACIÓN

El 70% de mujeres con síntomas de infección urinaria (Cistitis o Pielonefritis) presentan bacteriuria sintomática. En condiciones normales la frecuencia de bacteriuria asintomática se incrementa con la edad; se estima en 7% a los 60 años y 17% después de los 75 años.

La infección de vías urinarias agudas no complicadas incluye episodios de Cistitis aguda o Pielonefritis aguda en pacientes no gestantes y que por lo demás son saludables.

Son de las infecciones bacterianas más frecuentes en los adultos, se considera que del 40% al 60% de mujeres por lo menos tendrán un episodio de infección del tracto urinario una vez en su vida, y 3-5% de todas las mujeres tendrán múltiples recurrencias.

Cuando la infección se limita a las vías urinarias bajas y se presenta disuria, polaquiuria urgencia y tenesmo vesical se denomina cistitis. Cuando afecta las vías urinarias altas se denomina Pielonefritis aguda que se define como la infección del parénquima renal y del sistema pielocalicial, con significativa bacteriuria y que se manifiesta por fiebre y dolor en la fosa renal.

Las infecciones de vías urinarias son más frecuentes en la mujer que en el hombre y su recurrencia es mayor, por la menor longitud de la uretra femenina y su proximidad con el ano y la vagina.

La mayor parte de las infecciones no se complica, su diagnóstico no requiere estudios sofisticados o costosos, el pronóstico con el tratamiento adecuado, es bueno y las pacientes pueden ser tratadas en forma ambulatoria.³

3

CENETEC. (2009). Diagnóstico y Tratamiento de la Infección Aguda, no Complicada del Tracto Urinario en la Mujer. *Guía de Práctica Clínica*, pág., 7. Obtenido de [http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/077_GPC_InfAgnocompdeltracto urinariomujer/tractourinario_de_la_mujer.pdf](http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/077_GPC_InfAgnocompdeltracto%20urinariomujer/tractourinario_de_la_mujer.pdf)

La Pielonefritis aguda no complicada es definida por la Sociedad de Enfermedades Infecciosas de América como la inflamación del parénquima y el sistema colector secundario a proceso infeccioso, que se corrobora con un urocultivo con al menos 10,000 unidades formadoras de colonias por mm³ y síntomas compatibles con el diagnóstico.

La Pielonefritis se clasifica como no complicada cuando la infección es causada con un patógeno típico en personas inmunocompetentes con anatomía y función renal normal. En cambio, se habla de Pielonefritis complicada si existen factores que incrementan la susceptibilidad o disminuyen la respuesta a la infección en la Pielonefritis complicada, como anomalías anatómicas litiasis renal, ureteral o en personas con catéteres de nefrostomía, inmunocomprometidos o mujeres embarazadas.⁴

La Pielonefritis aguda, proceso infeccioso que afecta el parénquima renal, produce daño permanente en el 20-40% de los pacientes. El daño renal puede tener consecuencias graves, como insuficiencia renal crónica, hipertensión arterial y complicaciones del embarazo. Por tal razón, es fundamental identificar el grupo de pacientes con riesgo de desarrollar daño renal. Su fisiopatología no está aun totalmente aclarada, por lo que su prevención es difícil.

Los factores implicados en el desarrollo de daño renal son: la obstrucción de la vía urinaria, la edad, el número de episodios de Pielonefritis, la demora terapéutica, la virulencia bacteriana y la susceptibilidad individual.

El principal objetivo en el manejo de los pacientes con Pielonefritis, independientemente de la edad, es el diagnóstico y el tratamiento precoces para evitar el daño renal. En todos los pacientes con daño renal es fundamental preservar la función renal: evitar la recurrencia de infecciones, controlar periódicamente la tensión arterial y determinar la presencia de proteinuria para derivar oportunamente el caso al especialista⁵

⁴ CENETEC. (2014). Diagnóstico y Tratamiento de la pielonefritis Aguda no complicada en el adulto. *GUIA DE PRÁCTICA CLÍNICA*, pág., 4 . Obtenido de http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/451_GPC_Pielonefritis_aguda/GRR_Pielonefritis_aguda.pdf.

⁵ Alcocher Laura, T. M. (2016 de Noviembre de 2016). Scielo. Obtenido de http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0325-00752007000300006.

iii. OBJETIVOS

General:

Realizar el Proceso de Atención de Enfermería de acuerdo a las necesidades que se encuentren alteradas en la paciente, utilizando el modelo de valoración de Virginia Henderson para actuar, cubrir, resolver y prevenir los problemas de salud reales o potenciales.

Específicos:

- ◆ Identificar las principales necesidades y problemas reales y potenciales del paciente con Pielonefritis aguda.
- ◆ Proporcionar atención integral y humanística.
- ◆ Establecer planes de cuidados de acuerdo a las necesidades que se encuentren alteradas.
- ◆ Contribuir a la recuperación total o parcial de la paciente, para facilitar su integración a su entorno sociocultural.
- ◆ Proporcionar los cuidados necesarios para brindar una atención de calidad.
- ◆ Proporcionar un plan de alta que contribuya a su recuperación.

I. MARCO CONCEPTUAL

Enfermería

En el marco de este desarrollo conceptual, se asume Enfermería como el ejercicio de un arte y de una disciplina. Arte porque requiere de la sutileza para comprender al otro holísticamente, a partir de su trayectoria socio-antropológica, biológica, psicológica y espiritual; es decir, demuestra un interés particular por reconocer la individualidad del sujeto de cuidado. Es disciplina porque como se ha planteado, tiene un conocimiento propio, un desarrollo histórico y un ejercicio profesional definido.

El Ser de Enfermería, queda claro que es el Cuidado, es la esencia y el sentido de la disciplina; alrededor de él gira, tanto el desarrollo conceptual como el ejercicio profesional, la investigación y la formación del recurso humano.

El Quehacer de Enfermería se refiere al desarrollo de acciones contempladas en el ejercicio disciplinar; por lo tanto, este concepto implica que la intervención de Enfermería abarca la participación en la definición de políticas públicas referidas a salud, la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el tratamiento oportuno y la rehabilitación del sujeto de cuidado.

Enfermera

La enfermera es la profesional responsable de la atención de enfermería que promueve y conserva la salud de individuos, familias y comunidades en una amplia variedad de entornos. La enfermera colabora en las funciones de liderazgo dentro de un sistema cambiante de atención de la salud. La enfermera se socializa en una imagen profesional al incrementar la conciencia que tienen de sí misma y al fomentar el respeto hacia sus capacidades como enfermera al apreciar y reconocer la necesidad de la educación continua y al incrementar los elementos cognoscitivos e interpersonales del yo profesional en los papeles de la enfermería.⁶

⁶ Victoria eugenia cabal E, M. G. (2011). Enfermería como disciplina . *Universidad el Bosque* , 1-9 .

CUIDADO DE ENFERMERÍA

El cuidado es parte fundamental de la práctica y del conocimiento de la disciplina profesional de enfermería; este da sentido a la estructura de totalidad de los humanos y es un elemento unificador de todas sus dimensiones y expresiones.

La literatura presenta el cuidado de enfermería de diferentes formas que, en conjunto, incluyen sus manifestaciones como rasgo humano, imperativo moral, interacción de afecto, intervención terapéutica e interacción personal. Sin embargo, a pesar de que el cuidado ha sido reconocido como parte esencial de la enfermería desde sus comienzos, este concepto tiene un desarrollo parcial.

Cuidar se reconoce como una forma de diálogo que implica ir más allá de la observación y ver más allá de la reflexión, dentro de un nivel de conciencia que trasciende la situación presente. El cuidado es una forma de ser, que trasciende la respuesta emocional o actitudinal. Cuidar implica modelar, comunicar, confirmar y practicar; involucra una forma de relación y crecimiento mutuo. Requiere además sentimientos y habilidades de conexión, participación y conocimiento. Es la búsqueda de reciprocidad que exige atributos como la paciencia, la honestidad, la confianza, la humildad, la esperanza y el valor.

La enfermería vista como cuidado considera que esta relación involucra a dos sujetos que son iguales en cuanto seres humanos y que estos pueden crecer en su capacidad para cuidar a través de la vida. El cuidar, desde esta perspectiva, exige una presencia intencional y auténtica y debe permitir un crecimiento mutuo. El cuidado es un camino para estar en el mundo. El cuidado involucra valores, deseos y compromiso, así como el hecho de redimensionar sus acciones y consecuencias; apunta, además, a proteger y a ampliar la condición humana en medio de la libertad de pensamiento y voluntad.⁷

⁷ Narda, L. B. (15 de Diciembre de 2015). Percepción del cuidado de enfermería. *Bioética*, 106. Obtenido de <http://www.scielo.org.co/pdf/rlb/v16n1/v16n1a07.pdf>.

El valor del cuidado es un punto de apertura, una actitud que puede ser deseada y que se manifiesta en actos concretos; es una interacción de carácter transpersonal, única y deliberada, que se da en un contexto cultural, con un fin determinado y que reafirma la dignidad humana.

Este cuidado exige tratar al sujeto como persona, con preocupación y empatía, con condiciones particulares de quien es enfermero(a) para comunicarse de manera adecuada e ir más allá de lo esperado; para confiar, respetar, comprometerse y poder tener reciprocidad. Cuando el cuidado se expresa en la actividad profesional, se tiene una mejor forma de compromiso con los pacientes que permite compartir los significados de la experiencia de salud, enfermedad, sufrimiento o muerte.

El cuidado implica crear un ambiente amoroso que favorece el desempeño; es un sentimiento de dedicación al otro y auto actualización de manera permanente. Visto así, se relaciona con la presencia emocional y mental que involucra las experiencias de los pacientes y el sentimiento de protección frente a ellos. Cuidar al relacionarse con el afecto exige estar con, el hacer por, permitir y mantener confianza.

El cuidado de enfermería es un proceso dinámico y comprensivo que debe tener en cuenta a la persona, a sus familiares y a la comunidad; el proceso interpersonal es esencial porque es allí donde se evidencia que el cuidado involucra seres humanos y busca comprenderlos desde una perspectiva personal e intenta darle significado a esta. El proceso interactivo en momentos de vulnerabilidad compartida desde cada perspectiva del profesional de enfermería y del paciente debe involucrar metas dentro de las cuales está la satisfacción con el cuidado. Incluso la competencia técnica convendría siempre analizarla desde la mirada de los sujetos que intervienen en dicho proceso: paciente y enfermera.

En este sentido, el cuidado no solo requiere que la enfermera sea científica, académica y clínica, sino también un agente humanitario y moral, como participe en las transacciones humanas.⁸

⁸ Narda, L. B. (15 de Diciembre de 2015). Percepción del cuidado de enfermería. *Bioética*, 106-107. Obtenido de <http://www.scielo.org.co/pdf/rlb/v16n1/v16n1a07.pdf>.

HISTORIA DE LA ENFERMERÍA EN MÉXICO.

En el México precortesiano las culturas mesoamericanas eran politeístas, existiendo dioses mayores y menores. El Dios más importante era Quetzalcóatl o serpiente emplumada, el Dios de la guerra era Huitzilopochtli y Tláloc el de la lluvia. Una de las culturas que vivían en México eran los aztecas, quienes sostenían la visión única de que la estructura y la función del cuerpo humano replicaban la estructura y organización del universo. Los acontecimientos astronómicos podían afectar las funciones corporales, y a la inversa, el comportamiento humano podía afectar el equilibrio y la estabilidad del universo.

La religión azteca era única por su combinación de una compleja religión de Estado con el shamanismo. Según las prácticas shamanistas todos los fenómenos del medio son animados, el alma puede separarse del cuerpo durante la vida, y puede perderse o alejarse durante el sueño. Un shamán en estado de éxtasis puede proyectar su alma o la experiencia de un estado alterado de la conciencia como parte de la iniciación de un shamán en su actividad. Tiene la adquisición de un poder sobrenatural o medicinal de una fuente externa.

Los shamanes eran los agentes elegidos para curar las clases de enfermedades causadas por desequilibrio del universo o por la intrusión de seres de otros niveles cósmicos. El diagnóstico y la cura de estos padecimientos requerían que el curador viajase a esos otros mundos. El viaje al cosmos se lograba por medio del ritual y de la ingestión de psicotrópicos. La curación shamánica sigue teniendo amplia difusión entre grupos nativos de Mesoamérica. Creen también que el poder para curar se adquiere mediante viajes a otros mundos, que se llevan a cabo en estados alterados de la conciencia.

Además, entre los aztecas había reglas que debían cumplir cabalmente para poder tener salud, la que dependía de su virtud; existía una dualidad entre el bien y el mal. Por lo que la enfermedad era el resultado de un mal vivir, o sea, por no cumplir las reglas, entonces los dioses castigaban al ser humano, por lo que el enfoque salud – enfermedad era místico.⁹

La salud y la felicidad eran resultado del equilibrio de la dieta y de la moderación en el comportamiento.

⁹ Cuevas Leticia, G. D. (Febrero de 2012). Breve Historia de la Enfermería en México. *Cuid Arte "El arte del Cuidado"*, 1(1), pág., 74. Obtenido de http://www.iztacala.unam.mx/cuidarte/basics/primernumero_pdfs/9LaEnfermeriaEnMexico_FEB12.pdf

La mayor parte de los autores coinciden en que los tumores cancerosos eran poco frecuentes en la población del centro de México. Hay claras evidencias de algunas patologías que dejan huella en los huesos. Eran comunes las fracturas, a juzgar por las señales de reparación y alineamiento que suelen encontrarse en los restos esqueléticos, que en ocasiones están acompañadas por indicios de osteomielitis, periostitis y artritis piógena.

También era común el reumatismo en todas sus variedades y lo padecían casi todos los individuos mayores de 35 años, cuyos esqueletos muestran muchas veces deformaciones reumáticas de la columna vertebral. Había dos vertientes en el modelo de atención a la salud: el preventivo y el curativo. El modelo preventivo se aplicaba en obras de sanidad que favorecían para que no se presentaran enfermedades y era practicado de manera empírica.

En el modelo curativo encontramos que, en los tiempos de Moctezuma se contaba con un hospital, el de Tuihuacan en Tenochtitlan, en donde se atendían a los veteranos de guerra inválidos, ahí se realizaba el traslado y cuidado inmediato de los heridos en combate entendido esto como la práctica de una enfermería militar. La curación de los heridos de guerra era realizada por enfermeros varones.

Además, en el México precortesiano, ticitl “era el hombre o la mujer que se dedicaba a la atención de los enfermos”. El aprendizaje de esta práctica se realizaba a lado de otra u otro ticitl, era un trabajo exclusivo de esclavos o sirvientes. La enseñanza de la medicina era impartida por los sacerdotes, la que era llamada Ticiotl. El médico curaba las enfermedades mediante las propiedades de miles de plantas medicinales, las cuales hasta el momento se siguen utilizando.

Tanto mujeres como hombres podían ser enfermeros, médicos o curanderos en el hogar. La mujer se dedicaba a cuidar enfermos por instinto natural, aplicando remedios usados en ese tiempo, dirigidos a sus familiares cuando se enfermaban, procurando alimentarlos y cuidarlos.¹⁰

¹⁰ Cuevas Leticia, G. D. (Febrero de 2012). Breve Historia de la Enfermería en México. *Cuid Arte "El arte del Cuidado"*, 1(1), pág., 74 -75. Obtenido de http://www.iztacala.unam.mx/cuidarte/basics/primernumero_pdfs/9LaEnfermeriaEnMexico_FEB12.pdf

Entre los aztecas, la principal figura fue la partera, que se ocupaba de atender a la madre desde que se consideraba embarazada; y luego, daba atención a la madre y al producto durante el parto y los primeros meses del niño; estas mujeres tenían el nombre de tlamatquiticitl (significa partera).¹¹

La mujer era primordialmente partera, era entrenada por su abuela o madre, quien hubiera ejercido el oficio. Las parteras utilizaban hierbas para acelerar el trabajo de parto y la dilatación del cuello uterino; al iniciar el parto bañaban a la embarazada, realizaban rotación interna del feto cuando la presentación era inadecuada, o efectuaban embriotomías cuando el producto estaba muerto.

La enfermera administraba brebajes, ponía lavados intestinales, curaba dando fricciones, colocaba férulas, vigilaba los temaxcalli (baños de vapor para que sudando se alejaran los malos humores). Entre las diosas de la medicina estuvo Cihuacóatl, que según los mexicanos fue la primera mujer que parió. Pero, en todo caso, la diosa Xochiquétzal fue la propicia para las embarazadas. La diosa Centéotl o diosa de la tierra, lo era también de la medicina.

Había también mujeres que daban yerbas para provocar abortos “tenían grandes conocimientos de los vegetales, sabían sangrar, sobaban, reducían las luxaciones y fracturas, sajaban y curaban las llagas, la gota, y en las oftalmias cortaban las carnosidades”.

A la enfermedad en general le llamaban cocolli, y cuando afectaba a varias personas simultánea o sucesivamente, cocoliztli. Antes de la conquista, las mujeres aztecas embarazadas evitaban salir de noche para no llegar a ver un eclipse de luna. Se pensaba que el eclipse se debía a que la Luna estaba mordida, y el bebé nacido de una mujer que había visto una Luna mordida podía tener, por magia, labio leporino, es decir, una mordida en la boca.

¹¹ Cuevas Leticia, G. D. (Febrero de 2012). Breve Historia de la Enfermería en México. *Cuid Arte "El arte del Cuidado"*, 1(1), pág., 75 -76. Obtenido de http://www.iztacala.unam.mx/cuidarte/basics/primernumero_pdfs/9LaEnfermeriaEnMexico_FEB12.pdf

En el momento en el que se da el encuentro de dos mundos vemos que se inicia en México una nueva etapa histórica, y con esto una nueva manera de practicar la enfermería.

En la época colonial por el distinto bagaje inmunológico de americanos y españoles, se iniciaron una serie de epidemias desastrosas para la población indígena, como viruela, sarampión, gripe y paludismo. Con los esclavos negros vino la fiebre amarilla y el dengue.

Con los conquistadores vino una matrona, Isabel Rodríguez, quien asistió a los heridos de Zempoala y Cholula. (Cuevas Leticia, 2012)

Las autoridades de la Colonia se habían dado cuenta que la atención a los enfermos dejaba mucho que desear, por tal motivo encargaron al Protomedicato que buscara el remedio. En 1524, se fundó el entonces llamado “Hospital de la Inmaculada Concepción”, hoy “Hospital de Jesús” ubicado en la primera calle de Belisario Domínguez.

El Protomedicato era un cuerpo formado por un grupo de médicos por orden de los conquistadores, que estaba integrado por los primeros médicos a los que se había autorizado para ejercer la medicina, y posteriormente lo formaban los médicos más antiguos, los más sabios y los más competentes. Era la máxima autoridad en lo referente a Medicina, Enfermería y Salud Pública.

Isabel de Cendala es considerada la primera enfermera sanitaria de Iberoamérica, debido a que, en 1804, Carlos IV envió al doctor Balmis con 50 niños para tomar vacuna e inocularla de brazo en brazo contra la viruela; los niños iban al cuidado de Isabel de Cendala.

Fueron diversas las órdenes religiosas que prestaron atención a los enfermos. Había también enfermeras que hacían las primeras curaciones en hospitales y cárceles; solteras o viudas honestas de edad madura, y ganaban \$50.00 (cincuenta pesos) al año. Su ocupación era tan humilde que no se les pedía licencia ni examen previo para ejercer. El Colegio de San Pablo de los Agustinos sirvió de hospital en el combate de Padierna y el herido encontró curación, techo y palabras de aliento de parte de Sor Micaela Ayanz.¹²

¹² Cuevas Leticia, G. D. (Febrero de 2012). Breve Historia de la Enfermería en México. Cuid Arte "El arte del Cuidado", 1(1), pág., 76 -78. Obtenido de http://www.iztacala.unam.mx/cuidarte/basics/primernumero_pdfs/9LaEnfermeriaEnMexico_FEB12.pdf

Ella formaba parte de las tres Hermanas de la Caridad y atendieron a sus enfermos en el Hospital de San Pablo, hoy conocido como Hospital Juárez.

Por fin, en 1854, la escuela se establece en el edificio que fue el de la Santa Inquisición de la Nueva España y ahí está hasta la fecha. En el seno mismo de la Facultad de Medicina, existió la Escuela de Enfermería y Obstetricia, desde los últimos lustros del siglo XIX, pero organizada en toda forma a principios del siglo XX.

El doctor Eduardo Liceaga, siendo Director de los Servicios Médicos del Hospicio, Maternidad y Consultorio en 1900, le solicitó al Presidente Díaz, autorización para establecer una Escuela de Enfermería en México. La Escuela fue inaugurada el 9 de febrero de 1907, gracias a los esfuerzos del doctor Fernando López.

Aunque en el Hospital General ya se habían impartido cursos de preparación para las enfermeras, en 1907 se creó el reglamento respectivo, en el cual se mencionó que la carrera se cursaría en tres años, distribuidos de la manera siguiente:

- ◆ Primer año. Llevarían Anatomía, Fisiología y Curaciones.
- ◆ Segundo año. Llevarían Higiene y Curaciones en General.
- ◆ Tercer año. Llevarían Pequeña farmacia, Curaciones, Cuidados de los niños, parturientas y enajenados.

Por lo que en ese entonces se inició en el Hospital General, la formación de enfermeras de carrera en México. El doctor Liceaga hizo la invitación a través de la prensa a las mujeres que cumplieran con los requisitos que se mencionan a continuación:

- ◆ Haber cursado la escuela primaria
- ◆ Tener buena salud
- ◆ Tener alrededor de 20 años de edad
- ◆ Constancia de buena conducta ¹³

¹³ Cuevas Leticia, G. D. (Febrero de 2012). Breve Historia de la Enfermería en México. *Cuid Arte "El arte del Cuidado"*, 1(1), pág., 78. Obtenido de http://www.iztacala.unam.mx/cuidarte/basics/primernumero_pdfs/9LaEnfermeriaEnMexico_FEB12.pdf.

En su discurso el doctor Liceaga dijo que: La asistencia de los enfermos iba a confiarse a personas del sexo femenino, a quienes se había estado dando desde hacía ya dos años, instrucción y educación apropiadas al objeto a que se les destinaba.

La Escuela de Enfermeras podía considerarse, no sólo como un beneficio para los pobres quienes iban a buscar su curación al hospital; sino también como un poderoso factor de la difusión de conocimientos útiles a la mujer; que encontraría en esta carrera, un medio honesto y lucrativo para bastarse a sí misma en la lucha por la existencia.

El plantel fue creado únicamente para proveer al nuevo hospital, de enfermeras instruidas y convenientemente educadas; pero la verdadera escuela de enfermeras debió comenzar cuando hubo un hospital, que reunía todas las condiciones para la enseñanza.

A fines del siglo XIX el sueldo que recibían las enfermeras era de \$8.25 mensual. Una remuneración muy limitada, comparándola con el sueldo del doctor Liceaga que era de \$166.66 mensuales como director de la escuela.

Cubrían jornadas de trabajo, de las siete a las veinte horas del día, y en la noche, de las veinte a las siete horas del día siguiente; 13 y 11 horas de trabajo respectivamente.

Las calificaciones que se les asignaban eran: Mal, Mediana, Muy Bien y Superior; requiriéndose por lo menos tres medianas para ser aprobadas. Las alumnas reprobadas en dos cursos consecutivos, repetían el curso y perdían su empleo. A las que terminaban con éxito el tercer año de estudios, se les daba un Diploma por parte de la Dirección General de Beneficencia Pública, que acreditaba que habían terminado la carrera. La Dirección de Beneficencia, a propuesta del Hospital, nombraba de entre los médicos del mismo establecimiento a los profesores que dieran clase. Al terminar el año de estudios las alumnas presentaban un examen aplicado por el profesor del curso, estando presentes otros dos profesores, quienes también tomaban parte en la votación final.¹⁴

¹⁴ Cuevas Leticia, G. D. (Febrero de 2012). Breve Historia de la Enfermería en México. *Cuid Arte "El arte del Cuidado"*, 1(1), pág., 78 - 79. Obtenido de http://www.iztacala.unam.mx/cuidarte/basics/primernumero_pdfs/9LaEnfermeriaEnMexico_FEB12.pdf.

Hubo influencia alemana y norteamericana en la preparación de las enfermeras mexicanas por los nexos que el doctor Liceaga tenía. Así, se nombraron Subjefas de la Escuela de Enfermeras a las primeras mexicanas, la señorita Eulalia Ruiz Sandoval y la señorita María Quiroz. En 1910 la educación de enfermeras estaba a cargo de la Escuela Nacional de Medicina, pero con la revolución se produjo desorganización de los hospitales.

En la Revolución Mexicana había mujeres que se introducían en los campos de batalla para dar consuelo a los caídos, una de ellas fue Refugio Estévez Reyes (la Madre Cuca), quien, en cumplimiento de su deber, recibió un balazo en el cuello del lado izquierdo. Toleró el proyectil durante toda su vida en la región carotidea, a nivel de la cuarta vértebra cervical. Este es un ejemplo de vocación, desinterés, sacrificio y amor a la humanidad de la enfermería.

Actualmente, la enfermería es una profesión estudiada principalmente por mujeres, y en el mundo, hay claras diferencias en aspectos laborales entre hombres y mujeres, ya sea en lo referente a salarios, en cuanto a oportunidades, mecanismos de ascenso, de prestaciones o condiciones de trabajo.¹⁵

¹⁵ Cuevas Leticia, G. D. (Febrero de 2012). Breve Historia de la Enfermería en México. *Cuid Arte "El arte del Cuidado"*, 1(1), pág., 79. Obtenido de http://www.iztacala.unam.mx/cuidarte/basics/primernumero_pdfs/9LaEnfermeriaEnMexico_FEB12.pdf

GRANDES CORRIENTES DEL PENSAMIENTO

Una disciplina es un área de investigación y de práctica marcada por una perspectiva única o por una manera distinta de examinar los fenómenos.

Desde hace muchos años las enfermeras han intentado precisar su propia área de investigación y de práctica. Han hecho el esfuerzo de buscar las palabras que describan justamente sus actividades de cuidados al lado de las personas provenientes de diversos lugares. Estas enfermeras llamadas enfermeras teorizadoras han querido delimitar el campo de la disciplina enfermera.

Con el fin de precisar las características de la disciplina enfermera, Fawcett (1984) ha examinado los escritos de varias enfermeras teorizadoras y ha reconocido como Flaskerud y Halloran (1980), que los conceptos, cuidado, persona, salud y entorno están presentes en estos escritos, a menudo de manera explícita y a veces de manera implícita. Desde 1859, estos cuatro conceptos están presentes en los escritos de Nightingale (1969). Es precisamente gracias a la manera particular con la que las enfermeras abordan la relación entre el cuidado, la persona, la salud y el entorno que se clarifica el campo de la disciplina enfermera.

Las grandes corrientes del pensamiento o maneras de ver o comprender el mundo han sido llamadas paradigmas, principalmente por el filósofo Jun (1970) y el físico Capra (1982). Estos pensadores han precisado los paradigmas dominantes del mundo occidental, o paradigmas que han influenciado todas las disciplinas.

En el área de la ciencia enfermera los autores han propuesto una terminología específica de estos paradigmas teniendo en cuenta su influencia sobre las concepciones de la disciplina. Las denominaciones utilizadas aquí están inspiradas en los trabajos de Newman, Sime y Corcoran-Perry (1991). Se trata de los paradigmas de la categorización, de la integración y de la transformación.¹⁶

¹⁶ De la fuente, B. B. (2004). *Teorías y Modelos de Enfermería*. Barcelona: Masson. pàg., 149 – 150.

Paradigma de la categorización

Según el paradigma de la categorización, los fenómenos son divisibles en categorías, clases 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.

El paradigma de categorización ha inspirado particularmente dos orientaciones en la profesión enfermera, una orientación centrada en la salud pública que se interesa tanto en la persona como en la enfermedad y, más tarde, una orientación centrada en la enfermedad y estrechamente unida a la práctica médica.

Orientación hacia la salud pública

Los escritos referidos a la orientación hacia la salud pública se sitúan en el alba de la sociedad moderna occidental, desde el siglo XVIII al XIX. La necesidad de mejorar la salubridad y de controlar las enfermedades infecciosas en los medios clínicos y comunitarios caracteriza esta orientación. Recordemos que, a mitad del siglo XIX, la mayoría de la población no sabe nada acerca de infecciones bacteriológicas y sobre los modos de propagación de la enfermedad, e ignora las precauciones más elementales.

Son las innovaciones espirituales y humanitarias las que influyen profundamente los cuidados enfermeros de la época. En efecto, el cuidado que se dedica a la envoltura corporal tiene por fin mantener el cuidado del alma (Colliere, 1986).

Ahora bien, Florence Nightingale, gracias a su educación, su experiencia en cuidados enfermeros y su personalidad, se revela como la única persona calificada y dispuesta a enfrentarse con el desafío de organizar los cuidados enfermeros, en los hospitales militares ingleses durante la guerra de Crimea (Dolan, Fitzpatrick y Herrmann, 1983). Acompañada de cuarenta enfermeras laicas y religiosas, Florence Nightingale intenta dar a los hospitales las condiciones de higiene más elementales. Instruida en matemáticas recopila las estadísticas relacionadas con las mejoras sanitarias y las tasas de mortalidad.¹⁷

¹⁷ De la fuente, B. B. (2004). *Teorías y Modelos de Enfermería*. Barcelona: Masson. pág., 151 – 152.

En menos de seis meses, las enfermeras se ganan el respeto de los cirujanos militares, opuestos en principio a la presencia de mujeres en el seno de la armada inglesa.

Según Nightingale los cuidados enfermeros están basados no solamente en la compasión, sino también en la observación y en la experiencia, los datos estadísticos, el conocimiento en higiene pública, en nutrición y sobre las competencias administrativas. La preocupación de la enfermera que está a lado de personas enfermas o sanas consiste en proporcionar al paciente el mejor entorno posible para que las fuerzas de la naturaleza permitan la curación o el mantenimiento de la salud. La actividad de la enfermera está dirigida hacia la persona y su entorno con la intención de mantener y recuperar la salud, la prevención de las infecciones y heridas, la enseñanza de los modos de vida sana y el control de las condiciones sanitarias. Los cuidados enfermeros van dirigidos a todos, enfermos y gente sana, independientemente de las diferencias biológicas, clase económica, creencias y enfermedades.

Nightingale considera a la persona según sus componentes, físico, intelectual, emocional y espiritual, así como por su capacidad y responsabilidad para cambiar la situación existente. Este potencial de la persona es asimismo reconocido en la actividad enfermera orientada hacia el cambio del entorno, puesto que tiene por objeto la mejora de las condiciones de vida personal y comunitaria.

Si el aire fresco, la luz, el calor, la limpieza, el agua pura, la tranquilidad y una dieta adecuada permiten a la persona que sufre movilizar sus energías hacia la curación y a la que goza de salud, conservarla, luego estos factores del entorno son válidos tanto para la recuperación de la salud como para la prevención de la enfermedad. Nightingale las ha llamado “leyes de la salud o del cuidado enfermero”.

La salud no es solamente lo opuesto a la enfermedad: este concepto significa igualmente “la voluntad de utilizar bien cada capacidad que tenemos”. El cuidado es a la vez un arte y una ciencia, por lo que requiere una formación formal.¹⁸

¹⁸ De la fuente, B. B. (2004). *Teorías y Modelos de Enfermería*. Barcelona: Masson. pàg., 152 – 154.

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

Orientación hacia la enfermedad se sitúa a finales del siglo XIX en un contexto marcado por la expansión del control de las infecciones, es decir, la mejora de los métodos antisépticos, de asepsia y de las técnicas quirúrgicas (Dolan y Cols, 1983). La erradicación de las enfermedades transmisibles es la prioridad de los años 1900 a 1950.

Aparece igualmente la formulación de diagnósticos médicos basados en la asociación de síntomas observables a partir de fallos biológicos (Allan y Hall, 1988; Dolan y Cols, 1983). Las enfermedades físicas son consideradas como una realidad independientemente 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. El factor causal orienta al tratamiento, y se dejan de lado los demás factores personales o ambientales.

Según esta orientación, el cuidado está enfocado hacia los problemas, los déficits o las incapacidades de la persona. La enfermera delimita las zonas problemáticas que son de su competencia. Su intervención consiste en eliminar los problemas, cubrir los déficits y ayudar a los incapacitados, intervenir significa “hacer para” las personas. La enfermera está muy atareada y ocupada (Meleis, 1991), planifica, organiza, coordina y evalúa las acciones. La persona está “bajo” sus cuidados y la de los otros profesionales de la salud.

Ya que la persona se puede definir como un todo formado por la suma de sus partes, cada parte es reconocible e independiente, empieza y termina con un punto fijo, sin contacto con ninguna otra parte. Según esta perspectiva, la persona depende de las condiciones en que se encuentra y trata de controlarlas para promover su salud y su bienestar. La salud es un equilibrio altamente deseable. La salud es percibida como “positiva” mientras que la enfermedad es percibida como “negativa”.¹⁹

¹⁹ De la fuente, B. B. (2004). *Teorías y Modelos de Enfermería*. Barcelona: Masson. pág., 154 – 155.

En lo que concierne el entorno es un elemento separado de la persona. El entorno es físico, social y cultural, en general es hostil al ser humano. Dado que es percibido negativamente debe ser manipulado y controlado. Una formación más avanzada en los cuidados de enfermería es un medio esencial de controlar la enfermedad (Gorther, 1983).

Paradigma de la integración

El paradigma de la integración prolonga el paradigma de la 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.

Orientación hacia la persona

Según esta orientación, el cuidado va dirigido a mantener la salud de la persona en todas sus dimensiones; salud, física, mental y social. La enfermera evalúa las necesidades de ayuda de la persona teniendo en cuenta sus percepciones y su globalidad. Centra su atención en la situación presente y utiliza los principios de la relación de ayuda (Meleis, 1991). Intervenir significa “actuar con” la persona, a fin de responder a sus necesidades. La enfermera planifica y evalúa sus acciones en función de las necesidades no satisfechas. Se vuelve una consejera experta que ayuda a la apersona a escoger los comportamientos de salud mejor adaptados a un funcionamiento personal e interpersonal más armonioso.

En la medida que la persona es un todo formado por la suma de cada una de sus partes que están, interrelacionadas, los componentes biológicos, psicológicos, sociológicos, culturales y espirituales están relacionados, de ahí la expresión: la persona es un ser bio-psico-socio-cultural-espiritual.

Siempre según esta orientación a la persona, la salud y la enfermedad son dos entidades distintas que coexisten y están en interacción dinámica. La salud es un ideal que se ha de conseguir y está influenciada por el contexto en que la persona vive.²⁰

²⁰ De la fuente, B. B. (2004). *Teorías y Modelos de Enfermería*. Barcelona: Masson. pág., 158 – 159.

Por último, el entorno está constituido por los diversos contextos (histórico, social, político, etc.) en el que la persona vive. Las interacciones entre el entorno y la persona se hacen bajo la forma de estímulos positivos o negativos y de reacciones de adaptación.

La orientación hacia la persona se caracteriza por el reconocimiento de una disciplina enfermera distinta de la disciplina médica. Como los conocimientos evolucionan y las necesidades de salud se vuelven más complejas, la necesidad de una formación básica más progresista se impone.

Paradigma de la transformación

El paradigma de la transformación representa un cambio en la mentalidad sin precedentes. En las condiciones de cambio perpetuo y de desequilibrio la interacción de fenómenos complejos es percibida como el punto de partida de una nueva dinámica aún más compleja. Se trata de un proceso recíproco y simultáneo de interacción.

Según el paradigma de la transformación, un fenómeno es único en el sentido en el que no se puede parecer totalmente a otro. Algunos presentan similitudes, pero ningún otro se le parece totalmente.

El paradigma de la transformación es la base de una apertura de la ciencia enfermera hacia el mundo. Ha inspirado, las nuevas concepciones de la disciplina enfermera (Newman, 1983, Rogers, 1970, Watson, 1985).

En 1978 la conferencia internacional sobre los cuidados de salud primaria destaca la necesidad de proteger y promover la salud de todos los pueblos del mundo. La organización mundial de la salud (OMS), reconoce las relaciones entre la promoción, la protección de salud de los pueblos y el progreso equitativo sobre el plan económico y social. La OMS (1978) propone la puesta en marcha de un sistema de salud basado sobre una filosofía en que “los hombres tienen el derecho y el deber de participar individual y colectivamente en la planificación y realización de las medidas de protección sanitaria que le son destinadas”.²¹

²¹ De la fuente, B. B. (2004). *Teorías y Modelos de Enfermería*. Barcelona: Masson. pág., 161 – 163.

La población se vuelve agente de su propia salud, participando en ella como un compañero con el mismo grado que los profesionales de la salud.

Colliere (1980) resume así la filosofía de los cuidados primarios de la salud: Los cuidados primarios de salud se proponen ser (para la población) un medio de respuesta a sus necesidades de salud más corrientes y más habituales, teniendo en cuenta su manera y sus condiciones de vida, e interesándose directamente en la elaboración, la puesta en marcha de una política de salud apropiada, adaptada a la forma, a la frecuencia y a la manifestación de sus problemas en este campo.

Dentro de esta óptica, la persona es considerada como un ser único cuyas múltiples dimensiones forman una unidad. Este ser entero y único, es indisociable de su universo. La persona está en relación con su entorno o su medio próximo, ya sea exterior o interior a ella. La salud está concebida como una experiencia que engloba la unidad ser humano-entorno.

La salud no es un bien que posee, un estado estable o una ausencia de enfermedad. Formando parte de la dinámica de la experiencia humana, la salud se integra en la vida misma del individuo, la familia y los grupos sociales que evolucionan en un entorno particular.

Los cuidados de salud primarios no han estado concebidos únicamente para y por las enfermeras. Sin embargo, esta filosofía acerca de los cuidados enfermeros son los fundamentos de su práctica. Esta filosofía “suscita en cada persona el desarrollo de su potencial y la utilización de los recursos del medio con el fin de mejorar la calidad de vida para todos. Se trata así de un enfoque de promoción de la salud incitando a los individuos, miembros de una comunidad, a comprometerse y a participar con objeto de mejorar su bienestar.

Esta orientación de apertura hacia el mundo influye necesariamente en la naturaleza de los cuidados enfermeros. El cuidado va dirigido al bienestar, tal como la persona lo define. La enfermera y la persona atendida son compañeros en un cuidado individualizado.²²

²² De la fuente, B. B. (2004). *Teorías y Modelos de Enfermería*. Barcelona: Masson. pág., 163 – 165.

En una atmosfera de mutuo respeto; la enfermera crea las posibilidades de desarrollar el potencial de la persona; la enfermera también se beneficia de los lazos auténticos que ha tejido con esta persona para el desarrollo de su propio potencial.

La persona es así un todo indisociable, mayor que la suma de sus partes y diferente a ésta, reconoce la influencia del entorno sobre ella, evoluciona en la búsqueda de una calidad de vida que define según su potencial y sus prioridades.

La salud por su parte, es a la vez un valor y una experiencia vivida según la perspectiva de cada persona.

La experiencia de la enfermedad forma parte de la experiencia de la salud, y la salud va más allá de la enfermedad siendo un aspecto significativo del proceso de cambio de la persona. Finalmente, el entorno, está compuesto por el conjunto del universo del que la persona forma parte. Siendo distinto de la persona, el entorno coexiste con ella.

El entorno evoluciona a un ritmo cuya orientación, amplitud y velocidad están estrechamente unidas a las interacciones pasadas, presentes y futuras entre dicho entorno y el ser humano.

Así frente a la complejidad de las situaciones de salud y a la necesidad de una visión más global, las enfermeras hoy en día y cada vez más emprenden estudios superiores. El avance de los conocimientos de manera creativa en beneficio del ser humano (Rogers, 1992).

La disciplina enfermera ha evolucionado en el contexto de los acontecimientos históricos y movimientos sociales que han sucedido durante estos últimos siglos. Se ha desarrollado al ritmo de las grandes corrientes de pensamientos que han marcado la evolución de los conocimientos. Las concepciones de esta disciplina se han especificado igualmente durante los últimos decenios. La multiplicidad de las situaciones de salud, los cambios complejos en el seno de la familia, la orientación de las opciones éticas hacia un proceso que da prioridad a los valores y la diversidad de los medios clínicos guían siempre la evolución de estas concepciones de los cuidados enfermeros.²³

²³ De la fuente, B. B. (2004). *Teorías y Modelos de Enfermería*. Barcelona: Masson. pág., 165 – 167.

Concepciones de Nightingale

Con el fin de aclarar lo que caracteriza la disciplina enfermera, Fwcett (1984) ha extraído de los escritos de varias enfermeras teorizadoras los conceptos, cuidado, persona, salud y entorno. Sin ser específicos de la disciplina enfermera, estos conceptos forman, ante todo, una estructura de base a partir de la cual el conocimiento enfermero puede evolucionar.

Las concepciones elaboradas para la profesión enfermera permiten precisar la relación entre estos conceptos. Estas concepciones son la forma de concebir el servicio específico que las enfermeras prestan a la sociedad. Cuando una concepción es completa y explícita, se denominan “modelo conceptual” para la profesión enfermera.

Una concepción es completa y explícita cuando la teorizadora ha formulado enunciados para cada uno de los siguientes elementos; los postulados y los valores subyacentes a la disciplina; la meta ideal y delimitada del servicio enfermero; el rol del profesional; la manera de ver al beneficiario del servicio; la fuente de la dificultad del beneficiario; la orientación de las intervenciones enfermeras y las consecuencias esperadas.

Según sus bases filosóficas y científicas, podemos agrupar las concepciones de la disciplina enfermera en seis escuelas, a saber; escuela de las necesidades, de la interacción, de los efectos deseados y de la promoción de la salud, todas orientadas hacia la persona, y las escuelas del ser humano unitario y del caring caracterizadas por una apertura hacia el mundo.

Escuela de las necesidades

Los modelos de la escuela de las necesidades han intentado responder a la pregunta: ¿Qué hacen las enfermeras? Según estos modelos, el cuidado está centrado en la independencia de la persona en la satisfacción de sus necesidades fundamentales (Henderson, 1964) o en su capacidad de llevar a cabo sus autocuidados (Orem, 1991).²⁴

²⁴ De la fuente, B. B. (2004). *Teorías y Modelos de Enfermería*. Barcelona: Masson. pág., 177 – 180.

La enfermera reemplaza a la persona que, durante un tiempo, no puede realizar por sí misma ciertas actividades relacionadas con su salud y ayuda a la persona a recuperar lo antes posible su independencia en la satisfacción de sus necesidades o en la realización de sus autocuidados.

La jerarquía de las necesidades de Maslow y las etapas del desarrollo de Erikson han influenciado esta escuela. Así, la persona es percibida con necesidades jerárquicas, sean las necesidades fisiológicas y de seguridad, sean las necesidades más complejas, tales como la pertenencia y las necesidades de amor y autoestima. Cuando las necesidades de base están satisfechas, surgen otras, de nivel más elevado. Las principales teorizadoras de esta escuela son Virginia Henderson, Dorothea Orem y Faye Abdellah.

Henderson reconoce varias influencias en su modelo conceptual. Algunas provienen de la fisióloga Stackpole y otras del psicólogo Tornadike, de ahí la complementariedad de las dimensiones biofisiológicas y psicosocioculturales. Según esta verosimilitud, se puede ver influenciada de Maslow, ya que Henderson presenta una lista de necesidades fundamentales de la persona.

Según la concepción de Henderson, los cuidados enfermeros consisten en la ayuda proporcionada a las personas enfermas o sanas en la ejecución de las actividades relacionadas con la satisfacción de sus necesidades fundamentales.

Estas personas podrían llevar a cabo estas actividades sin ayuda si tuviesen la fuerza, la voluntad y los conocimientos necesarios. El objetivo de la profesión enfermera es, conservar y restablecer la independencia del cliente de manera que pueda satisfacer por sí mismo sus necesidades fundamentales (Henderson, 1964).

Si la función específica de la enfermera consiste en suplir, en la persona, lo que le falta para ser completa, entera o independiente, los modos de intervención de que dispone la enfermera son los siguientes: reemplazar, completar, sustituir, añadir, reforzar y aumentar la fuerza, la voluntad o el conocimiento de la persona.²⁵

²⁵ De la fuente, B. B. (2004). *Teorías y Modelos de Enfermería*. Barcelona: Masson. pág., 181 – 183.

Autocuidado, según Dorothea Orem

Orem especifica que ningún autor en particular ha influenciado en sus trabajos; sin embargo, menciona que sus interacciones con varias enfermeras teorizadoras han nutrido su pensamiento han sido fuentes de inspiración. Según Orem el autocuidado es una acción adquirida, es decir, que es aprendida por una persona en su contexto sociocultural. La persona inicia una acción de manera voluntaria, deliberadamente, con el objetivo de mantener su vida, su salud y su bienestar o el de las personas bajo su responsabilidad.

Según Orem los cuidados enfermeros representan un servicio especializado que se distingue de los otros servicios de salud ofrecidos porque está centrado sobre las personas que tienen incapacidades para ejercer el autocuidado.

Escuela de la interacción

La escuela de la interacción apareció a finales de los años 50 y principios de los 60. Varios acontecimientos políticos y socioculturales, así como el resurgir económico y cultural en América del norte, han favorecido el desarrollo de esta escuela. La teoría psicoanalista de intimidad y a las relaciones humanas.

Las enfermeras teorizadoras que forman parte de esta escuela se inspiraron en las teorías de la interacción de la fenomenología y del existencialismo. Han intentado responder a la pregunta ¿Cómo hacen las enfermeras lo que están haciendo? Han centrado su interés sobre los procesos de interacción entre la enfermera y la persona.

Según la escuela de la interacción, el cuidado es un proceso interactivo entre una persona que tiene necesidad de ayuda y otra capaz de ofrecerle esta ayuda. Con el fin de poder ayudar a una persona, la enfermera debe clarificar sus propios valores, utilizar su propia manera terapéutica y comprometerse en el autocuidado.²⁶

²⁶ De la fuente, B. B. (2004). *Teorías y Modelos de Enfermería*. Barcelona: Masson. pág., 184 – 187.

Las teorizadoras señalan que la enfermera debe poseer conocimientos sistemáticos con el fin de evaluar las necesidades de ayuda de la persona, formular un diagnóstico de enfermería y planificar una intervención.

Las teorizadoras de esta escuela son Hildegard Peplau, Josephine Paterson y Loretta Zderas, Ida Orlando, Jovce Travelbbee, Ernestine Wiedenbach e Imogene King (Meléis, 1991).

Escuela de los efectos deseables.

Según Meléis (1991), la escuela de los efectos deseables en la persona quiere responder a la pregunta ¿Por qué las enfermeras hacen lo que ellas hacen? Sin ignorar el “que” y el “como”, este grupo de teorizadoras han intentado conceptualizar los resultados o los efectos deseables de los cuidados enfermeros. Consideran que el objetivo de los cuidados enfermeros consiste en restablecer un equilibrio, una estabilidad, una homeostasia o en preservar la energía.

La escuela de los efectos deseables propone objetivos amplios y ambiciosos para los cuidados enfermeros destinados a la persona que es vista como un sistema.

Las enfermeras teorizadoras de esta escuela son Dorothy Johnson, Lydia Hall, Myra Levine, Callista Roy y Betty Neuman.

Escuela de la promoción de la salud.

La escuela de la promoción de la salud responde de nuevo a la pregunta ¿Qué hacen las enfermeras? A pesar de estar centrada sobre el “que” de los cuidados enfermeros, la promoción de comportamientos de salud, esta escuela se interesa en cómo lograrlos y también por cuál es su meta respondiendo igualmente a la pregunta: ¿A quién van dirigidos los cuidados enfermeros?

Según la escuela de la promoción de la salud, el punto de mira de los cuidados se amplía a la familia que aprende de sus propias experiencias de salud.²⁷

²⁷ De la fuente, B. B. (2004). *Teorías y Modelos de Enfermería*. Barcelona: Masson. pág., 190 – 197.

Una teorizadora canadiense ha elaborado para la disciplina enfermera un modelo orientado hacia la promoción de la salud de la familia; se trata de Moyra Allen.

Escuela del ser humano unitario

La escuela del ser humano unitario se sitúa en el contexto de la orientación de apertura hacia el mundo y del paradigma de la transformación. Las teorizadoras de esta escuela intentan responder a la pregunta ¿A quién van dirigidos los cuidados enfermeros? Es gracias a la escuela del ser humano unitario, holismo ha conseguido todo su significado. Sin embargo, Rogers evita el concepto holismo a causa de la mala utilización que muchos han hecho de él. Prefiere el concepto de persona unitaria e invita a las enfermeras a desarrollar la ciencia del ser humano unitario. Otras teorizadoras se han unido a esta escuela y han añadido fuentes filosóficas extraídas del existencialismo y de la fenomenología. Se trata de Margaret Newman y Rosmarie Rizzo Parse.

Escuela del caring

Durante los últimos quince o veinte años, el concepto de caring ha sido el centro de varios, escritos en la disciplina enfermera. Leininger (1981) ha mantenido este concepto como la esencia de la disciplina.

Benner y Wrubel (1989) sugieren que una práctica enfermera basada sobre la prioridad del caring reemplaza aquella en la que el enfoque comprende la promoción, la prevención y la restauración de la salud. A su vez Watson (1985) propone que las enfermeras creen un ideal del caring que sea a la vez humanista y científico.

Según Benner y Wrubel (1989), el caring está formado por el conjunto de las acciones que permiten a la enfermera, por ejemplo, descubrir de manera sutil los signos de mejora o de deterioro de la persona. Caring también significa facilitar y ayudar, respetando los valores, las creencias, la forma de vida y la cultura de las personas, (Leininger, 1988, Wtson, 1988).²⁸

²⁸ De la fuente, B. B. (2004). *Teorías y Modelos de Enfermería*. Barcelona: Masson. pág., 197.

Las teorizadoras de la escuela del caring creen que las enfermeras pueden mejorar la calidad de los cuidados a las personas si se abren a dimensiones tales como la espiritualidad (Watson, 1985 - 1988) y la cultura (Leininger, 1988) y se integran los conocimientos vinculados a estas dimensiones.

Esta escuela, que tiene por conceptos centrales, el caring y la cultura, se sitúa también en la orientación de la apertura hacia el mundo y el paradigma de la transformación. Centrándose en el cuidado, intenta responder de nuevo a la pregunta:

¿Cómo las enfermeras hacen lo que hacen? Los trabajos de dos teorizadoras ilustran esta escuela, se trata de la teoría del cuidado humano (human caring) de Jean Watson, y de la teoría de la diversidad y de la universalidad del cuidado cultural, de Madeline Leininger.²⁹

²⁹ De la fuente, B. B. (2004). *Teorías y Modelos de Enfermería*. Barcelona: Masson. pág., 198. .

MODELO CONCEPTUAL DE VIRGINIA HENDERSON.

Los modelos conceptuales reflejan la riqueza del pensamiento enfermero que está continuamente en evolución. Las diferentes escuelas ponen énfasis en diversos elementos, según las épocas en que las concepciones se han elaborado, que son guías para la práctica, la formación, la investigación y la gestión en ciencias enfermeras. Los trabajos de las enfermeras teorizadoras permiten, cada vez más, precisar lo esencial de la disciplina enfermera.

Un modelo conceptual es un conjunto de conceptos, ideas y teorías que se interrelacionan, pero en que la relación no se define con claridad; Es una representación abstracta de la realidad que no puede ser aprobada. Un modelo conceptual no es una teoría, debido a que no describe las interrelaciones entre los conceptos, ni explica cómo o por qué ocurre un fenómeno. Una teoría es un enunciado con apoyo científico, describe, explica o predice las interrelaciones y están sujetos a comprobación.

Algunos autores clasifican las teorías como descriptivas, exploratorias y predictivas. La teoría descriptiva, el nivel más bajo, identifica los elementos o eventos principales de los fenómenos y sus relaciones, pero no explica cómo o porque se relacionan; la teoría explicatoria intenta definir las relaciones causales entre los conceptos, por último, la teoría predictiva predice de forma consistente los resultados futuros, es el nivel más deseable pero el más difícil de analizar y comprobar.

Las teorías y modelos conceptuales han existido desde que Nightingale en 1859 propuso por primera vez sus ideas acerca de la enfermería. Las teorías de enfermería son un conjunto de conceptos interrelacionados que permiten describir, explicar y predecir el fenómeno de interés para la disciplina por lo tanto se convierten en un elemento indispensable para la práctica profesional, ya que facilitan al profesional de enfermería brindar el cuidado.³⁰

³⁰ Enfermería, T. y. (s.f.). Campus Virtual. Obtenido de cvonline.uaeh.edu.mx/Cursos/...modelos/.../TeoriasyModelosdeEnfermeria_UIII.pdf

La base de conocimiento de la enfermería moderna plantea sus cimientos en el proceso enfermero (PE), el método científico aplicado a los cuidados. Además de aplicar un método de trabajo sistemático, las enfermeras necesitan delimitar su campo de actuación.

El desarrollo de modelos de cuidados enfermeros permite una conceptualización o visión fundamentada de la enfermería, definir su naturaleza, misión y objetivos, centrando el pensamiento y actuación desde una determinada visión o marco conceptual.

Disponer y aplicar un modelo de cuidados aporta importantes beneficios a las enfermeras, ya que muestra de forma más clara la filosofía e ideología; ayuda a desarrollar y mantener la identidad de la profesión; contribuye en el debate teoría/práctica, propiciando un mayor acercamiento entre ambas partes a través de la investigación y se fomenta el debate teórico, llena de contenido el trabajo asistencial. Uno de los modelos de cuidados que mayor aceptación tiene en nuestro entorno es el de Virginia Henderson.

Modelo teórico de Virginia Henderson.

Henderson nació en Kansas City, Estados Unidos el 19 de marzo de 1897, siendo la quinta de ocho hermanos. Vivió en Virginia a partir de 1901 ya que su padre ejercía la abogacía en Washington D.C. En el verano de 1918 a los 20 años Henderson Leyó sobre la Army School of nursing de Washington D.C. a la cual ingresa por intercesión de su padre y se recibió como Registered Nurse después de 3 años de estudio, y en 1929 obtuvo el grado de Master en la Universidad de Columbia y de 1948 a 1953 realizó la revisión de la 5ª edición del *textbook of the principles and practice of nursing* de Berta Harmer publicado en 1939.

Henderson inicialmente no pretendió elaborar una teoría de Enfermería, ya que en su época tal cuestión no era motivo de especulación. Lo que a ella le llevo a desarrollar su trabajo fue la preocupación que le causaba el constatar la ausencia de una determinación de la función propia de la enfermera. Ya desde la época de estudiante, sus experiencias teóricas y prácticas le llevaron a preguntarse qué es lo que deberían hacer las enfermeras que no pudieran hacer otros profesionales de la salud.³¹

³¹ De la fuente, B. B. (2004). *Teorias y Modelos de Enfermería*. Barcelona: Masson. pàg.,333

El modelo absolutamente medicalizado de las enseñanzas de enfermería de aquella época, le creaba insatisfacción por la ausencia de un modelo enfermero que le proporcionara una identidad profesional propia. Como enfermera graduada siguió interesándose en estos temas.

A partir de la revisión de la bibliografía existente en aquellos años sobre enfermería, se dio cuenta de que los libros que pretendían ser básicos para la formación de las enfermeras, no definían de forma clara cuáles eran sus funciones y que sin este elemento primordial para ella no se podían establecer los principios y la práctica de la profesión.

La cristalización de sus ideas se recoge en una publicación de 1956 en el libro *The Nature of Nursing*, en el que define la función propia de la enfermera de la siguiente forma:

“La única función de la enfermera es asistir al individuo, sano o enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyen a la salud a su recuperación o a una muerte serena, actividades que realizaría por sí mismo si tuviera la fuerza, conocimiento o voluntad necesaria. Todo ello de manera que le ayude a recobrar su independencia de la forma más rápida posible.

A partir de esta definición, se extraen una serie de conceptos y subconceptos básicos del modelo de Henderson.

1.- Persona

- ◆ Necesidades básicas.

2.- Salud

- ◆ Independencia
- ◆ Dependencia
- ◆ Causas de la dificultad o problema.³²

³² De la fuente, B. B. (2004). *Teorías y Modelos de Enfermería*. Barcelona: Masson. pàg.,334

3.- Rol profesional

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

4.- Entorno

- ◆ Factores ambientales.
- ◆ Factores socioculturales.

La persona y las 14 necesidades básicas.

De acuerdo con la definición propia de la enfermera, y a partir de ella, Henderson precisa su conceptualización del individuo o persona, objeto de los cuidados. Así cada persona se configura como un ser humano único y complejo con componentes biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales, que tienen 14 necesidades básicas o requisitos que debe satisfacer para mantener su integridad (física y psicológica) y promover su desarrollo y crecimiento.

1.- Necesidad de Oxigenación

Factores que influyen esta necesidad

- ◆ Biofisiológicos. Edad, alineación corporal, talla corporal, nutrición e hidratación, sueño, reposo, ejercicio, función cardíaca, función respiratoria, estado de la red vascular.
- ◆ Psicológicos. Emociones (miedo, ira, tristeza, alegría, etc.), ansiedad/estrés, inquietud, irritabilidad, etc.³³

³³De la fuente, B. B. (2004). *Teorías y Modelos de Enfermería*. Barcelona: Masson. pàg.,334 _ 348

- ◆ Socioculturales. Influencias familiares y sociales (hábitos y aprendizajes tales como estilo de vida, hábito de fumar, entorno físico próximo (trabajo, casa, habitación, hospital), entorno físico de la comunidad (altitud, temperatura, clima, contaminación ambiental).

Observaciones

- ◆ Signos vitales (pulso central y periféricos, tensión arterial, temperatura y patrones respiratorios), ruidos respiratorios, movimientos del tórax, secreciones, tos, estado de las fosas nasales, aleteo nasal, color de la piel y mucosas, temperatura de la piel, circulación de retorno.
- ◆ Dolor asociado con la respiración. Dificultad respiratoria.
- ◆ Estado de conciencia, existencia de agitación.
- ◆ Calidad del medio ambiente: polución, humedad, sistemas de ventilación, corrientes de aire, espacios verdes.

Interacciones

Si fuma, ¿Qué sabe a cerca de fumar?, ¿desde cuándo fuma? ¿Cuántos cigarrillos/puros/etc., fuma al día? ¿Varía la cantidad según su estado emocional?

¿Cómo influencia la realización de las actividades de la vida cotidiana en su respiración? (sensación de ahogo al subir escaleras, cambios en el ritmo respiratorio al andar deprisa).

¿Cómo influencia su estado de ánimo en su respiración? (si aumenta o disminuye la frecuencia, ritmo, etc.)

¿Tiene conocimientos sobre una respiración correcta?

¿Tiene cambios de temperatura en las extremidades que guarden relación con la temperatura ambiental?

¿Tiene algún antecedente de problemas cardiorrespiratorios?³⁴

³⁴De la fuente, B. B. (2004). *Teorias y Modelos de Enfermería*. Barcelona: Masson. Pàg.,349

2.- Necesidad de Nutrición e hidratación

Factores que influyen en esta necesidad.

- ◆ Biofisiológicos. Edad, talla, constitución corporal y patrón de ejercicio.
- ◆ Psicológicos. Emociones, sentimientos y pensamientos respecto a la comida/bebida.
- ◆ Socioculturales. Influencias familiares y sociales (hábitos y aprendizajes), status socioeconómico, entorno físico próximo (casa, comedor, olores), entorno físico lejano (clima, temperatura), religión, trabajo, horarios, tiempo disponible.

Observaciones

- ◆ Antropometría, estado de la piel, mucosas, uñas y cabello; funcionamiento neuromuscular y esquelético; aspecto de los dientes y encías; capacidad para masticar y deglutir, funcionamiento del tracto digestivo.
- ◆ En caso de heridas tipo y tiempo de cicatrización.
- ◆ Dolor, ansiedad, estrés, trastorno del comportamiento, disminución de energía, apatía, debilidad, irritabilidad, trastornos de la conciencia y agitación.
- ◆ Condiciones del entorno que faciliten/dificulten la satisfacción de esta necesidad.

Interacciones

¿Cómo influencia el estado de ánimo en su alimentación e hidratación? (Ansiedad, estrés, conflictos: si aumenta o disminuye la ingesta)

¿Qué antecedentes familiares tiene con respecto a talla, corpulencia, peso y hábitos alimenticios?

¿Qué sentido le da a la comida? (castigo, amor, recompensa, supervivencia)

¿Con quién come habitualmente?

¿Dónde come? (restaurante, casa, otros)

¿Qué horario y número de comidas realiza? (relación con trabajo y patrones culturales.)

¿Qué cantidad y tipo de líquidos bebe al día? ¿Cuál es la pauta de ingesta?³⁵

³⁵De la fuente, B. B. (2004). *Teorías y Modelos de Enfermería*. Barcelona: Masson. pàg., 350 – 351.

3.- Necesidad de Eliminación

Factores que influyen en esta necesidad.

- ◆ Biofisiológicos. Edad, nivel de desarrollo, nutrición e hidratación, ejercicio.
- ◆ Psicológicos. Emociones, ansiedad, estrés, estado de ánimo.
- ◆ Socioculturales. Organización social (servicios públicos, cumplimiento, normas, salubridad), estilo de vida, hábitat, entorno adecuado, influencias familiares y sociales.

Observaciones

- ◆ Orina (coloración, claridad, olor, cantidad, pH, frecuencia, densidad, presencia de proteínas, sangre, glucosa y cuerpos cetónicos); heces (coloración, olor, consistencia, frecuencia, presencia de sangre y constituyentes anormales); sudor (cantidad y olor); menstruación (cantidad, aspecto, color)
- ◆ Estado del abdomen y del periné.
- ◆ Estado de consciencia, cambios del patrón del sueño y del comportamiento, capacidades sensoriales, neurológicas y motrices.

Interacciones

¿Cuáles son sus patrones habituales de eliminación? (heces, orina, menstruación, sudoración)

¿Cómo influyen las emociones en sus patrones de eliminación?

¿Se siente satisfecho respecto a sus patrones habituales de eliminación? (frecuencia diurna y nocturna, cantidad y calidad, confortabilidad, sensación de bienestar, etc.)

¿El cambio de entorno (viajes, lugar, intimidad, postura, etc.) modifica los hábitos de eliminación?³⁶

³⁶De la fuente, B. B. (2004). *Teorías y Modelos de Enfermería*. Barcelona: Masson. pàg., 352 – 353.

4.- Necesidad de Moverse y mantener una buena postura

Factores que influyen en esta necesidad.

- ◆ Biofisiológicos. Constitución y capacidad física (nivel de energía individual, edad, crecimiento y desarrollo físico)
- ◆ Psicológicos. Emociones y estado de ánimo.
- ◆ Socioculturales. Influencias familiares y socioculturales (hábitos, aprendizajes, raza, valores, creencias y costumbres, rol social, organización, hábitos de ocio/trabajo, entorno físico.)

Observaciones

- ◆ Estado del sistema musculo esquelético (fuerza, debilidad muscular, firmeza en la marcha, tono muscular, gama de movimientos, postura adecuada de pie, sentado y acostado), necesidad de ayuda para la deambulación voluntaria, presencia de temblores, ritmo de movimientos; constantes vitales (pulso, tensión arterial).
- ◆ Estado de apatía, de postración, estado de consciencia, estados depresivos, sobreexcitación, agresividad.
- ◆ Cualidades ergonómicas de su entorno inmediato.

Interacciones

¿Cuál es su postura habitual relacionada con su ocupación, rol social, pertenencia a determinado grupo cultural?

¿Se considera una persona activa o sedentaria?

¿Conoce la importancia de esta necesidad y medidas saludables con respecto a ella?

¿Sabe cómo realizar ejercicios activos y pasivos que mejoren la movilidad y la tonicidad muscular?

¿Cómo influyen sus emociones en esta necesidad?³⁷

³⁷ De la fuente, B. B. (2004). *Teorías y Modelos de Enfermería*. Barcelona: Masson. pág., 354

5.- Necesidad de Descanso y sueño

Factores que influyen en esta necesidad.

- ◆ Biofisiológicos. Edad, ejercicio, alimentación/hidratación.
- ◆ Psicológicos. Estados emocionales, ansiedad, estrés, estado de ánimo.
- ◆ Socioculturales. Influencias familiares y sociales (hábitos y aprendizajes), normas sociales, prácticas culturales, siesta, trabajo, entorno).

Observaciones

- ◆ Nivel de ansiedad/estrés, lenguaje no verbal (ojeras, postura, bostezos, concentración y atención), estado que presentan los ojos (enrojecimiento, hinchazón), expresión de irritabilidad o fatiga, dolor, inquietud, laxitud, apatía, cefaleas.
- ◆ Estado de consciencia y respuesta a estímulos
- ◆ Condiciones del entorno que ayudan / impiden la satisfacción de esta necesidad.

Interacciones

¿Cuál es su patrón y tipo habitual de sueño? (horas, horario, duración, siestas, si se despierta por la noche, necesidad de levantarse durante la noche) Habitualmente ¿duerme solo/a o acompañado/a?

¿Cuánto tiempo necesita habitualmente para conciliar el sueño?

¿Sabe cómo reducir o controlar las tensiones y el dolor?

¿Qué hace normalmente cuando necesita descansar?³⁸

³⁸De la fuente, B. B. (2004). *Teorías y Modelos de Enfermería*. Barcelona: Masson. Pàg., 355 – 357.

6.- Necesidad de Usar prendas de vestir adecuadas

Factores que influyen en esta necesidad.

- ◆ Biofisiológicos. Edad, desarrollo psicomotor, talla corporal, tipo de actividades.
- ◆ Psicológicos. Emociones, (alegría, tristeza, ira), personalidad de base, estado de ánimo y autoimagen.
- ◆ Socioculturales. Influencias familiares (hábitos y aprendizajes), status social, trabajo, cultura (moda, pertenencia a un determinado grupo social, actitudes de reserva y pudor), creencias, entorno.

Observaciones

- ◆ Edad, peso, estatura, sexo, capacidad psicomotora para vestirse y desvestirse.
- ◆ Utilización incontrolada del vestirse y desvestirse (negativa, desinterés/rechazo frente a la necesidad).
- ◆ Condiciones del entorno (espacio para guardar la ropa limpia y sucia, para lavarla, secarla).

Interacciones

¿Puede decidir por sí mismo la ropa que se pone habitualmente?

¿Necesita algún tipo de ayuda para decidir el tipo de ropa o para vestirse/desvestirse?

¿Tiene algún objeto accesorio del vestir que tenga significación especial para usted?

¿De qué forma le afecta al vestirse o desvestirse en un sitio extraño, ante personas o con ayuda de otras personas?

¿Cree que el modo de vestir marca diferencias personales, sociales, culturales, etc.?³⁹

³⁹De la fuente, B. B. (2004). *Teorías y Modelos de Enfermería*. Barcelona: Masson. pàg., 357.

7.- Necesidad de Termorregulación

Factores que influyen en esta necesidad.

- ◆ Biofisiológicos. Edad, sexo, ejercicio, tipo de alimentación, ritmos circadianos.
- ◆ Psicológicos. Ansiedad, emociones
- ◆ Socioculturales. Influencias familiares y sociales (hábitos y aprendizajes), status socioeconómico entorno físico próximo (casa, comedor, olores), entorno físico lejano (clima, altitud, temperatura), raza o procedencia étnica.

Observaciones

- ◆ Constantes vitales (temperatura), coloración de la piel, transpiración, temperatura ambiental.
- ◆ Disconforme, irritabilidad, apatía.
- ◆ Condiciones del entorno físico próximo que ayuden / limiten la satisfacción de esta necesidad.

Interacciones

¿Qué temperatura le produce sensación de bienestar, el calor o el frío? ¿Se adapta fácilmente a los cambios de temperatura oficial?

¿Tiene alguna creencia o valor que mediatice sus comportamientos en la necesidad de termorregulación?

¿Qué recursos utiliza (bebidas calientes, ropa, actividades físicas, aire acondicionado) que limitaciones de conocimiento y económicas tiene en las situaciones de cambios de temperatura?

Las emociones intensas (miedo, ansiedad, ira) ¿Cómo le afecta esta necesidad?⁴⁰

⁴⁰De la fuente, B. B. (2004). *Teorías y Modelos de Enfermería*. Barcelona: Masson. Pàg., 359.

8.- Necesidad de Higiene y protección de la piel

Factores que influyen en esta necesidad.

- ◆ Biofisiológicos. Edad, desarrollo, alimentación, ejercicio/movimiento, temperatura corporal.
- ◆ Psicológicos. Emociones, estado de ánimo, inteligencia, autoimagen, psicomotricidad.
- ◆ Socioculturales. Cultura, educación, corrientes sociales, modas, organización social, influencias familiares, ambiente lejano.

Observaciones

- ◆ Capacidad de movimiento, estado de la piel (color, textura, turgencia, presencia de manchas, temperatura, humedad, lesiones), estado del cabello, uñas, ojeras, ojos, nariz, boca y mucosas, olor corporal.
- ◆ Expresión facial/corporal de confort, efectos del baño o ducha (relajación física y psicológica)
- ◆ Condiciones del entorno (equipamiento y material adaptados a las necesidades individuales y hábitos personales).

Interacciones

¿Conoce la relación entre el estilo de vida y satisfacción de estas necesidades?

¿Qué significado tiene para la limpieza? (autoimagen, reflejo del estado emocional, relación o comunicación)

Describa la forma en que cuida su cuerpo en relación con las actividades de higiene (tipo, frecuencia, cantidad).

¿Qué hábitos higiénicos considera imprescindibles mantener?⁴¹

⁴¹De la fuente, B. B. (2004). *Teorías y Modelos de Enfermería*. Barcelona: Masson. pàg., 360.

9.- Necesidad de Evitar peligros

Factores que influyen en esta necesidad.

- ◆ Biofisiológicos. Edad, etapa del desarrollo, mecanismos de defensa fisiológicos (termorregulación, sistema inmunológico)
- ◆ Psicológicos. Mecanismos de defensa, métodos del afrontamiento, estrés, estabilidad psíquica, personalidad, emociones diferentes, estado de ánimo.
- ◆ Socioculturales. Sistema de apoyo familiar y social, cultura, religión, educación, status socioeconómico, rol social, estilo de vida, organización social, estilo de vida.

Observaciones

- ◆ Integridad neuromuscular, de los sentidos y del sistema inmunológico.
- ◆ Ansiedad, falta de control, falta de habilidades de afrontamiento, absentismo laboral, somatizaciones, aspecto descuidado, inhibición, desconfianza, agresividad.
- ◆ Auto concepto/autoestima (si protege o evita mirar o tocar zonas de su cuerpo, armonía en el aspecto físico, existencia de cicatrices, deformidades congénitas o no, alteraciones en el funcionamiento del cuerpo).
- ◆ Condiciones del ambiente próximo (temperatura, humedad, iluminación, barreras ambientales).

Interacciones

¿Qué miembros componen su familia de pertenencia? ¿Cómo influyen las emociones intensas en su necesidad de seguridad física y psicológica?

¿Conoce las medidas de prevención de accidentes en su trabajo y en su casa? (almacenaje de productos tóxicos o de limpieza, medicamentos, conducciones de gas, sistema eléctrico,)

¿De qué forma maneja su familia las situaciones de estrés?⁴²

⁴²De la fuente, B. B. (2004). *Teorías y Modelos de Enfermería*. Barcelona: Masson. Pàg., 361.

10.- Necesidad de Comunicarse

Factores que influyen en esta necesidad.

- ◆ Biofisiológicos. Integridad de los órganos de los sentidos, etapa del desarrollo.
- ◆ Psicológicos. Inteligencia, percepción, memoria, conciencia, carácter, estado de ánimo, humor de base, auto concepto
- ◆ Socioculturales. Entorno físico próximo (personas, lugares), entorno físico lejano (vías de acceso, vivienda aislada), cultura status social, rol, nivel educativo.

Observaciones

- ◆ Estados de los órganos de los sentidos y del sistema neuromuscular.
- ◆ Dificultad respiratoria, fatiga y debilidad.
- ◆ Comunicación verbal (directa, abierta, poco clara o evasiva), comunicación no verbal (contacto visual, lenguaje corporal, gestos, tonos de voz).
- ◆ Cantidad y calidad de las interacciones con la familia y con las personas del entorno (facilidad de expresión de sentimientos y pensamientos, pertenencia a grupos, relaciones armoniosas con la familia, grupos, etc.).
- ◆ Actitudes facilitadoras de la relación (confianza, receptividad, empatía, compromiso, disponibilidad).

Interacciones

¿En qué medida le ha afectado en su necesidad de comunicación, la existencia de limitaciones físicas, enfermedad, cicatrices?

De las personas significativas de que dispone como recurso ¿con cuales puede intercambiar puntos de vista o compartir problemas o inquietudes?

¿Cuánto tiempo pasa solo/a? ¿Por qué?, ¿Con cuantas personas suele relacionarse diariamente?⁴³

⁴³De la fuente, B. B. (2004). *Teorías y Modelos de Enfermería*. Barcelona: Masson. pàg., 365 – 366.

11.- Necesidad de Vivir según sus creencias y valores

Factores que influyen en esta necesidad.

- ◆ Biofisiológicos. Edad y etapa de desarrollo, integridad del sistema neuromuscular.
- ◆ Psicológicos. Emociones, actitudes, estado de ánimo, personalidad, pensamiento, inteligencia.
- ◆ Socioculturales. Cultura, religión, y creencias (sentido de la vida y de la muerte, deseo de comunicarse con un ser supremo).

Observaciones

- ◆ Forma de vestir de la persona, familia y amigos.
- ◆ Indicadores de valores en las interacciones.
- ◆ Nivel de integración de los valores en su vida diaria
- ◆ Condiciones del entorno que ayudan/limitan la satisfacción de esta necesidad.

Interacciones

¿Cómo le influye el estado de ánimo, las tensiones o el estrés, en la satisfacción de esta necesidad?

¿En qué tipo de creencias religiosas fue educado en su infancia?

¿Suponen una ayuda o le generan conflictos personales, familiares o algún tipo de problema en su entorno?

¿Cuáles son sus propios valores personales integrados en su estilo de vida? (importancia del trabajo, familia, salud, vida, muerte).

¿En qué medida sus valores personales están siendo alterados por su situación actual? ⁴⁴

⁴⁴De la fuente, B. B. (2004). *Teorías y Modelos de Enfermería*. Barcelona: Masson. pàg., 367 – 369.

12.- Necesidad de Trabajar y realizarse

Factores que influyen en esta necesidad.

- ◆ Biofisiológicos. Edad, etapa de desarrollo, constitución, capacidad física.
- ◆ Psicológicos. Emociones, personalidad, inteligencia, estado de ánimo.
- ◆ Socioculturales. Influencias familiares y sociales (hábitos y aprendizajes), valores, creencias, demandas sociales, cultura.

Observaciones

- ◆ Estado del sistema neuromuscular, del sistema nervioso y de los sentidos.
- ◆ Relaciones armoniosas consigo mismo y con las demás personas que lo rodean.
- ◆ Distribución equilibrada entre el tiempo dedicado al trabajo y a las actividades de ocio y relación.

Interacciones

¿Qué tipo de trabajo u ocupación realiza?

¿Cómo se siente en relación a su trabajo?

Su remuneración ¿le permite cubrir sus necesidades básicas y/o las de su familia?

¿Se ha producido o puede producirse alguna modificación en sus roles a raíz de su situación actual?

¿Cómo vive usted esta actual situación de cambio?

¿De qué manera se enfrenta a la situación?⁴⁵

⁴⁵De la fuente, B. B. (2004). *Teorías y Modelos de Enfermería*. Barcelona: Masson. pàg., 369 – 370.

13.- Necesidad de Jugar/participar en actividades recreativas

Factores que influyen en esta necesidad.

- ◆ Biofisiológicos. Edad, etapa de desarrollo, constitución, capacidades físicas.
- ◆ Psicológicos. Madurez personal, sensopercepción, inteligencia, pensamiento, emociones, motivación, personalidad.
- ◆ Socioculturales. Cultura, rol social, trabajo/ocio, influencias familiares y sociales, estilo de vida.

Observaciones

- ◆ Estado del sistema neuromuscular, integridad del sistema nervioso y de los sentidos.
- ◆ Estado de ánimo (risas, llantos, aspecto sereno y tranquilo, triste, apatía)
- ◆ Comportamientos lúdicos en relación con el estado de desarrollo evolutivo de la persona.

Interacciones

¿Qué actividades recreativas o de ocio desarrolla en su tiempo libre?

Las situaciones de estrés y emociones intensas ¿le influyen en la satisfacción de esta necesidad?

¿Tiene recursos para poder dedicarse a cosas que le interesan? (materiales, transporte, tiempo, energía)

¿Conoce las diferentes posibilidades recreativas que tienen a su alcance en la comunidad?

¿Ha tenido que introducir alguna modificación en este tipo de actividades debido a su situación actual?⁴⁶

⁴⁶De la fuente, B. B. (2004). *Teorías y Modelos de Enfermería*. Barcelona: Masson. pàg., 371 – 372.

14.- Necesidad de Aprendizaje

Factores que influyen en esta necesidad.

- ◆ Biofisiológicos. Edad, etapa de desarrollo, capacidades físicas.
- ◆ Psicológicos. Emociones, capacidad intelectual, motivación, estado de ánimo.
- ◆ Socioculturales. Educación, nivel socioeconómico, status según instrucciones o educación, influencias familiares y sociales (hábitos y aprendizajes, ambiente, estructura social).

Observaciones

- ◆ Capacidades físicas (órganos de los sentidos, estado del sistema nervioso)
- ◆ Situaciones que alteran las capacidades de aprendizaje (ansiedad, dolor, pensamientos, sentimientos)
- ◆ Comportamientos indicativos, de interés en el aprendizaje para resolver los problemas de salud.

Interacciones

¿Qué estudios ha realizado? ¿Puede leer, escribir?

¿Las situaciones de emociones intensas le influyen a la satisfacción de ésta necesidad?

¿Ha tenido alguna vez dificultades en aprender cosas nuevas?

¿Cómo le resulta más fácil aprender o retener conceptos o habilidades nuevas?

Estas necesidades son comunes a todos los individuos, si bien cada persona, en su unidad, tiene la habilidad y capacidad de satisfacerlas de modo diferente con el fin de crecer y desarrollarse a lo largo de su vida. ⁴⁷

⁴⁷ De la fuente, B. B. (2004). *Teorías y Modelos de Enfermería*. Barcelona: Masson. pàg., 373.

Las diferencias personales en la satisfacción de las 14 necesidades básicas vienen determinadas por los aspectos biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales, inherentes a cada persona, así como por la estrecha interrelación existente entre las diferentes necesidades, que implica que cualquier modificación en cada una de ellas pueda dar lugar a modificaciones en las restantes.

Desde un punto de vista holístico, esto quiere decir que el estudio por separado de cada una de estas necesidades, en ningún momento nos da la visión del ser humano en su totalidad sino solamente de una parte de la realidad de la persona, siendo necesaria la interrelación de cada una de estas necesidades con las restantes, para poder valorar el estado del individuo como un todo. No obstante, debe hacerse constar que el análisis de las necesidades una a una es adecuado cuando, los fines son didácticos o bien en la fase de recogida de datos en la etapa de valoración del Proceso de Atención.

La salud. Independencia/Dependencia y causas de la dificultad.

Virginia Henderson, desde una filosofía humanista, considera que todas las personas tienen determinadas capacidades y recursos, tanto reales como potenciales. En este sentido, buscan y tratan de lograr la independencia y por lo tanto, la satisfacción de las necesidades de forma continuada, con el fin de mantener en estado óptimo la propia salud. Cuando esto no es posible aparece una dependencia que se debe según Henderson a tres causas y que identifica como “falta de fuerza”, “falta de conocimiento” o “falta de voluntad”.

El concepto de independencia puede ser definido como la capacidad de la persona para satisfacer por si misma sus necesidades básicas, es decir, llevar a cabo las acciones adecuadas para satisfacer las necesidades de acuerdo con su edad, etapa de desarrollo y situación.⁴⁸

⁴⁸De la fuente, B. B. (2004). *Teorías y Modelos de Enfermería*. Barcelona: Masson. pàg., 335 – 336.

El modo de satisfacer las propias necesidades, así como la forma en que cada uno manifiesta que esta necesidad está satisfecha es totalmente individual. Por ello, los niveles de independencia en la satisfacción de las necesidades también son específicos y únicos para cada individuo.

La dependencia puede ser considerada en una doble vertiente. Por un lado, la ausencia de actividades llevadas a cabo por la persona con el fin de satisfacer las 14 necesidades. Por otro lado, puede ocurrir que se realicen actividades que no resulten adecuadas o sean insuficientes para conseguir la satisfacción de las necesidades.

Los criterios de dependencia deben considerarse al igual que los de independencia de acuerdo con los componentes específicos de la persona (biofisiológicos), psicológicos, culturales y espirituales.

Elementos fundamentales

Objetivo de los cuidados: Es ayudar a la persona en la satisfacción de sus necesidades básicas.

Usuario de servicio: Persona que presenta un déficit, real o potencial, en la satisfacción de sus necesidades básicas o que, aún sin presentarlo, tiene un potencial de desarrollo.

Rol profesional o papel de la enfermera: Consiste en suplir la autonomía de la persona (hacer por ella) o darle a que logre la independencia (hacer con ella), desarrollando su fuerza, conocimientos y voluntad para que utilice de manera óptima sus recursos.

Fuente de la dificultad: En este modelo recibe el nombre de área de dependencia y se refiere a la falta de conocimientos, de fuerza o de voluntad de la persona para satisfacer sus necesidades básicas.⁴⁹

⁴⁹De la fuente, B. B. (2004). *Teorías y Modelos de Enfermería*. Barcelona: Masson. pàg., 336 – 337.

Las causas de la dificultad son los obstáculos o limitaciones personales o del entorno, que impiden a la persona satisfacer sus propias necesidades. Henderson las agrupa en tres posibilidades.

1.- Falta de fuerza. Interpretemos por fuerza, no solo la capacidad física o habilidades mecánicas de las personas, sino también la capacidad del individuo para llevar a término las acciones pertinentes a la situación, lo cual vendrá determinado por el estado emocional, estado de las funciones psíquicas, capacidad intelectual, etc.

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

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

La presencia de estas tres causas o de alguna de ellas pueden dar lugar a una dependencia total o parcial, así como temporal o permanente, aspectos que deberán ser valorados para la planificación de las intervenciones correspondientes. El tipo de actuación (de suplencia o de ayuda) vendrá siempre determinado por el grado de dependencia identificado.

Rol profesional, Cuidados básicos de enfermería y Equipo de salud,

Los cuidados básicos son conceptualizados como acciones que lleva a cabo la enfermería en el desarrollo de su función propia, actuando según criterios de suplencia o ayuda, según el nivel de dependencia identificado en la persona. Como dice Henderson “este es el aspecto de su trabajo, de su función que la enfermera inicia y controla y en el que es dueña de la situación.”⁵⁰

⁵⁰De la fuente, B. B. (2004). *Teorías y Modelos de Enfermería*. Barcelona: Masson. pàg., 338.

Los cuidados básicos de enfermería considerados como un servicio derivado del análisis de las necesidades humanas, son universalmente los mismos, porque todos tenemos necesidades comunes; sin embargo, varían constantemente porque cada persona interpreta a su manera estas necesidades. De ahí surge el concepto de cuidados individualizados y dirigidos a la persona en su totalidad.

Henderson analiza también la contribución de las enfermeras al trabajo con el equipo multidisciplinar, considerando que colabora con los demás miembros del equipo, así como éstos colaboran con ella, “en la planificación y ejecución de un programa global, ya sea para mejoramiento de la salud, el restablecimiento del paciente o para evitarle sufrimientos en la hora de la muerte. Ningún miembro del equipo debe exigir del otro, actividades que le obstaculicen el desempeño de su función propia”.

En relación al paciente, Henderson afirma que “todos los miembros del grupo deben considerar a la persona que atienden como la figura central y comprender que, primordialmente, su misión consiste en “asistir” a esta persona. Si el paciente no comprende ni acepta el programa tratado con él y para él, ni coopera en su desarrollo, se perderán gran parte de los esfuerzos del equipo”. El paciente o usuario es visto como un sujeto activo y responsable de su propia salud, que participa en las decisiones y en el logro de sus metas.

Entorno

Diversas autoras han criticado a Henderson el hecho de no incluir el concepto de entorno de una manera específica dentro de su modelo. Sin embargo, si se analiza el contenido del modelo de Henderson, vemos que la autora menciona unas veces de forma implícita y otras explícitamente la importancia de los aspectos socioculturales y del entorno físico (familia, grupo, cultura, aprendizajes, factores ambientales) para la valoración de las necesidades y la planificación de los cuidados.⁵¹

⁵¹De la fuente, B. B. (2004). *Teorías y Modelos de Enfermería*. Barcelona: Masson. pàg., 338 - 340.

El metaparadigma de Henderson incluye los siguientes conceptos.

Persona: Es un ser integral, una unidad con componentes biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales que interactúan entre sí. La persona y familia forman una unidad.

Entorno: Es el conjunto factores y condiciones externas, entre ellas las relaciones con la familia y la comunidad.

Las condiciones del entorno son dinámicas y pueden afectar a la salud y al desarrollo. Las personas maduras pueden ejercer control sobre el entorno, aunque la enfermedad puede obstaculizar dicho control.

Enfermería: Es un servicio de ayuda a la persona en la satisfacción de sus necesidades básicas. Requiere de conocimientos básicos de ciencias sociales y humanidades, además de las costumbres sociales y las prácticas religiosas para ayudar al paciente a satisfacer las 14 necesidades básicas.

Salud: Es el máximo grado de independencia que permite la mejor calidad de vida, un estado en el cual la persona puede trabajar, desarrollarse y alcanzar el potencial más alto de satisfacción en la vida, satisface las 14 necesidades básicas.

La persona necesita independencia para poder satisfacer las necesidades básicas por sí misma, o cuando esto no es posible, la ayuda de otros. Favorecer la salud es más importante que cuidar al enfermo.

Con el modelo de Henderson es posible integrar, junto con el modelo de cuidados y el Proceso de Atención, los lenguajes estandarizados NANDA-NOC-NIC (NNN), cada vez más incorporados en el quehacer de las enfermeras y en los sistemas de información.⁵²

⁵²De la fuente, B. B. (2004). *Teorías y Modelos de Enfermería*. Barcelona: Masson. pàg., 204.

Permite a las enfermeras trabajar desde un plano propio y también en colaboración con otros profesionales, hecho de gran valor en muchos entornos de cuidados y en nuestra realidad asistencial.

Tiene en cuenta las ventajas de fomentar estilos de vida sanos y conductas saludables, consideración coherente con muchas de las propuestas y programas de nuestro sistema sanitario.⁵³

⁵³De la fuente, B. B. (2004). *Teorías y Modelos de Enfermería*. Barcelona: Masson. pàg., 204.

PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

El proceso de enfermería es el método mediante el cual se fundamenta científicamente la práctica profesional de enfermería; se trata de un enfoque deliberativo para la resolución de los problemas que exige habilidades cognitivas, técnicas e interpersonales y va dirigido a cubrir las necesidades del cliente o sistema familiar.

La aplicación del método científico en la práctica profesional de enfermería es el método conocido como PAE, el cual permite a la enfermería prestar cuidados de una forma racional, lógica y sistemática.

El PAE se originó cuando por primera vez, fue considerado como un proceso; esto ocurrió con Hall (1955), Jhonson (1959), Orlando (1961) y Wiedenbach (1963), quienes consideraron un proceso de tres etapas; Yura y Walsh (1967) establecieron cuatro: valoración, planificación, realización y evaluación; y Bloch (1974), Roy (1975), Aspinall (1976), establecieron las cinco actuales al añadir la etapa diagnóstica.

Esta última etapa es la que más se ha desarrollado a partir de 1973 cuando Kristine Gebbie y Mary Ann Lavin, en la primera Conferencia Nacional para la Clasificación de Diagnósticos de Enfermería conformaron el Grupo Nacional para la Clasificación de Diagnósticos Enfermeros.

En 1975 en la segunda conferencia para la Clasificación de Diagnósticos Enfermeros se hicieron progresos en los diagnósticos identificados en la primera conferencia; se aceptaron 37 más y se sugirieron 19 para desarrollar; fueron ordenados o enumerados alfabéticamente se establecieron los diagnósticos, organizados según los patrones funcionales de salud de Gordon.

En la quinta conferencia, en 1982, el Grupo Nacional se convirtió en la Asociación Norteamericana del Diagnostico Enfermero.⁵⁴

⁵⁴ Andrade Cepeda Rosa, L. E. (2014). *Proceso de Atención Enfermería*. México: Trillas. pág., 55.

En esta conferencia Sor Callista Roy propuso, como resultado de una investigación, los nueve patrones del hombre unitario como marco conceptual del sistema de clasificación; en 1984 y 1986 en la sexta y séptima conferencia, respectivamente se sustituyó la denominación de patrones del hombre unitario por la más comprensible de patrones de respuesta humana. Además, se constituyó formalmente la Asociación Internacional.

En la octava conferencia (1988) se aprueba la Taxonomía I, la ANA (American Nursing Association) reconoció a la NANDA (North American Nursing Diagnosis Association) como la organización responsable del desarrollo, aprobación y revisión de los diagnósticos de enfermería (DdE).

En la novena conferencia (1990) se construyó su definición oficial; en el año 2000, en la Décimo cuarta Conferencia se aprobó la Taxonomía II, que se diseña de una manera multitaxial, que da flexibilidad a la nomenclatura y permite hacer con facilidad adiciones y modificaciones; está compuesta por tres niveles (domino, clase y diagnósticos de enfermería); los 13 dominios que constituyen la dimensión de los patrones de respuesta humana y siete ejes.

Por otra parte, en México, a partir de los años setenta, la Asociación Nacional de Escuelas de Enfermería señaló la importancia de que en la enseñanza se hicieran cambios que favorecieran e impulsaran el pensamiento reflexivo, ordenado y analista que se requiere para brindar una atención adecuada y que el cuidado se fundamente en una metodología científica; con aportaciones de docentes de esta asociación se editó el primer libro sobre el PAE, mismo que tuvo gran influencia en los planes de estudio de esta disciplina.

De esta manera se enseñó el PAE de cuatro etapas; no se llegaba a un diagnóstico de enfermería, si no que a este apartado se le llamaba necesidad o problema; se le incluye, a partir de los años ochenta y con ello se mejoró considerablemente el conocimiento y la habilidad en la enseñanza del PAE; en esta última década se han incluido las taxonomías de la clasificación de intervenciones de enfermería (NIC) y la de clasificación de resultados de enfermería (NOC).⁵⁵

⁵⁵ Andrade Cepeda Rosa, L. E. (2014). *Proceso de Atención Enfermería*. México: Trillas. pág., 56.

Sin embargo, en las instituciones de salud no era considerada como parte de la atención de enfermería que se brindaba; fue hasta el año 2000 que el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) se volvió pionero en la capacitación y la aplicación de esta metodología. Ahora se hace visible la utilización de esta metodología, con el uso de los Planes de cuidados de enfermería (PLACE) como parte de las estrategias de la Secretaría de Salud, a través de la Comisión Permanente de Enfermería, en que el Sistema integral de calidad en salud (SICALIDAD) apoya la implantación del PAE en las unidades médicas, a fin de favorecer la calidad y seguridad de usuarios y profesionales.

Desde esta perspectiva, Alfaro define el PAE como el conjunto de acciones intencionadas que la enfermera realiza en un orden específico con el fin de asegurar que una persona o un grupo de personas reciban el mejor cuidado posible de los profesionales de enfermería; es un sistema de planificación en la ejecución de los cuidados de enfermería, compuesta por cinco pasos sucesivos.

- ◆ Valoración
- ◆ Diagnóstico de enfermería
- ◆ Planificación
- ◆ Ejecución
- ◆ Evaluación

Valoración

Primera etapa del PAE, es el proceso organizado y metodológico de recoger información procedente de diversas fuentes, verificar, analizar y comunicar datos sistemáticamente, a fin de identificar el estado integral de salud de la persona o grupos; debe ser sistematizada y premeditada; es un proceso intencionado que se basa en un plan para recoger información exacta y completa para facilitar las siguientes etapas.⁵⁶

⁵⁶ Andrade Cepeda Rosa, L. E. (2014). *Proceso de Atención Enfermería*. México: Trillas. pág., 57 – 61.

Cuando el profesional de enfermería realiza la valoración aplica el razonamiento crítico y, simultáneamente, también sintetiza su conocimiento, experiencia, estándares y actitudes con base en el conocimiento de las ciencias naturales, humanísticas y sociales.

Fases de la valoración:

Recolección de datos: Consiste en la obtención de la historia de salud y estado global de la persona a través de diversas fuentes y técnicas.

Fuentes de los datos

Primaria: Es el individuo mismo

Secundaria: Familia, personas cercanas a su entorno próximo, equipo de salud, expediente (historia clínica, exámenes de laboratorio, prescripciones médicas, registros de enfermería) datos de la vivienda.

Tipos de datos

Datos subjetivos: Se refieren a la percepción de la persona con respecto a su estado de salud y a su forma de expresar o responder ante los problemas o preocupaciones que tiene.

Datos objetivos: Son aquellos susceptibles de ser observados y medidos (cuantificables) por el profesional de salud; se obtiene durante la entrevista, observación y el examen físico.

Datos de antecedentes: Se refiere a situaciones de salud o a enfermedades ocurridas con anterioridad.

Datos actuales: Comprenden los hechos que están ocurriendo en el momento presente (aquí y ahora).⁵⁷

⁵⁷ Andrade Cepeda Rosa, L. E. (2014). *Proceso de Atención Enfermería*. México: Trillas. pág., 51 – 64.

Métodos y técnicas

Entrevista

Es la técnica empleada principalmente para la obtención de los datos subjetivos; consta de tres secciones (inicio, cuerpo y cierre). Permite obtener información acerca de la persona o familia en torno a los problemas o preocupaciones de salud, a través de la interacción profesional de enfermería-persona.

Formal o estructurada: En la comunicación con un propósito específico, diseñada para una finalidad terapéutica, en la cual el profesional de enfermería realiza la historia de la persona.

Informal o incidental: Es la conversación entre el profesional de enfermería y la persona en el curso de los cuidados.

Observación

Comprende la utilización de todos los sentidos (vista, olfato, oído y tacto) para captar la información de manera globalizadora.

Examen físico

Este método se realiza a través del uso de ciertas técnicas, con la finalidad de obtener información para descubrir y determinar las respuestas a los procesos vitales de la persona, también para detectar problemas reales y potenciales y confirmar, objetivamente, los datos subjetivos obtenidos en la entrevista.⁵⁸

⁵⁸ Andrade Cepeda Rosa, L. E. (2014). *Proceso de Atención Enfermería*. México: Trillas. pág., 64 – 65.

Durante esta valoración física se utilizan las siguientes técnicas básicas.

Inspección: Es el examen visual, cuidadosa y global de la persona, para determinar estados o repuestas; es el uso de los órganos de los sentidos. Puede ser instrumental, cuando se utilizan dispositivos para efectuar inspección de las cavidades y simple, cuando se realiza sin el apoyo de algún dispositivo.

Palpación: Consiste en la utilización del tacto para determinar ciertas características de la estructura corporal, desde la superficie hasta por debajo de la piel; se emplean las manos para tocar parte del cuerpo y efectuar mediciones sensitivas de señales físicas específicas, las técnicas de palpación son:

- ◆ **Superficial:** Los dedos se aplican suavemente sobre la superficie de la piel; la piel se deprime de 0.5 a 1 cm.
- ◆ **Profunda:** Se usa para valorar la situación, consistencia y textura de los órganos y masas; la piel se deprime de 2 a 3 cm.
- ◆ **Bimanual:** Se utilizan ambas manos, la mano sensible está relajada y se coloca ligeramente sobre la piel de la persona explorada, la mano activa aplica presión en la mano sensible.
- ◆ **Digital:** Se utilizan los dedos (como en el tacto vaginal, rectal, valoración del paladar del recién nacido); se realiza con guante y si es necesario se lubrican los dedos. Este tipo de palpación también puede emplearse en la valoración del pulso de la persona.

Percusión: Consiste en golpear la superficie corporal, con el fin de obtener sonidos y vibraciones que determinen la localización, tamaño y densidad de las estructuras. Las técnicas de percusión son:

- ◆ **Directa:** La superficie del cuerpo se golpea con uno o dos dedos.
- ◆ **Indirecta:** El dedo medio de la mano no dominante (plexímetro) se coloca firmemente en la superficie a percutir, la punta del dedo dominante (plexor) golpea la base de la articulación distal del plexímetro.⁵⁹

⁵⁹ Andrade Cepeda Rosa, L. E. (2014). *Proceso de Atención Enfermería*. México: Trillas. pág., 65 – 66.

Auscultación: Consiste en escuchar los sonidos producidos por los órganos del cuerpo: corazón, pulmones, intestino y arterias. Puede ser directa o indirecta. La primera se realiza sin empleo de dispositivos o instrumentos y el segundo con el apoyo de estos. Todos los sonidos tienen cuatro características que deben ser valoradas.

- ◆ Frecuencia: Cantidad de sonidos en un minuto.
- ◆ Intensidad: Medida de la frecuencia del sonido; la escala de agudo a grave.
- ◆ Calidad: Características de los sonidos, descrita en términos de soplo, chasquido y gorgoreo.
- ◆ Duración: Cantidad de tiempo que permanece un sonido como sonido continuo, que oscila entre corto, medio y largo.

Validación de datos

Validar los datos significa asegurarse de que los datos que recabaron son reales; se realiza siempre que no exista seguridad sobre la información reunida; se puede hacer tanto de los datos objetivos como de los subjetivos.

Organización de datos

Dentro de esta fase se lleva a cabo el ordenamiento de los datos. Este paso es más fácil si se emplea un marco de referencia específico, de esta manera la ordenación y clasificación de los datos será más rápida.

Agrupación de datos según el marco de referencia

Durante esta fase de la valoración se caracterizan las conductas de salud de la persona como normales o anormales. Este proceso es muy importante porque cada tipo de conducta encontrada requiere diferente intervención de enfermería. Las intervenciones en las conductas de salud y bienestar se dirigen a fomentar el estilo de vida saludable, mientras que las intervenciones de las conductas de riesgo o de desviación de la salud se enfocan a eliminar o a disminuir el factor causal, o bien, son de carácter preventivo, es decir reducen el o los factores de riesgo para evitar la desviación de salud.⁶⁰

⁶⁰ Andrade Cepeda Rosa, L. E. (2014). *Proceso de Atención Enfermería*. México: Trillas. pág., 66 – 68.

Documentación/comunicación

En esta última fase de la valoración es importante informar de inmediato al personal responsable (personal de enfermería y médico) sobre hallazgos significativos que pueden ser un problema para las funciones vitales de la persona en un breve plazo de tiempo.

El registro forma parte de todas las fases del proceso enfermería; constituye un elemento importante, ya que es un sistema de comunicación entre los profesionales del equipo de salud; es un mecanismo de evaluación de los cuidados individualizados de cada persona.

Diagnóstico

Esta segunda etapa del PAE, definido en 1990 por la Asociación Norteamericana de Diagnósticos de Enfermería (NANDA) como juicio clínico sobre respuestas del individuo, familia o comunidad a problemas de salud/procesos vitales reales o potenciales, proporciona las bases para la selección de aquellas actuaciones de lo que la enfermería es responsable de tratar.

El diagnóstico es la fase que comprende un proceso de análisis-síntesis para permitir un juicio y / conclusión sobre el estado de salud de la persona ante sus preocupaciones, necesidades o problemas de salud, reales o potenciales.

Además, es la base para las posteriores fases del proceso, que son la planificación y ejecución de los cuidados de enfermería y, por tanto, requiere que las enfermeras utilicen el pensamiento crítico-científico y sus experiencias profesionales y humanísticas para lograr una atención individualizada y de calidad.

En esta fase se desarrolla el diagnóstico enfermero que proviene de lo identificado en la etapa anterior y abarca todo un proceso de diagnosticar, llegar a una conclusión o juicio alcanzado y expresado en una categoría diagnóstica.⁶¹

⁶¹ Andrade Cepeda Rosa, L. E. (2014). *Proceso de Atención Enfermería*. México: Trillas. pág., 69– 71.

Componentes

Etiqueta (enunciado del problema): Proporciona un nombre al diagnóstico; es un término o frase concisa con el que se representa un patrón de claves relacionadas; puede incluir modificaciones.

Definición: Proporciona una descripción clara y precisa, delinea su significado y ayuda a diferenciarlo de diagnósticos similares.

Características definitorias: Grupos de claves (signos y síntomas de factores de riesgo); inferencias observables que se agrupan como manifestaciones en un diagnóstico enfermero. Aparecen en los diagnósticos reales de salud.

Factores relacionados: Factores que parecen mostrar algún tipo de patrón de relación con el diagnóstico enfermero. Pueden definirse como antecedentes asociados, relacionados, contribuyentes o coadyuvantes del diagnóstico.

Factores de riesgo: Factores ambientales y elementos fisiológicos, psicológicos, genéticos o químicos que incrementan la vulnerabilidad de un individuo, familia o comunidad ante un evento no saludable.

Sujeto del Diagnóstico: Se define como la (s) persona (s) concreta (s) para la (s) que se formuló un diagnóstico determinado. Los valores son:

Persona: Ser humano singular, distinto a los demás.

Familiar: Dos o más personas que mantienen relaciones continuas o sostenidas, perciben obligaciones recíprocas, otorgan significados comunes y comparten ciertas obligaciones hacia otros; relaciones por consanguinidad o elección.

Grupo: Varias personas que comparten características.⁶²

⁶² Andrade Cepeda Rosa, L. E. (2014). *Proceso de Atención Enfermería*. México: Trillas. pág., 72.

Comunidad: Grupo de personas que viven en el mismo lugar, bajo el mismo gobierno.

Taxonomía II

Dominios y clases

Una de las modificaciones de la taxonomía I que se reflejó en la Taxonomía II, fue que se basó en la topología de los patrones funcionales de M.Gordon, pero se determinan por dominios. El dominio se definió como una esfera o actividad, estudio o interés. Quedaron 13 dominios, los cuales son: promoción de la salud, nutrición, eliminación e intercambio, actividad-reposo (aquí se conjugaron dos patrones, actividad- ejercicio y descanso-sueño), percepción-cognición, autopercepción, rol, relación, sexualidad, afrontamiento, tolerancia al estrés, principios vitales (patrón valores y creencias), seguridad-protección, confort y crecimiento y desarrollo.

Cada dominio fue dividido por clases que se definieron como: una subdivisión de un grupo mayor, una de las personas/cosas por su calidad. En este momento hay 48 clases que permiten ubicar el posible diagnóstico.

Ejes

La taxonomía II es un sistema multiaxial formado por siete ejes, se define como la dimensión de la respuesta humana que se considera en el proceso diagnóstico, mejora sustancialmente la flexibilidad y nomenclatura y permite hacer con facilidad adiciones o modificaciones, pero, sobre todo, aplicarlo con un paciente específico.

Eje 1. Concepto diagnóstico

- ◆ Elemento principal o parte esencial y fundamental, la raíz de la formulación diagnóstica, el concepto diagnóstico puede constar de una o más palabras, en cuyo caso deben dar idea de un solo significado.⁶³

⁶³ Andrade Cepeda Rosa, L. E. (2014). *Proceso de Atención Enfermería*. México: Trillas. pág., 72 – 78.

Eje 2. Sujeto del diagnóstico: Se define como la(s) persona (s) concreta(s) para la(s) que se formuló un diagnóstico determinado. Los valores son:

- ◆ Persona: Ser humano singular, distinto a los demás.
- ◆ Familiar: Dos o más personas que mantienen relaciones continuas o sostenidas, perciben obligaciones recíprocas, otorgan significados comunes y comparten ciertas obligaciones hacia otros; relaciones por consanguinidad o elección.
- ◆ Grupo: Varias personas que comparten características.
- ◆ Comunidad: Grupo de personas que viven en el mismo lugar, bajo el mismo gobierno.

Eje 3. Juicio

- ◆ Es el descripto o modificador que limita o especifica el significado de un diagnóstico enfermero.

Eje 4. Localización

- ◆ Partes o regiones corporales: todos los órganos, regiones o estructura anatómica.

Eje 5. Edad

- ◆ Se refiere a los años de vida que tenga la persona a la que se le realiza el diagnóstico.

Eje 6. Tiempo

Describe la duración del eje diagnóstico, enfocándose en el eje 1; los valores son:

- ◆ Agudo: Menos de seis meses.
- ◆ Crónico: Más de seis meses.
- ◆ Intermitente: Cesa y empieza de nuevo a intervalos; periódico, cíclico.
- ◆ Continuo: Sin interrumpirse.⁶⁴

⁶⁴ Andrade Cepeda Rosa, L. E. (2014). *Proceso de Atención Enfermería*. México: Trillas. pág., 80 – 83.

Eje 7. Estado del diagnóstico

Se refiere a la actualidad o potencialidad del problema, o la categorización del diagnóstico como de salud/problema de salud. Los valores son:

- ◆ Promoción de salud: Motivado por el deseo de aumentar el bienestar y actualizar el potencial humano en materia de salud.
- ◆ Salud: Calidad o estado de estar sano, especialmente como resultado de un esfuerzo deliberado.
- ◆ Riesgo: Vulnerabilidad, especialmente como resultado de la exposición a factores que incrementan la posibilidad de lesión o pérdida.
- ◆ Real: Existente de hecho o en la realidad, existente en ese momento.
- ◆ Síndrome: Juicio clínico que describe un conglomerado específico de diagnóstico enfermero, que ocurren juntos y que se tratan mejor conjuntamente de intervenciones similares.

Fases

El proceso diagnóstico se refiere a la serie de operaciones conjuntivas mediante el procesamiento de datos que se obtengan en la valoración.

Clasificación de los datos

Se inicia con un análisis, mediante la selección de los datos sobresalientes o relevantes; posteriormente, se realiza según indicadores o categorías que se utilicen, de acuerdo con el marco de referencia. Cuando se empiezan a clasificar los datos, es útil plantearse las siguientes preguntas:

¿Qué datos son importantes?

¿Qué datos pueden agruparse juntos?

¿Se han reunido los suficientes datos?⁶⁵

⁶⁵ Andrade Cepeda Rosa, L. E. (2014). *Proceso de Atención Enfermería*. México: Trillas. pág., 83 – 84.

Agrupación de la información

Es la segunda fase del proceso diagnóstico, consiste en reconocer datos que determinan la existencia de un problema; estos surgen de la comparación de los datos obtenidos con el patrón normal o habitual del individuo; también orienta para obtener datos complementarios.

Es conveniente formularse las siguientes preguntas:

¿Qué datos están relacionados?

¿Se necesitan datos adicionales?

¿Qué deducciones se pueden hacer con esos datos?

Nominación del diagnóstico

En esta fase se describe el diagnóstico de enfermería; para realizarlo se sugiere el formato PES (P, problema o respuesta humana; E, etiología y S, signos y síntomas), cuando es real y cuando es de riesgo se utiliza el PF (P, problema, y F, factores de riesgo).

Verificación del diagnóstico

Verificar es validar con fuentes primarias y secundarias, siempre que sea posible. Esta fase es de suma importancia debido a que, si no se verifica, o se valida por el paciente, no se podrá tener éxito en el plan de atención. Se recomienda la validación teórica y con el paciente.

En la validación teórica se contrastará la etiqueta, los factores relacionados y las características definitorias, con el libro de diagnósticos de la NANDA.

La validación del diagnóstico con el paciente es necesaria para que participe activamente en el plan. Para ello, se le informa de los hallazgos mediante una explicación clara y concisa.⁶⁶

⁶⁶ Andrade Cepeda Rosa, L. E. (2014). *Proceso de Atención Enfermería*. México: Trillas. pág., 84 – 86.

Problemas interdependientes

Son aquellos problemas o situaciones clínicas en cuyas prescripciones y tratamiento colaboran las enfermeras y otros profesionales de la salud. Los problemas interdependientes se organizan en torno a los sistemas corporales; pueden ser sistemas de salud real (actual) o potencial (de riesgo), que se centran en la respuesta fisiopatológica y que los profesionales de enfermería identifican y tratan en colaboración con el médico.

Los tipos de problemas interdependientes son dos, a saber:

Reales: Se trata de un problema presente que requiere tratamiento por parte de un profesional de la salud; la actuación de enfermería se orienta a la aplicación del tratamiento prescrito y la búsqueda de signos y síntomas que indiquen agravamiento del problema.

Potenciales: Formula una posible complicación que se puede producir en la evolución del estado de salud del individuo y que la enfermera no está autorizada legalmente para tratar. La actuación de la enfermera estará encaminada a la búsqueda de signos y síntomas que identifiquen la aparición de un problema.

Consideraciones acerca de la redacción de diagnósticos enfermeros.

- ◆ Se describe un patrón disfuncional, o potencialmente disfuncional, utilizando etiquetas de categorías diagnósticas aceptadas.
- ◆ La relación existente entre la categoría diagnóstica que describe el problema y los factores etiológicos se indican con r/c (relacionado con).
- ◆ Tanto el problema como la etiología se refieren a grupos distintos de signos y síntomas.
- ◆ La estructura del problema y los factores etiológicos es concisa y clara e incluye calificaciones recomendadas.
- ◆ Los factores relacionados dan pauta a las intervenciones de enfermería, por lo que no debe utilizar diagnósticos médicos.⁶⁷

⁶⁷ Andrade Cepeda Rosa, L. E. (2014). *Proceso de Atención Enfermería*. México: Trillas. pág., 87 – 89.

- ◆ El problema y los factores etiológicos se describen sin palabras ambiguas o cargadas de juicios de valor y términos legalmente recomendables.
- ◆ La primera parte del diagnóstico indica la respuesta de la persona y no una actividad de enfermería.

Planeación

La planeación es la tercera etapa del proceso de atención de enfermería (PAE); en ella se seleccionan las intervenciones de enfermería, una vez que se han analizado los datos de valoración y se ha llegado al diagnóstico de enfermería. Se trata de establecer intervenciones de enfermería que conduzcan a la persona a prevenir, reducir o eliminar los problemas detectados.

Etapas

Establecimiento de prioridades.

Cuando se ha identificado más de un diagnóstico de enfermería, es necesario establecer un orden de prioridad, se debe consensuar con la persona, a fin de fortalecer la relación terapéutica y evitar errores y pérdida de tiempo.

Lefebvre señala que una persona puede tener varios diagnósticos de enfermería que, en ocasiones, están entrelazados unos con otros, por ello es esencial establecer un orden de importancia para lograr el equilibrio biológico, psicológico, social o espiritual. Además, menciona que, para determinar el nivel de gravedad de un problema de cuidados de enfermería, se utilizan los criterios de prioridad basados en los valores profesionales.

El orden de prioridad es un sistema de clasificación dirigido a orientar la acción hacia:

- ◆ Protección a la vida.
- ◆ Prevención y alivio del sufrimiento.⁶⁸

⁶⁸ Andrade Cepeda Rosa, L. E. (2014). *Proceso de Atención Enfermería*. México: Trillas. pág., 89 – 92.

- ◆ Prevención y corrección de las disfunciones.
- ◆ Búsqueda de bienestar.

Cuando varios diagnósticos presentan un mismo nivel de gravedad se puede recurrir a la jerarquía de necesidades de Maslow (fisiológicas, de protección y seguridad, amor y pertenencia, autoestima y autorrealización).

Al respecto, Kozier menciona que al asignar las prioridades se deben considerar los valores y creencias de la persona en relación con la salud.

- ◆ Prioridades de la persona: Hacerla participar en la asignación de prioridades y en la planificación de la asistencia para fomentar la colaboración.
- ◆ Recursos a disposición de la enfermera y de la persona: Se refiere a recursos humanos, materiales, financieros, así como los de afrontamiento en la persona, como aceptación de la enfermedad, conocimientos, fortalezas entre otros.
- ◆ Urgencia del problema de salud
- ◆ Terapéutica médica

Formulación de resultados esperados y objetivos de cuidados.

También se denominan objetivos de resultados. Se elaboran una vez que se han priorizado los diagnósticos; de esta manera, un objetivo es la evolución de la persona o una modificación deseada de su comportamiento; es una forma de proyección de la respuesta esperada, observa los comportamientos que manifiestan cambio biológico, afectivo, cognoscitivo, social, espiritual. Se describen en términos de respuestas observables en el paciente; determinan qué espera lograr el personal de enfermería con las intervenciones seleccionadas según el caso.⁶⁹

⁶⁹ Andrade Cepeda Rosa, L. E. (2014). *Proceso de Atención Enfermería*. México: Trillas. pág., 92 – 93.

Para realizar dichos objetivos de resultados es importante tener en cuenta los indicadores, que son aspectos concretos de valoración de cada resultado de enfermería de NOC, que sirven de ayuda para determinar el estado en que se encuentra la persona en relación con el resultado de enfermería. Cada resultado tiene un grupo de indicadores asociados que cumplen esta misión.

Por sí mismos, los indicadores también proporcionan información de la evolución del proceso, ya que se pueden utilizar como resultados intermedios o a corto plazo del proceso de cuidados.

Elección de intervenciones de enfermería

Las intervenciones están dirigidas a modificar los factores etiológicos o factores relacionados; si la intervención resulta exitosa, puede esperarse que el estado de la persona mejore.

En los diagnósticos de enfermería de riesgo, la intervención se dirige a modificar o eliminar los factores de riesgo del diagnóstico.

Las intervenciones representan toda acción que realiza la enfermera, toda actividad o comportamiento que adopta o que trata de desarrollar en la persona; en el marco de sus funciones profesionales, busca el mayor bienestar de la persona cuidada.

Las intervenciones de enfermería son el comportamiento y actividad de los profesionales de enfermería; es lo que hace para ayudar a que de la conducta de la persona se obtenga el resultado deseado.

La NIC se utiliza para documentar la práctica y determinar el impacto de los cuidados de enfermería sobre los resultados de la persona; estos deben especificarse previamente, describen conductas, respuestas y sentimientos de la persona ante los cuidados administrados.⁷⁰

⁷⁰ Andrade Cepeda Rosa, L. E. (2014). *Proceso de Atención Enfermería*. México: Trillas. pág., 94 – 96.

La taxonomía NIC consta de 542 intervenciones que incluyen:

- ◆ Cuidados directos, fisiológicos y psicosociales.
- ◆ Cuidados indirectos, dirigidos a la persona, la familia y la comunidad.
- ◆ Tratamientos dependientes, puestos en marcha por médicos y otros proveedores de cuidados.
- ◆ Tratamientos independientes, puestos en marcha por profesionales de enfermería, seleccionados de acuerdo con los diagnósticos de enfermería.

Para los diagnósticos de riesgo, las intervenciones se dirigen a modificar o eliminar los factores de riesgo del diagnóstico.

Las 542 intervenciones propuestas están organizadas en siete campos, 30 clases y tres niveles: el nivel 1 corresponde a los campos, el 2, a las clases por campo, y el nivel 3 son las intervenciones.

Las características de las intervenciones son las siguientes:

- ◆ Coherentes con el plan.
- ◆ Deben basarse en principios científicos de cuidados de enfermería.
- ◆ Individualizadas, planificar para una persona en particular.
- ◆ Formularse de manera concisa, simple y concreta.
- ◆ Armonizar con el diagnóstico de enfermería y el objetivo.
- ◆ Deben responder a las preguntas qué, cómo, cuándo, dónde y quién.
- ◆ Buscar la progresión hacia la autonomía o el mayor bienestar de la persona.
- ◆ Ser creativas.
- ◆ Favorecer la participación de la persona, la relación de ayuda, y van acompañadas de un componente de enseñanza.
- ◆ Proporcionan un medio seguro y terapéutico.
- ◆ Comprenderán la utilización de los recursos apropiados.⁷¹

⁷¹ Andrade Cepeda Rosa, L. E. (2014). *Proceso de Atención Enfermería*. México: Trillas. pág., 96 – 100.

Tipos de intervenciones

Intervenciones independientes o autónomas. Son las actividades que las enfermeras están autorizadas a emprender sobre la base de sus conocimientos y habilidades. Son las indicadas por la enfermera, como respuesta a un diagnóstico de enfermería y pueden corresponder a:

- ◆ Cuidados físicos
- ◆ Apoyo
- ◆ Valoración continua
- ◆ Soporte emocional
- ◆ Docencia
- ◆ Asesoramiento
- ◆ Control del entorno
- ◆ Referencia a otros profesionales del equipo de salud.

Las intervenciones se basan en la información recabada en la valoración, en los factores (etiológicos) relacionados con los diagnósticos de enfermería. La determinación de las intervenciones de enfermería es necesaria para resolver o disminuir el problema, por lo que se requiere de un método, cuyos pasos a seguir son:

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

Intervenciones dependientes (derivadas o cargo médico delegado). Son las que se realizan por orden del médico o bajo supervisión, o bien según procedimientos sistematizados; pueden ser:

- ◆ Administración de medicamentos.
- ◆ Instalación de terapias intravenosas.
- ◆ Pruebas diagnósticas.
- ◆ Dietas.⁷²

⁷² Andrade Cepeda Rosa, L. E. (2014). *Proceso de Atención Enfermería*. México: Trillas. pág., 100 – 101.

La enfermera es responsable de comprenderlas y llevarlas a cabo; no debe, limitarse únicamente a una simple ejecución, ya que la enfermera conoce los efectos de los medicamentos, las precauciones que deben tomarse y las recomendaciones.

Intervenciones de colaboración o interdependientes. Son acciones que las enfermeras llevan a cabo en colaboración con otros miembros del equipo de asistencia sanitaria.

Para conseguir una práctica interdependiente de naturaleza transdisciplinaria, las enfermeras deben ser competentes desde el punto de vista clínico, sentirse seguras de sus conocimientos y habilidades y asumir la responsabilidad de sus propias acciones.

Desarrollo de planes de cuidados

El plan de cuidados es una guía escrita que organiza la información sobre la intervención de enfermería con una persona.

Tiene como finalidad:

- ◆ Diferenciar las responsabilidades de la enfermera de la de otros miembros del equipo de enfermería o de salud.
- ◆ Orientar la atención de enfermería, mediante la determinación de acciones conducentes a prevenir, paliar o resolver problemas de salud detectados.
- ◆ Proporcionar pautas para la evaluación de los cuidados, ya que sirven de registro de las actividades realizadas.

Objetivos

- ◆ Ofrecer directrices para planes de cuidados individualizados; se organizan de acuerdo con necesidades particulares.
- ◆ Facilitar la continuidad de los cuidados; el plan escrito es un medio para comunicar y organizar las acciones del personal de enfermería de diferentes turnos.
- ◆ Orientar sobre lo que debe quedar documentado; indica, específicamente, qué observaciones realizar, qué acciones y qué indicaciones dar a la familia.
- ◆ Orientar para designar al personal que va a atender a la persona.⁷³

⁷³ Andrade Cepeda Rosa, L. E. (2014). *Proceso de Atención Enfermería*. México: Trillas. pág., 101 – 102.

Tipos

Los planes de cuidados formales son una guía escrita que organiza la información sobre los cuidados del paciente, que ofrecen una continuidad en el cuidado.

Individualizados. Se realizan para cada persona en particular; se basa en la valoración detallada de la persona; puede usarse como fuente de información para realizar planes de cuidados estandarizados y para la investigación clínica de enfermería.

Estandarizados. Son un soporte de información que reagrupa los mismos elementos que un plan de cuidados, pero estos datos son preestablecidos con respecto a un diagnóstico de enfermería, un tipo de pacientes y una práctica de cuidados determinada; Charrier señala que se trata de protocolos de cuidados para las personas que presentan problemas habituales o previsibles, asociados a un diagnóstico enfermero o a un problema de salud. Describen los cuidados de enfermería para un grupo de personas, no para individuos, y se refieren a cuidados alcanzables.

Este sistema de protocolización contempla las actividades autónomas o delegadas que la enfermera realiza para promoción de la salud, tratamiento, rehabilitación y readaptación de la persona hospitalizada, en todas las etapas del proceso de atención.

Documentación y registro.

Es el registro organizado de los diagnósticos de enfermería, resultados esperados e intervenciones; los datos que deben registrarse son los siguientes:

- ◆ Fecha.
- ◆ Verbo de acción.
- ◆ Área de contenido.
- ◆ Tiempo.
- ◆ Firma.⁷⁴

⁷⁴ Andrade Cepeda Rosa, L. E. (2014). *Proceso de Atención Enfermería*. México: Trillas. pág., 102 – 103.

Ejecución

La ejecución constituye la cuarta etapa del proceso de atención de enfermería, el cual se pone en marcha el plan de cuidados y está enfocada en el inicio de aquellas intervenciones de enfermería que ayudan a la persona a lograr los objetivos deseados. Es necesario tomar en cuenta que las acciones deben de ser éticas y seguras.

Phaneuf recomienda, que, para llevar a cabo la ejecución, el personal de enfermería debe considerar:

- ◆ Las capacidades de las personas para realizar o reanudar sus actividades.
- ◆ Las necesidades concretas de conocimiento.
- ◆ Los recursos humanos, económicos y prácticos de que dispone.
- ◆ Un entorno seguro que conduzca a los tipos de actividades necesarias.
- ◆ La edad de la persona.
- ◆ Las complicaciones surgidas durante la hospitalización.
- ◆ Los problemas de salud ya existentes.
- ◆ El estado psicológico de la persona.

Esta etapa debe demostrar flexibilidad en el plan de cuidados, ya que puede haber cambios en el estado de salud del paciente y en los recursos disponibles del hospital o área física.

El profesional de enfermería ejecuta planes de cuidados en diversos ambientes de atención sanitaria, como hospitales, domicilios, centros de enfermeros crónicos, escuelas, etcétera.

Kozier señala que son necesarios tres tipos de habilidades para ejecutar satisfactoriamente el plan de cuidados, a saber:

- ◆ Habilidades cognoscitivas. Para la solución de problemas, toma de decisiones y para el razonamiento crítico y el pensamiento creativo.
- ◆ Habilidades interpersonales. Son los recursos que las personas utilizan para comunicarse directamente con otras; incluyen habilidades verbales y no verbales, que son necesarias para todas las intervenciones de enfermería.⁷⁵

⁷⁵ Andrade Cepeda Rosa, L. E. (2014). *Proceso de Atención Enfermería*. México: Trillas. pág., 105 – 106.

- ◆ Habilidades técnicas. Son habilidades psicomotoras o manuales para la manipulación de equipo y material. Para este tipo de habilidades se requieren conocimientos y destreza manual.

Preparación

Esta parte de la ejecución considera lo siguiente:

- ◆ Revisar las intervenciones de enfermería para asegurarse de que son compatibles con el plan de cuidados establecido y con las intervenciones de otros profesionales.
- ◆ Analizar los conocimientos y habilidades necesarias e identificar el nivel de conocimientos y el tipo de habilidades exigidas para la ejecución.
- ◆ Reconocer las complicaciones potenciales: conocer las complicaciones más habituales de la persona, asociadas a las actividades especificadas en las intervenciones de enfermería. Esto permitirá poner en marcha enfoques preventivos que reduzcan riesgos.
- ◆ Proporcionar los recursos necesarios: prever el tiempo que requiere cada intervención, para la buena organización del trabajo y garantizar, de esta manera, que todas las personas reciban una atención de calidad.
- ◆ Proporcionar un entorno adecuado y seguro: crear un ambiente terapéutico, en el que tanto la persona como el profesional de enfermería puedan trabajar en la resolución de los factores que contribuyen a la presencia del problema de salud.

Intervención

Constituye el conjunto de actividades diseñadas para cubrir las necesidades de salud de las personas, dependiendo de los problemas personales específicos que presenten.

Alfaro recomienda seguir la siguiente regla: Realice las intervenciones enfermeras con pleno conocimiento de las razones y principios implicados, observando cuidadosamente las respuestas. Si no obtiene la respuesta deseada empiece a formular preguntas para averiguar que va mal antes de continuar.⁷⁶

⁷⁶ Andrade Cepeda Rosa, L. E. (2014). *Proceso de Atención Enfermería*. México: Trillas. pág., 106 – 107.

Cuando sepa que es lo que no funciona, haga los cambios requeridos y anótelos en el plan de cuidados según sea necesario.

En la ejecución, debe existir el razonamiento crítico. El profesional de enfermería que utiliza este tipo de razonamiento para ejecutar los cuidados constantemente, anticipa problemas, revisa el enfoque de los cuidados, según las respuestas del usuario, y resuelve problemas para superar obstáculos.

Cuando se aplica el razonamiento crítico, puede plantearse las siguientes preguntas:

- ◆ ¿Cuál es el problema?
- ◆ ¿Qué información necesito y cómo la puedo obtener?
- ◆ ¿Qué significan los datos?
- ◆ Basándome en los hechos, ¿Qué debo hacer?
- ◆ ¿Esta es la mejor forma de tratar el problema?

El uso del razonamiento crítico le permite determinar si las intervenciones planificadas son todavía adecuadas o si es necesario modificar el plan de cuidados.

Documentación

La documentación se realiza en todas las fases anteriores del proceso y adquiere un valor fundamental en la ejecución. “lo escrito no forma parte de la realidad”. Por esta razón las actividades de las enfermeras deben registrarse en los formatos definidos institucionalmente; además es un registro legal de los cuidados administrados al paciente.

Generalmente, los registros proporcionan la única prueba documental de que se han llevado a cabo los tratamientos médicos y enfermeros; las anotaciones incompletas o confusas dificultan la continuidad de los cuidados.

Los registros de las intervenciones de enfermería deben hacerse de manera completa y exacta, por las siguientes dos razones⁷⁷.

⁷⁷ Andrade Cepeda Rosa, L. E. (2014). *Proceso de Atención Enfermería*. México: Trillas. pág., 107– 108.

- ◆ Anotar de manera inmediata aporta mayor exactitud de los registros.
- ◆ Con frecuencia, escribir lo que se ha observado y hecho, estimula en la memoria del profesional de enfermería hacer o valorar algo más.

Los propósitos de registro son:

- ◆ Mantener informado a otros profesionales del área de la salud sobre datos de la persona, cuidados proporcionados y las respuestas que éste tenga a las intervenciones.
- ◆ Proporcionar una base para la evaluación, investigación y mejorar la calidad de los cuidados.
- ◆ Respaldo legalmente las actuaciones del personal de enfermería.
- ◆ Estimar el pago de los servicios prestados.

Tipos de registros

La enfermera utiliza diferentes registros, tales como registro gráfico de signos vitales, registros de medicamentos, hojas para balance de líquidos. También realiza notas de enfermería que representan la evolución del paciente durante el turno.

Informes verbales

Además de la documentación escrita concerniente al estado del cliente y a los cuidados que se le administran, la enfermera también debe, al finalizar el turno del trabajo.

Evaluación.

La evaluación es la quinta y la última etapa del PAE, se define como la comparación planificada y sistematizada entre el estado de salud del paciente y los resultados esperados.⁷⁸

⁷⁸ Andrade Cepeda Rosa, L. E. (2014). *Proceso de Atención Enfermería*. México: Trillas. pág., 109– 113.

Es el instrumento que poseen las enfermeras para medir la calidad de los cuidados que realizan, y de esta forma determinar si los planes han sido eficaces, si necesitan introducir cambios, o, por el contrario, se dan por finalizados. La evaluación tiene como propósito fundamental determinar el progreso de las personas o grupos para mejorar, aliviar o recuperar su situación de salud. Su repercusión es directamente proporcional a la satisfacción de las personas que han entrado en el sistema de cuidados de salud.

En este sentido los dos criterios más importantes que valoran la enfermería son la eficacia y la efectividad de las actuaciones.

El proceso de evaluación consta de los siguientes aspectos:

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

Obtención de datos

La evaluación es un proceso que requiere de la valoración de los distintos aspectos del estado de salud del paciente. Según Iyer las distintas áreas sobre las que se evalúan los resultados esperados son las siguientes.

- ◆ Aspecto general y funcionamiento del cuerpo.
- ◆ Observación directa, examen físico.
- ◆ Examen de la historia clínica.

Señales y síntomas específicos:

- ◆ Observación directa.
- ◆ Entrevista con el paciente.
- ◆ Examen de la historia.⁷⁹

⁷⁹ Andrade Cepeda Rosa, L. E. (2014). *Proceso de Atención Enfermería*. México: Trillas. pág., 113 – 114.

Conocimientos

- ◆ Entrevista con el paciente.
- ◆ Cuestionarios.

Capacidad psicomotora

- ◆ Observación directa durante la realización de la actividad.

Estado emocional

- ◆ Observación directa, mediante lenguaje corporal y expresión verbal de emociones.
- ◆ Información dada por el resto del personal.
- ◆ Situación espiritual
- ◆ Entrevista con el paciente.
- ◆ Información dada por el resto del personal.

Comparación con resultados esperados.

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

- ◆ El paciente ha alcanzado el resultado esperado
- ◆ El paciente está en proceso de lograr el resultado esperado, nos puede conducir a plantear otras actividades.
- ◆ El paciente no ha alcanzado el resultado esperado y no parece que lo vaya a conseguir.

Fernández Ferrín menciona varios tipos de resultados posibles, para lo cual se toman en cuenta los objetivos que, en este caso, serían los indicadores de respuestas esperadas, y pueden ser:

- ◆ Resultados positivos: Cuando se han logrado los objetivos.⁸⁰

⁸⁰ Andrade Cepeda Rosa, L. E. (2014). *Proceso de Atención Enfermería*. México: Trillas. pág., 114 – 115.

- ◆ Resultados negativos: Los resultados no coinciden, no se ha logrado el objetivo.
- ◆ Resultados anticipados: Son resultados positivos o negativos que se han producido antes de realizar las actividades planificadas.
- ◆ Resultados inesperados: Son resultados negativos que surgen como consecuencia de que ha aparecido un nuevo problema.

La evaluación consiste en medir los cambios de la persona con respecto a los objetivos marcados, como resultado de la intervención enfermera, con el fin de establecer correcciones.

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

Evaluación continua

La calidad de los cuidados siempre debe mejorarse; la calidad es dinámica, hoy es aceptable y mañana puede estar por debajo de los estándares, especialmente si se considera los avances modernos como las modalidades diagnósticas y terapéuticas.⁸¹

⁸¹ Andrade Cepeda Rosa, L. E. (2014). *Proceso de Atención Enfermería*. México: Trillas. pág., 115 – 118.

PLAN DE CUIDADOS ESTANDARIZADOS DE ENFERMERÍA (PLACE).

Según Griffith-Kenney y Christensen, el PLACE “Es un instrumento para documentar y comunicar la situación del paciente/cliente, los resultados que se esperan, las estrategias, indicaciones, intervenciones y la evaluación de todo ello”. Existen diferentes tipos de planes de cuidados, entre ellos destacan los siguientes:

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

Estandarizado: Según Mayers, es un protocolo específico de cuidados, apropiado para aquellos pacientes que padecen los problemas normales o previsibles relacionados con el diagnóstico concreto o una enfermedad”.

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

Computarizado: Requieren la captura previa en un sistema informático de los diferentes tipos de planes de cuidados estandarizados, son útiles si permiten la individualización a un paciente concreto.

Taxonomías para el cuidado de enfermería NANDA, NOC y NIC

La utilización de las taxonomías NANDA, NIC y NOC facilita a los profesionales de enfermería la planificación de los cuidados al utilizar un lenguaje estandarizado, así como, un marco de análisis y reflexión en la toma de decisiones.⁸²

⁸² Briseida. (18 de Noviembre de 2011). *LINEAMIENTOS GENERALES PARA LA ELABORACION DE PLANES DE CUIDADO*. Obtenido de equipo4calidad: mnavarrete4controldevenoclisib.blogspot.com/.../lineamientos-generales-para-la.htm

North American Nursing Diagnosis Association (NANDA). La NANDA proporciona una clasificación diagnóstica que sirve de herramienta, a través de la cual, se unifica internacionalmente el lenguaje de enfermería sin importar las barreras idiomáticas o culturales.

El diagnóstico real de acuerdo con la NANDA incluye una etiqueta, la definición del diagnóstico, las características definitorias (signos y síntomas) y factores relacionados (causales o asociados); el diagnóstico potencial incluye la etiqueta, la definición y los factores de riesgo asociados.

Nursing Outcomes Classification NOC, Clasificación de resultados de enfermería. La taxonomía NOC se utiliza para conceptualizar, denominar, validar y clasificar los resultados que se obtienen de la intervención de enfermería. Este lenguaje incluye resultados esperados, indicadores y escalas de medición.

Los resultados representan el nivel más concreto de la clasificación y expresan los cambios modificados o sostenidos que se quieren alcanzar en las personas, familia o comunidad, como consecuencia de los cuidados de enfermería.

Cada resultado posee un nombre, una definición e indicadores y medidas para su evaluación a través de escalas.

El indicador se refiere a los criterios que permiten medir y valorar los resultados de las intervenciones de enfermería, utilizando una escala tipo Likert de cinco puntos para cuantificar el estado en el que se encuentra el resultado.

Nursing Interventions Classification (NIC) clasificación de intervenciones de enfermería. La taxonomía NIC, es una clasificación global y estandarizada de las intervenciones que realiza el profesional de enfermería, que tiene como centro de interés la decisión que tome para llevar a la persona al resultado esperado.⁸³

⁸³ Briseida. (18 de Noviembre de 2011). *LINEAMIENTOS GENERALES PARA LA ELABORACION DE PLANES DE CUIDADO*. Obtenido de equipo4calidad: mnavarrete4controldevenocclisis.blogspot.com/.../lineamientos-generales-para-la.htm.

Esta taxonomía está compuesta por dos elementos sustanciales: Las intervenciones y las actividades de enfermería.

Las intervenciones de enfermería son estrategias concretas diseñadas para ayudar a la persona, familia o comunidad a conseguir los resultados esperados, son genéricas y cada una de ellas incluye varias actividades.

Modelo Area

El modelo AREA establece una estructura para el razonamiento clínico que incluye los problemas centrándolos en los resultados esperados en la práctica enfermera, puede ser de suma utilidad para resolver algunos problemas que se nos plantean en la clínica a la hora de aplicar en el proceso enfermero, así como para aflorar el razonamiento clínico de las enfermeras. Este modelo proporciona una estructura para el trabajo intelectual.

Razonamiento Clínico

Proceso de pensamiento reflexivo concurrente creativo, crítico, sistemático y complejo inherente a la práctica; utilizados para enmarcar, yuxtaponer probar y emitir juicios sobre la transición de estado actual hacia los objetivos del resultado esperado.

No podemos perder de vista que el proceso enfermero es el eje fundamental de nuestra acción profesional y el soporte metodológico para la planificación de los cuidados.

Red de Razonamiento

Se basa en la representación gráfica de las relaciones que existen entre los diferentes diagnósticos y el elemento central aquella situación que consideramos más oportuna, el paciente, su patología el diagnóstico médico.⁸⁴

⁸⁴VALLEJO, J. C. (Junio-Dicimbre de 2006). *Sobre el modelo AREA y el Proceso Enfermero*. Obtenido de http://www.index-f.com/inquietudes/35pdf/35_articulo_21_29-0707.pdf, pág., 22 – 23.

Muchos diagnósticos enfermeros se relacionan entre sí, existen conexiones entre ellos, de tal manera que incluso podríamos decir que se enlazan unos con otros.

Mediante el razonamiento podremos entender cuáles y cómo son las relaciones que mantienen, lo que implica pensar de forma sistemática.

La representación de la situación del paciente mediante un dibujo, es lo que denominamos red lógica. La creación de una red lógica trata de vincular, unir, conectar, crear nexos y enlaces en la cuestión central.

Estos enlaces se representan mediante líneas de conexión, mientras que la dirección de la relación se establece añadiendo a la línea puntas de flechas que marcan en qué sentido se entiende la dirección. Las redes de razonamiento ayudan a ver claramente cuál es el concepto del cuidar.

Una vez se conoce el Modelo AREA se abre un interesante campo de exploración, el tiempo y esfuerzo que dediquemos a esta indagación puede ser provechoso si de él obtenemos ayuda para avanzar en la aplicación práctica del proceso enfermero; el mero hecho de intentar conocer el modelo asocia un beneficio por lo que supone de reflexión sobre lo que estamos haciendo y el enfoque particular que tiene este modelo sobre los cuidados y su orientación a los resultados.⁸⁵

⁸⁵ VALLEJO, J. C. (Junio-Dicimbre de 2006). *Sobre el modelo AREA y el Proceso Enfermero*. Obtenido de http://www.index-f.com/inquietudes/35pdf/35_articulo_21_29-0707.pdf pág., 24 – 26.

ANATOMÍA Y FISIOLOGÍA DEL RIÑÓN

Los riñones son órganos pares de color rojizo y de forma de alubia, situados en los flancos entre el peritoneo y la pared posterior del abdomen, son órganos retroperitoneales. Los riñones se localizan entre la última vertebra torácica y la tercera vértebra lumbar. El riñón derecho está un poco descendido que el izquierdo porque el hígado ocupa un espacio considerable en el lado derecho por encima del riñón.

El riñón típico de un adulto mide 10-12 cm de largo, 5-7 cm de ancho y 3 cm de espesor y pesa de 135 a 150 gr. El borde cóncavo interno de cada riñón mira hacia la columna vertebral. Cerca del centro de este borde interno se encuentra una escotadura llamada hilio renal.⁸⁶

La irrigación de los riñones es muy abundante y se debe a la función de depuración sanguínea que éstos realizan; las arterias renales derecha e izquierda son ramas de la arteria aorta abdominal, de la cual se originan a nivel de la primera vértebra lumbar, al penetrar por el hilio renal forman parte del pedículo renal. El retorno venoso de los riñones se produce a través de las venas renales derecha e izquierda que drenan a la vena cava inferior.

Morfología Interna: Seno, Parénquima renal (corteza y médula) y Vascularización

El seno renal es la cavidad del riñón que se forma a continuación del hilio renal, contiene las arterias y venas renales segmentarias e interlobulares, las ramas nerviosas principales del plexo renal y las vías urinarias intrarrenales, los cálices renales menores y mayores y la pelvis renal, todos ellos rodeados de tejido graso que contribuye a inmovilizar dichas estructuras.

El parénquima renal es la parte del riñón que asegura sus funciones, está constituido por las nefronas, cada una con una porción en la corteza y otra en la médula renal.⁸⁷

⁸⁶ Gerard, B. (s.f.). Principios de Anatomía y Fisiología. En B. D. Gerard Tortora, *Tortora. Derrickson*. pág., 1001. México: Editorial Médica Panamericana.

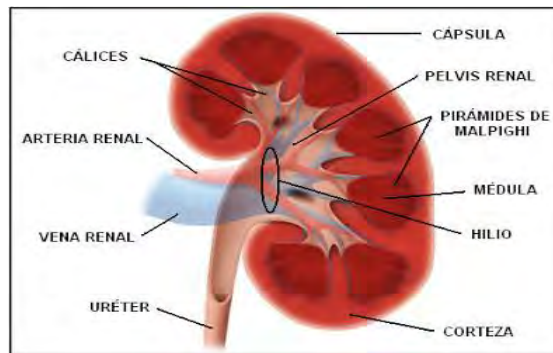
⁸⁷ Blancas, C. A. (s.f.). *Infermera Virtual*. Obtenido de <https://www.infermeravirtual.com/files/media/file/103/Sistema%20urinario.pdf?1358605607>. Pág.,3.

La corteza renal es la zona del parénquima situada inmediatamente por debajo de la cápsula fibrosa, tiene un aspecto liso, rojizo y un espesor aproximado de 1 cm., se prolonga entre las pirámides formando las columnas de Bertin.

En la corteza y las columnas se disponen los corpúsculos renales y los conductos contorneados de las nefronas, además de los vasos sanguíneos más finos.

La médula renal es de color marrón y textura estriada, consta de 8 a 18 estructuras cónicas, las llamadas pirámides renales o de Malpighi, cuyos vértices, dirigidos hacia el seno renal, se denominan papilas.⁸⁸

Juntas la corteza y las pirámides renales de la médula constituyen el parénquima (porción funcional) del riñón. Dentro del parénquima se encuentran las porciones funcionales: cerca de un millón de estructuras microscópicas llamadas nefronas. La orina que se forma en las nefronas drena a largos conductos papilares que se extienden a través de la papila renal de las pirámides. Los conductos papilares drenan en estructuras en forma de copa llamadas cálices menores y mayores. Cada riñón tiene de 8 a 18 cálices menores y de 2 a 3 cálices mayores. Un cáliz menor recibe orina de los conductos papilares de una papila renal y la envía a una gran cavidad única, la pelvis renal y luego por el uréter hacia la vejiga urinaria.⁸⁹



⁸⁸ Blancas, C. A. (s.f.). *Infermera Virtual*. Obtenido de <https://www.infermeravirtual.com/files/media/file/103/Sistema%20urinario.pdf?1358605607>. Pág.,3

⁸⁹ Gerard, B. (s.f.). Principios de Anatomía y Fisiología. En B. D. Gerard Tortora, *Tortora, Derrickson*. Pág., 1004. México: Editorial Médica Panamericana.

Nefrona

Las nefronas son las unidades funcionales de los riñones. Cada nefrona consta de dos partes: un corpúsculo renal donde se filtra el plasma sanguíneo y un túbulo renal, hacia el cual pasa el líquido filtrado. Los dos componentes del corpúsculo renal son el glomérulo (red capilar) y la cápsula glomerular (de Bowman), una cubierta epitelial de pared doble que rodea a los capilares glomerulares. El plasma sanguíneo se filtra en la cápsula glomerular y luego el líquido filtrado pasa al túbulo renal, que tiene tres sectores principales.⁹⁰

Cápsula glomerular: Podemos imaginar la cápsula como un globo parcialmente desinflado en el que se hunde el glomérulo como un puño, de manera que los capilares glomerulares quedan rodeados por una doble pared de la cápsula de Bowman, la pared visceral, en íntimo contacto con la pared de los capilares, que forman la membrana de filtración y por fuera la pared parietal, entre las dos capas está el espacio capsular que se continua sin interrupción con la luz del túbulo renal.

El túbulo renal nace a continuación de la cápsula de Bowman, su función es la de concentrar el filtrado hasta conseguir una orina definitiva ajustada a las necesidades homeostáticas de la sangre.

El túbulo contorneado proximal es un tubo sinuoso de 13 mm de longitud aprox., se dispone a continuación del corpúsculo renal, consta de un epitelio cuboide simple, cuyas células poseen un borde en cepillo de microvellosidades que aumenta su capacidad de absorción. Su función principal es la de reabsorber el 80% aprox. del filtrado glomerular.

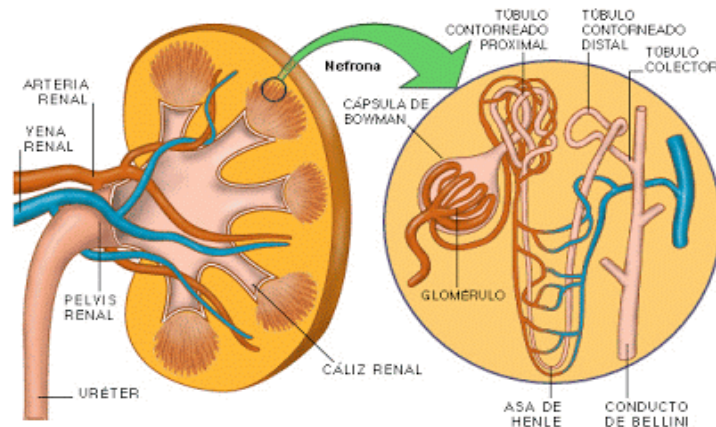
El asa de Henle está constituida por dos ramas en forma de horquilla: la rama descendente que parte a continuación del tubo contorneado proximal y la rama ascendente, a continuación, que retorna hacia la corteza renal.⁹¹

⁹⁰ Gerard, B. (s.f.). Principios de Anatomía y Fisiología. En B. D. Gerard Tortora, *Tortora, Derrickson*. pág., 1005. México: Editorial Médica Panamericana.

⁹¹ Blancas, C. A. (s.f.). *Infermera Virtual*. Obtenido de <https://www.infermeravirtual.com/files/media/file/103/Sistema%20urinario.pdf?1358605607>. Pág.,4

El túbulo contorneado distal es de epitelio cuboide simple con algunas células principales poseedoras de receptores para las hormonas antidiurética y aldosterona.

El túbulo o conducto colector, es un tubo rectilíneo que se forma por confluencia de los túbulos contorneados distales de varias nefronas, a su vez, varios túbulos colectores confluyen en un conducto papilar que junto con otros similares drena en un cáliz menor.⁹²



Formación de la orina

Para producir orina, las nefronas y los túbulos colectores desarrollan tres procesos básicos; filtración glomerular, reabsorción tubular y secreción tubular.

Filtración glomerular. En el primer paso de la producción de orina, el agua y la mayor parte de los solutos en el plasma sanguíneo se movilizan a través de la pared de los capilares glomerulares hacia la cápsula de Bowman y luego hacia el túbulo renal.

Los elementos de la sangre (hematíes leucocitos y plaquetas) así como las proteínas plasmáticas no pueden atravesar la membrana de filtración, de ahí que el filtrado, orina primitiva u orina inicial que se recoge en el espacio de Bowman tenga una composición similar a la del plasma, excepto en lo que concierne a las proteínas.⁹³

⁹² Blancas, C. A. (s.f.). *Infermera Virtual*. Obtenido de <https://www.infermeravirtual.com/files/media/file/103/Sistema%20urinario.pdf?1358605607>. Pág.,4

⁹³ Gerard, B. (s.f.). Principios de Anatomía y Fisiología. En B. D. Gerard Tortora, *Tortora, Derrickson*. pág., 1006. México: Editorial Médica Panamericana.

Reabsorción tubular. A medida que el líquido filtrado fluye a lo largo del túbulo renal y a través del túbulo colector, las células tubulares reabsorben cerca del 99% del agua filtrada y diversos solutos útiles.

La reabsorción del 99% del filtrado sucede a todo lo largo del túbulo renal especialmente en el segmento contorneado proximal (un 80% aprox.) mientras que el ajuste preciso del volumen y composición de orina definitiva se efectúa en el túbulo contorneado distal y colector.

Secreción tubular. A medida que el líquido fluye a lo largo del túbulo renal y a través del túbulo colector, las células tubulares secretan hacia aquél otras sustancias, como desechos, fármacos e iones en exceso.

Mediante la filtración, la reabsorción y la secreción, las nefronas mantienen la homeostasis del volumen sanguíneo y su composición.⁹⁴

Análisis de la orina

El análisis del volumen y las propiedades físicas, químicas y microscópicas de la orina, llamado análisis de orina, es sumamente revelador del estado del organismo. El volumen de la orina eliminado por día en un adulto normal es de 1-2 litros. La ingestión de líquido, la presión arterial, la osmolaridad de la sangre, la dieta, la temperatura corporal, los diuréticos, el estado mental y la salud general influyen en el volumen urinario.

El agua representa alrededor del 95% del volumen total de la orina. El 5% restante consiste en electrolitos, solutos derivados del metabolismo celular y sustancias exógenas como los fármacos. La orina normal por lo general está exenta de proteínas.

⁹⁴ Gerard, B. (s.f.). Principios de Anatomía y Fisiología. En B. D. Gerard Tortora, *Tortora, Derrickson*. pág., 1010. México: Editorial Médica Panamericana.

Características de la orina normal

| Características | Descripción |
|-----------------|--|
| Volumen | Uno o dos litros en 24 horas, pero varía considerablemente. |
| Color | Amarillo o ámbar, pero varía con la concentración de la orina y la dieta. La orina concentrada es más oscura. |
| Turbidez | Trasparente cuando es fresca, pero se vuelve turbia cuando se estaciona. |
| Olor | Poco aromática, pero tiene olor a amoníaco al estacionarse un tiempo. |
| pH | Fluctúa entre 4.6 y 8.0; promedio 6.0 varía considerablemente con la dieta. Las dietas ricas en proteínas aumentan la acidez; las dietas vegetarianas aumentan la alcalinidad. |
| Densidad | La densidad es la relación del peso de un volumen de una sustancia con respecto al peso del mismo volumen de agua destilada. En orina varía de 1.001 a 1,03. Cuanto más alta es la concentración de solutos, mayor es la densidad. |

95

⁹⁵ Gerard, B. (s.f.). Principios de Anatomía y Fisiología. En B. D. Gerard Tortora, *Tortora, Derrickson*. pág., 1028. México: Editorial Médica Panamericana.

Constituyentes de la orina anormal

| Constituyente anormal | Comentarios |
|--------------------------|---|
| Albúmina | La presencia de albúmina excesiva en la orina indica un aumento de la permeabilidad de las membranas de filtración como consecuencia de lesión o enfermedad. |
| Glucosa | La presencia de glucosa en la orina se llama glucosuria por lo general indica diabetes mellitus. |
| Glóbulos rojos | La presencia de glóbulos rojos en la orina se llama hematuria y suele indicar un cuadro patológico. Una causa es la inflamación aguda de los órganos urinarios como resultado de enfermedad. |
| Cuerpos cetónicos | La concentración elevada de cuerpos cetónicos en la orina, llamada cetonuria, puede indicar diabetes mellitus, anorexia, ayuno o simplemente, muy pocos hidratos de carbono en la dieta. |
| Bilirrubina | Cuando los macrófagos destruyen a los glóbulos rojos, la hemoglobina se divide en la porción globina y el hemo se convierte en biliverdina. La mayor parte de la biliverdina se transforma en bilirrubina lo cual le da a la bilis su color. Un nivel anormal de bilirrubina en la orina se llama bilirrubinuria. |
| Urobilinógeno | La presencia de urobilinógeno en la orina se llama urobilinogenuria, puede ser la consecuencia de anemia perniciosa, hepatitis infecciosa, obstrucción biliar. |
| Cilindros | Son masas pequeñas de material que se endurecieron y adoptaron la forma de la luz del túbulo en el cual se formaron. Los cilindros se denominan según las células o las sustancias que los componen o sobre la base de su aspecto. |
| Microorganismos | La cantidad y el tipo de microorganismos varían con las infecciones urinarias específicas. Uno de los más comunes es E.coli. |

PIELONEFRITIS

Definición

Pielonefritis; procede de la palabra griega: Pyelo-pelvis, nephros- riñon, itis-enfermedad-inflamación.

La pielonefritis es una infección urinaria que compromete las vías urinarias altas, riñón y pelvis renal, en la mayoría de los casos es sintomática acompañada de dolor en la parte media de la espalda además de fiebre y escalofríos. La pielonefritis generalmente se inicia con un foco renal circunscrito de infección que afecta a uno o ambos riñones.

Etiología

Factores intrínsecos:

- ◆ Obstrucción de vías urinarias, estasis, reflujo vesicoureteral.
- ◆ Embarazo y vejez.
- ◆ Actividad sexual en la mujer.
- ◆ Células epiteliales vaginales con mayor adhesividad a las cepas de E. coli.
- ◆ Respuestas inmunitarias a la persistencia de antígenos bacterianos y reacciones cruzadas entre la proteína de tam horsfall y las bacterias gramnegativas, con mayor sensibilidad a presentar estas infecciones.

Factores extrínsecos:

- ◆ El agente infeccioso más frecuente en estos casos es E. coli.
- ◆ La instrumentación de vías urinarias es el factor más importante en las infecciones urinarias hospitalarias, y el uso de sonda vesical es su causa fundamental. ⁹⁷

⁹⁷

Manuel, J. A. (2002). *El internista. Medicina interna para Internistas*. México: McGRAW-HILL INTERAMERICANA EDITORES.

Fisiopatología

Entre los mecanismos que mantienen la esterilidad de la vía urinaria se encuentran, el mecanismo de vaciamiento completo y frecuente de la vejiga, los esfínteres ureterovesical y uretrales intactos, la descamación constante del epitelio urinario, el flujo y las características de la orina (como el pH mayor 8,5 y menor a 5 donde se producen inhibición del desarrollo, la osmolaridad, la concentración de urea, el arrastre mecánico) y las barreras inmunitarias (factores antiadherentes, inmunoglobulinas A secretoras, proteínas de Tamm-Horsfall) y mucosa (con poder bactericida) junto con la flora normal de la uretra anterior quienes luchan contra las bacterias y sus propiedades para la colonización y multiplicación.

Las bacterias presentan movilidad y están integradas por antígenos bacterianos (antígeno O, K, H) hemolisinas y organelas que le permiten su adherencia. Las alteraciones de cualquiera de estos mecanismos y la estasis de la orina son factores que predisponen a la infección del tracto urinario.

La invasión de microorganismos a la pelvis renal se da por diferentes vías:

- ◆ La vía hematógena donde los agentes más frecuentes son el *Staphylococcus*, *Pseudomonas* y *Salmonella*, siendo el compromiso renal una consecuencia de un foco infeccioso de otro origen.
- ◆ La vía ascendente donde los gérmenes presentes en el tracto intestinal contaminan las zonas perianal, perineal y genital, migran a la uretra, llegan a la vejiga donde se multiplican produciéndose un desequilibrio entre el microorganismo agresor y los mecanismos defensivos. Esta misma vía es la responsable en casos de instrumentación, sondeo, cistoscopia etc. ⁹⁸

⁹⁸ Huanca, M. (Septiembre de 2011). Pielonefritis. *Revistas Bolivianas*, pág., 524. Obtenido de http://www.revistasbolivianas.org.bo/scielo.php?pid=S2304-37682011000800001&script=sci_arttext

En procesos infecciosos de la vía urinaria baja, las bacterias como la *Escherichia coli* pielonefritogénica, *Staphylococcus aureus*, *Salmonella* spp., *Candida* spp., *Staphylococcus epidermidis*, y bacilos Gram negativos como la *Pseudomona aeruginosa*, *Acinetobacter* spp., a través del tracto urinario bajo, generalmente como consecuencia de una contaminación bacteriana en la región perineal, producto de higiene inadecuada de la región en mención.

Una vez que han ingresado a la región uretral, llegan hasta la vejiga urinaria, produciendo sintomatología propia de la cistitis. Si la infección no ha sido controlada, asciende a través de los uréteres hasta la pelvis renal, provocando la sintomatología propia de este cuadro.

- ◆ La vía linfática donde la migración directa de gérmenes, va desde el intestino al riñón fue aceptada en general por considerar un factor importante el "síndrome de constipación".

Una vez alcanzado el riñón los microorganismos producen infección de la médula y papilas renales, mismas que son especialmente sensibles al cambio de pH, aumento de osmolaridad y escasa perfusión sanguínea que se presenta en esta entidad, siendo éste último resultado, el causante de la disminución de la migración leucocitaria, lo cual favorece a la proliferación de los uropatógenos. La respuesta a la colonización bacteriana es inespecífica, local y sistémica. El riesgo de reinfección aumenta en casos de infección urinaria crónica o recurrente y cuando la infección es provocada por un tipo de bacteria particularmente agresiva.⁹⁹

⁹⁹Huanca, M. (Septiembre de 2011). Pielonefritis. *Revistas Bolivianas*, pág., 525. Obtenido de http://www.revistasbolivianas.org.bo/scielo.php?pid=S2304-37682011000800001&script=sci_arttext

Signos y síntomas

Por lo general, los síntomas de pielonefritis aguda se desarrollan con rapidez, en unas horas o un día, y comprenden hipertermia (por lo regular mayor de 38.5°C), escalofríos, náusea, vómito, anorexia, cefalea, taquicardia y dolor muscular generalizado, bacteriuria la exploración física revela dolor notable a la presión en una o ambas fosas lumbares o a la palpación abdominal profunda.

De los casos de pielonefritis aguda no complicada, 80% presenta 100 000 colonias/cm³ de orina, y 10 a 15% entre 10 000 y 100 000 colonias por centímetro cúbico.

Cambios estructurales

- ◆ Obstrucción urinaria
- ◆ Litiasis renal
- ◆ Cilindros leucocitarios
- ◆ Anormalidades anatómicas de las vías urinarias
- ◆ Absceso perirrenal
- ◆ Lesión parenquimatosa

Complicaciones

Respuesta inflamatoria sistémica y evolucionar a choque séptico. En 1 a 3% de los pacientes tal vez ocurra infección metastásica en otros sitios debido a sepsis de vías urinarias; entre los más frecuentes están endocardio, meninges, ojo y vértebras.

Limitaciones

- ◆ Dolor al miccionar
- ◆ Dificultad para cambiar de posición.¹⁰⁰

¹⁰⁰ Manuel, J. A. (2002). *El internista. Medicina interna para Internistas*. México: McGRAW-HILL INTERAMERICANA EDITORES.

II. APLICACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

VALORACIÓN DE NECESIDADES HUMANAS

I. FICHA DE IDENTIFICACIÓN

| | | |
|---------------------------------|---|---------------------------------|
| Nombre: KSJ | Edad: 27 años | Talla: 1.59 |
| Fecha de nacimiento: 22-09-1989 | | Sexo: Femenino |
| Ocupación: Estudiante | Escolaridad: Licenciatura | Fecha de admisión: 06.05.16 |
| Hora: 9:00 | Procedencia: Ciudad de México | Fuente de información: Paciente |
| Fiabilidad: Popular | Miembro de la familia/ persona significativa: Madre | |

II. VALORACIÓN DE NECESIDADES HUMANAS

1. NECESIDADES BÁSICAS DE:

Oxigenación, nutrición e hidratación, Eliminación y termorregulación.

NECESIDAD DE OXIGENACIÓN

Datos Subjetivos:

| | |
|--|-------------------------|
| Disnea debido a; x | Tos productiva /seca: x |
| Dolor asociado con la respiración: Dolor lumbar a la inspiración profunda | |
| Fumador: x | |
| Desde cuando fuma/ cuántos cigarros al día/ varía la cantidad según su estado emocional: x | |

Datos Objetivos:

| | |
|---|-----------------------------------|
| Registro de signos vitales y características: T/A: 90/60mmHg, F/R: 140 latidos por minuto | |
| F/R: 20 respiraciones por minuto, Temperatura: 39.7°C. | |
| Tos productiva /seca: x | Estado de consciencia: Consciente |
| Coloración de piel/lechos ungueales/peribucal: Palidez generalizada, llenado capilar 2 segundos | |
| Circulación del retorno venoso: Circulación adecuada. | |
| Otros: | |
| | |

NECESIDAD DE NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN

Datos subjetivos

| |
|---|
| Dieta habitual (tipo): Normal |
| Número de comidas diarias: 3 |
| Trastornos digestivos: Negado (en el transcurso de la enfermedad no presentó evacuaciones) |
| Intolerancia alimentarias/ Alergias: Negadas |
| Problemas de la masticación y deglución: Negado |
| Patrón de ejercicio: Caminar (En el transcurso de la enfermedad permaneció en reposo) |

Datos objetivos:

| |
|---|
| Turgencia de la piel: Elasticidad adecuada, (presenta diaforesis) |
| Membranas mucosas hidratadas/ secas: Secas |
| Características de uñas/cabello: Uñas limpias y cortas, cabello limpio |
| Funcionamiento neuromuscular y esquelético: Adecuada flexión y extensión de miembros torácicos y pélvicos (Presenta debilidad generalizada) |
| Aspecto de los dientes y encías: Presenta caries en segundo molar inferior, encías rosadas. |
| Heridas, tipo y tiempo de cicatrización: Negado |
| Otros: Piel con palidez generalizada, diaforesis, |
| |

NECESIDAD DE ELIMINACIÓN

Datos subjetivos:

| | |
|--|---------------------|
| Hábitos intestinales: | |
| características de las heces: Formadas (No presenta evacuaciones durante cinco días) | |
| Historia de hemorragias otros: Negado | |
| Uso de laxantes: Negado | Hemorroides: Negado |
| Dolor al defecar: Negado | |
| Hábitos vesicales: | |
| Olor y color de la orina: Amarilla (olor fétido, color ámbar) | |
| Disuria: Si | |
| Poliuria: Negado | |
| Nicturia: Negado | |
| Urgencia: Negado | |
| Ciclo Menstrual (regular): irregular | |
| Dismenorrea: Negada | |
| Cómo influyen las emociones en sus patrones de eliminación: No influyen | |

Datos objetivos:

| |
|--|
| Abdomen, características: Blando depresible sin dolor a la palpación |
| |
| Ruidos intestinales: Disminuidos |
| Palpación de la vejiga urinaria: Sin dolor a la palpación |
| Otros: |

NECESIDAD DE TERMORREGULACIÓN

Datos subjetivos:

| |
|--|
| Adaptabilidad a los cambios de temperatura: Si |
| Ejercicio, tipo y frecuencia: No realiza ejercicio |
| Temperatura ambiental que le es agradable: 25° |

Datos objetivos:

| |
|---|
| Características de la piel: Palidez generalizada |
| Transpiración: Diaforesis |
| Condiciones del entorno físico: Agradable con adecuada ventilación |
| Otros: Durante la exploración física presenta temperatura corporal de 39.7°c con palidez de tegumentos y diaforesis |

2. NECESIDADES BÁSICAS DE:

Moverse y mantener una buena postura, usar prendas de vestir adecuadas, higiene y protección de la piel y evitar peligros.

NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA

Datos subjetivos:

| |
|--|
| Capacidad física cotidiana: Caminar |
| Actividades en el tiempo libre: Leer |
| Hábitos de descanso: Duerme en la noche |
| Hábitos de trabajo: Pasa la mayor parte de pie |

Datos objetivos:

| | |
|--|-------------------------------------|
| Estado del sistema músculo esquelético, fuerza: Fuerza muscular débil | |
| Capacidad muscular, tono/resistencia/flexibilidad: Adecuada flexibilidad de miembros superiores e inferiores. | |
| Posturas: Decúbito supino | |
| Necesidad de ayuda para la deambulación: En el transcurso de la enfermedad requería de ayuda para la deambulación por la debilidad que presentaba. | |
| Dolor con el movimiento: Dolor lumbar | Presencia de temblores: Escalofríos |
| Estado de conciencia: Alerta | Estado emocional: Preocupada |
| Otros: Presenta buen tono y flexibilidad muscular con disminución de la resistencia por presentar debilidad, presenta dolor lumbar al cambiar de posición. | |

NECESIDAD DE DESCANSO Y SUEÑO

Datos subjetivos:

| | |
|------------------------------------|---|
| Horario de descanso: A las 6:00 pm | Horario de sueño: A las 11 |
| Horas de descanso: 3 horas | Horas de sueño: 6 horas |
| Siesta: Negado | Ayudas: No |
| Insomnio: Si | Debido a: Presenta fiebre en el transcurso de la noche y despertares continuos para la medicación lo cual le impide dormir adecuadamente. |
| Descansado al levantarse: Negado | |

Datos subjetivos:

| | |
|---|--|
| Estado mental. ansiedad / estrés / lenguaje: Alerta, Ansiedad | |
| Ojeras: Ligeramente marcadas | Atención: Pone atención a todo lo que se le pregunta |
| Bostezos: Si | Concentración: Adecuada |
| Apatía: Negada | Cefaleas: Presente |
| Respuesta a estímulos: Verbales y al dolor | |
| Otros: La paciente se encuentra consiente presenta ansiedad debido a enfermedad | |
| | |

NECESIDAD DE USAR PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS

Datos subjetivos:

| |
|---|
| Influye su estado de ánimo para la selección de sus prendas de vestir: Negado |
| Su autoestima es determinante en su modo de vestir: Negado |
| Sus creencias le impiden vestirse como a usted le gustaría: Negado |
| Necesita ayuda para la selección de su vestuario: Negado |

Datos objetivos:

| | |
|--|-----------|
| Viste de acuerdo con su edad: Si | |
| Capacidad psicomotora para vestirse y desvestirse: Tiene la capacidad para vestirse sola | |
| Vestido incompleto: No | Sucio: No |
| Inadecuado: No | |
| Otros: La paciente puede vestirse sola prefiere ropa ligera y cómoda. | |
| | |

NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL

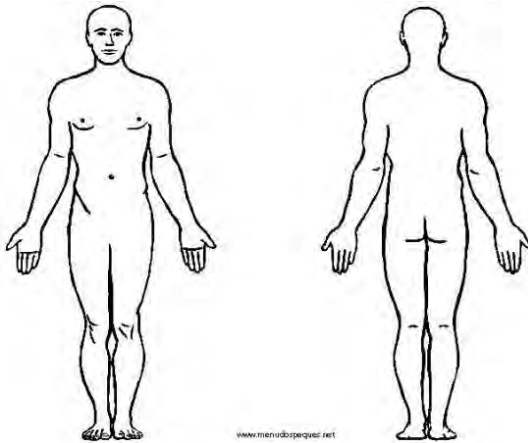
Datos subjetivos:

| |
|--|
| Frecuencia del baño: Diario |
| Momento preferido para el baño: Por las mañanas |
| Cuántas veces se lava los dientes al día: 2 veces al día |
| Aseo de manos antes y después de comer: Si |
| Después de eliminar: Si |
| Tiene creencias personales o religiosas que limiten sus hábitos higiénicos: Negado |

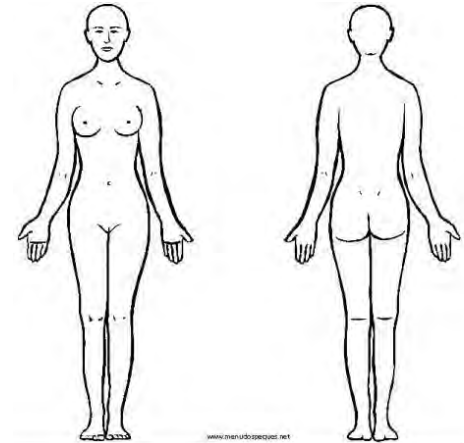
Datos objetivos:

| | |
|---|---|
| Aspecto general: Buen estado. | |
| Olor corporal: Suave | Halitosis: Si presenta halitosis al momento de la exploración física. |
| Estado del cuero cabelludo: Limpio e hidratado | |
| Lesiones dérmicas Tipo (Anote la ubicación en el diagrama): No presenta lesiones. | |
| Otros: El aspecto de la paciente es regular debido a enfermedad. | |
| | |

Masculino:



Femenino:



NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS

Datos subjetivos:

| | |
|---|------------|
| Que miembros componen la familia de pertenencia: Padres y hermanos. | |
| Cómo reacciona ante situación de urgencia: Con preocupación | |
| Conoce las medidas de prevención de accidentes: Si | |
| Hogar: Barandales | Trabajo: X |
| Realiza controles periódicos de salud recomendados en su persona: No | |
| familiares: Si | |
| Como canaliza las situaciones de tensión en su vida: Con preocupación ante los problemas personales o de salud que pueda presentar. | |

Datos objetivos:

| |
|---|
| Deformidades congénitas: No |
| Condiciones del ambiente en su hogar: En buenas condiciones |
| Trabajo x |
| Otros: Le preocupan las situaciones que ponen en peligro su salud y la de su familia. |
| |

3. NECESIDADES BÁSICAS DE:

Comunicación, vivir según sus creencias y valores, trabajar y realizarse, jugar y participar en actividades recreativas, aprendizaje.

NECESIDAD DE COMUNICARSE

Datos subjetivos:

| | |
|--|-------------------------------------|
| Estado civil: Soltera | Años de relación: X |
| Viven con: Padres | Preocupaciones / estrés: Enfermedad |
| Familiar: Madre | |
| Otras personas que pueden ayudar: Hermanas | |
| Rol en estructura familiar: Hija, Hermana | |
| Comunica problemas debidos a la enfermedad / estado: Si, con su familia. | |
| Cuanto tiempo pasa solo: 5 horas | |
| Frecuencia de los contactos sociales diferentes en el trabajo: X | |
| | |

Datos objetivos:

| | |
|---|--------------|
| Habla claro: Si | Confuso: No |
| Dificultad. Visión: No | Audición: No |
| Comunicación verbal / no verbal /con la familia / con otras personas significativas | |
| | |
| Otros: Adecuada comunicación con familiares y amigos. | |

NECESIDAD DE VIVIR SEGÚN SUS CREENCIAS Y VALORES

Datos subjetivos:

| |
|---|
| Creencia religiosa: Católica |
| Su creencia religiosa le genera conflictos personales: No |
| Principales valores en la familia: Respeto, Responsabilidad, Honestidad |
| |
| Principales valores personales: Responsabilidad |
| Es congruente su forma de pensar con su forma de vivir: Si. |
| |

Datos objetivos:

| |
|---|
| Hábitos específicos de vestido. (grupo social religioso): No |
| Permite el contacto físico: Si |
| Presencia de algún objeto indicativo de determinados valores o creencias: No |
| Otros: La religión católica no impone algún vestuario en específico y permite realizar las actividades que desee. |
| |

NECESIDAD DE TRABAJAR Y REALIZARSE

Datos subjetivos:

| | |
|--|---------------------------------------|
| Trabaja actualmente: No | Tipo de trabajo: X |
| Riesgos: No | Cuánto tiempo le dedica al trabajo: X |
| Está satisfecho con su trabajo: X | |
| Su remuneración le permite cubrir sus necesidades básicas y/o las de su familia: X | |
| Está satisfecho (a) con el rol familiar que juega: Si | |

Datos objetivos:

| |
|---|
| Estado emocional. /calmado/ansioso/enfadado/retraído/temeroso/irritable/inquieto/ eufórico: |
| |
| Otros: Temerosa y ansiosa debido al estado de salud en el que se encuentra |
| |

NECESIDAD DE JUGAR Y PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS

Datos subjetivos:

| |
|--|
| Actividades recreativas que realiza en su tiempo libre: Leer, escuchar música. |
| Las situaciones de estrés influyen en la satisfacción de esta necesidad: Si |
| Recursos en su comunidad para la recreación: No |
| Ha participado en alguna actividad lúdica o recreativa: No |

Datos objetivos:

| |
|--|
| Integridad del sistema neuromuscular: Adecuada |
| Rechazo a las actividades recreativas: Si |
| Estado de ánimo. Apático/aburrido/participativo: Participativa |
| Otros: |

NECESIDAD DE APRENDIZAJE

Datos subjetivos:

| | |
|---|---------|
| Nivel de educación: Licenciatura en informática | |
| Problemas de aprendizaje: No | |
| Limitaciones cognitivas: No | Tipo: X |
| Preferencias. leer/escribir: Leer | |
| Conoce las fuentes de apoyo para el aprendizaje en su comunidad: Si | |
| Sabe cómo utilizar estas fuentes de apoyo: Si | |
| Interés en el aprendizaje para resolver problemas de salud: Si | |
| Otros: Le interesa saber cuáles son las medidas preventivas para evitar pasar por la misma u otra enfermedad. | |

Datos objetivos:

| |
|---|
| Estado del sistema nervioso: Adecuado |
| Órganos de los sentidos: Buen funcionamiento |
| Estado emocional ansiedad, dolor: Si |
| Memoria reciente: Si |
| Memoria remota: Si |
| Otras manifestaciones: Presenta ansiedad y preocupación por las complicaciones que pueda tener. |
| |

Presentación del caso

Antecedentes: Femenino de 27 años de edad residente y originaria de la Ciudad de México, estado civil soltera, escolaridad licenciatura, como AHF: Abuela paterna con hipertensión arterial. AP: Hace un año presento infección de vías urinarias bajas. Alcoholismo: de manera ocasional sin llegar a la embriaguez, tabaquismo (-), toxicomanías (-), alergias (-), grupo Rh: A positivo.

Padecimiento actual: Refiere haber iniciado su padecimiento actual el 6.05.16 al presentar dolor lumbar acompañándose de fiebre de 40°C, cefalea, escalofríos, náuseas, agregándose vómito de contenido gastroalimentario en dos ocasiones y malestar general por lo que acude a consulta externa del Hospital General de México, refiere haber presentado cistitis en 2015 siendo remitida en su totalidad. A su llegada presenta fiebre de 39.7°C, dolor a la palpación en región lumbar derecho, diaforesis, escalofríos y cefalea. En los análisis de sangre mostró leucocitos 10.600, Hb; 11.2. El examen general de orina mostró leucocitos incontables, abundantes células epiteliales, abundantes cristales de oxalato de calcio y abundantes bacterias. Por lo que es diagnosticada con Pielonefritis aguda.

La paciente no requiere ser hospitalizada, sin embargo se dará seguimiento en su domicilio, en caso de que la infección no se remita en su totalidad, con el medicamento prescrito y los cuidados de enfermería, acudir nuevamente a la unidad hospitalaria.

Ficha de identificación

- ◆ Nombre: KSJ
- ◆ Sexo: Femenino.
- ◆ Edad: 27 años.
- ◆ Peso: 57kg.
- ◆ Talla: 1.59 cm.
- ◆ IMC: 22.8
- ◆ Estado civil: Soltera
- ◆ Lugar de nacimiento: Ciudad de México.
- ◆ Idioma: Español
- ◆ Religión: Católica

| Datos objetivos: | Datos subjetivos: |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> ◆ T/A: 90/60 mmHg ◆ FC: 140 pulsaciones por minuto ◆ FR: 20 respiraciones por minuto ◆ T°: 39.7°c ◆ Palidez generalizada ◆ Llenado capilar 2 segundos ◆ Diaforesis ◆ Estreñimiento ◆ Membranas mucosas secas ◆ Caries ◆ Halitosis ◆ Disuria ◆ Peristalsis disminuida ◆ Pulsos palpables ◆ Estado de conciencia alerta ◆ Debilidad generalizada ◆ Escalofrió ◆ Inapetencia ◆ Posición en decúbito supino | <ul style="list-style-type: none"> ◆ Cefalea ◆ Dolor lumbar ◆ Ansiedad ◆ Preocupación ◆ Debilidad ◆ Bostezo ◆ Náuseas ◆ Sueño |

Hallazgos en la exploración física

Paciente femenino de 27 años de edad se encuentra consciente, orientada en tiempo y espacio presentando facies de dolor, cooperadora a la exploración física, respuestas normales con buena fluidez.

Piel: Palidez generalizada presentando diaforesis, con adecuado turgor y elasticidad.

Cabeza: Cráneo normocefalo, cuero cabelludo limpio sin lesiones, cabello color negro bien implantado e hidratado, presencia de pulso temporal de 90 pulsaciones por minuto.

Cara: Globos oculares simétricos, pupilas isocóricas reactivas a la luz, con blefaritis de lado izquierdo presentando dolor solo a la palpación, mucosa nasal deshidratada, mucosa oral deshidratada, presenta halitosis, dentadura completa con presencia de caries en el segundo molar inferior, pabellones auriculares simétricos bien definidos, conducto auditivo externo higiénico sin secreciones.

Cuello: Corto, simétrico sin adenomegalias, con presencia de pulso carotideo de 90 pulsaciones por minuto.

Tórax anterior: Simétrico, a la auscultación campos pulmonares ventilados con adecuada entrada y salida de aire, latidos cardiacos de buen ritmo y tono, mamas simétricas sin dolor a la palpación, miembros superiores con pulso humeral, radial y cubital, uñas limpias y cortas, llenado capilar 2 segundos.

Posterior: Presencia de dolor en región lumbar a la palpación.

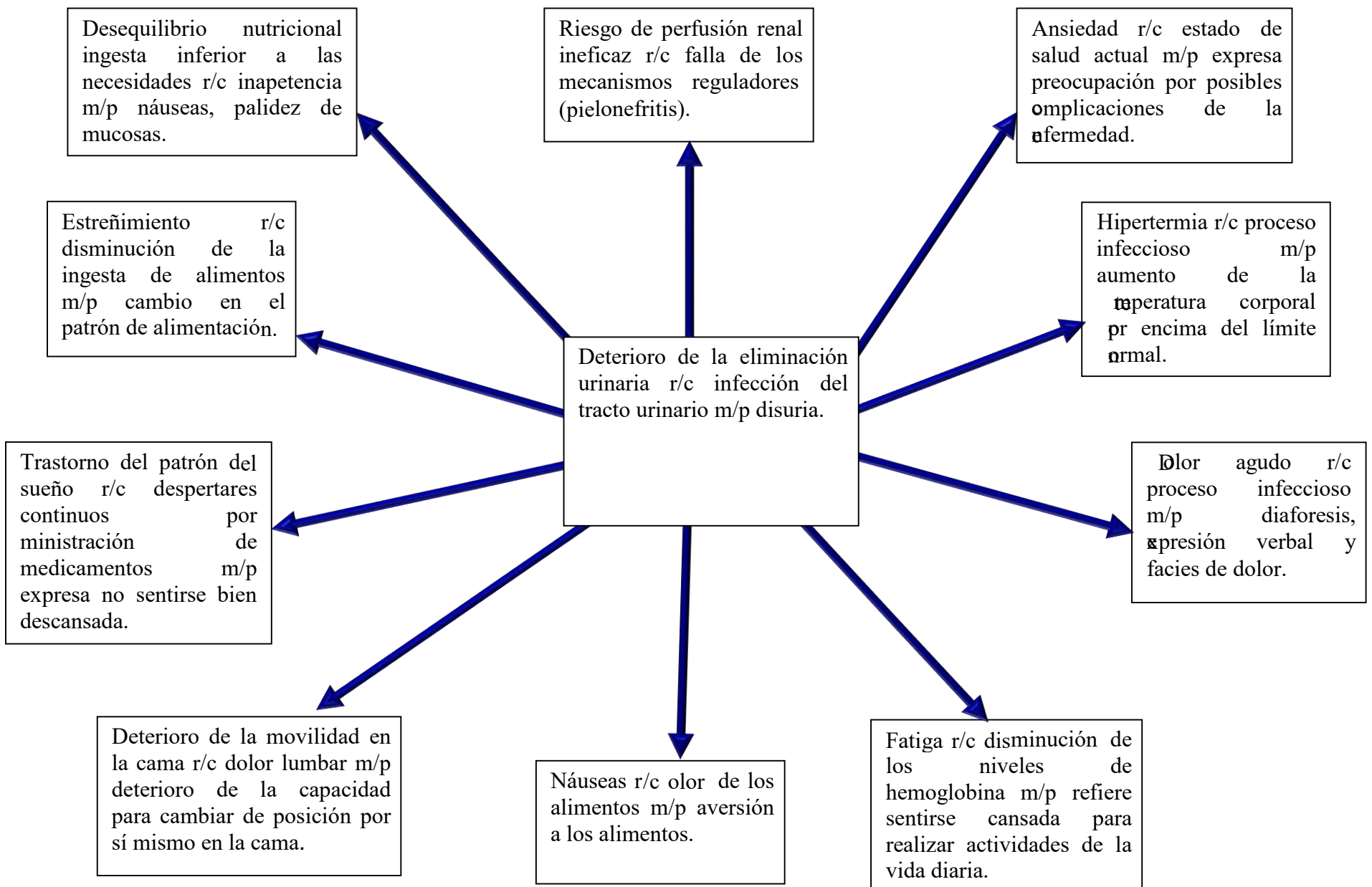
Abdomen: Blando depresible sin dolor a la palpación, peristalsis disminuida, cicatriz umbilical sin alteración.

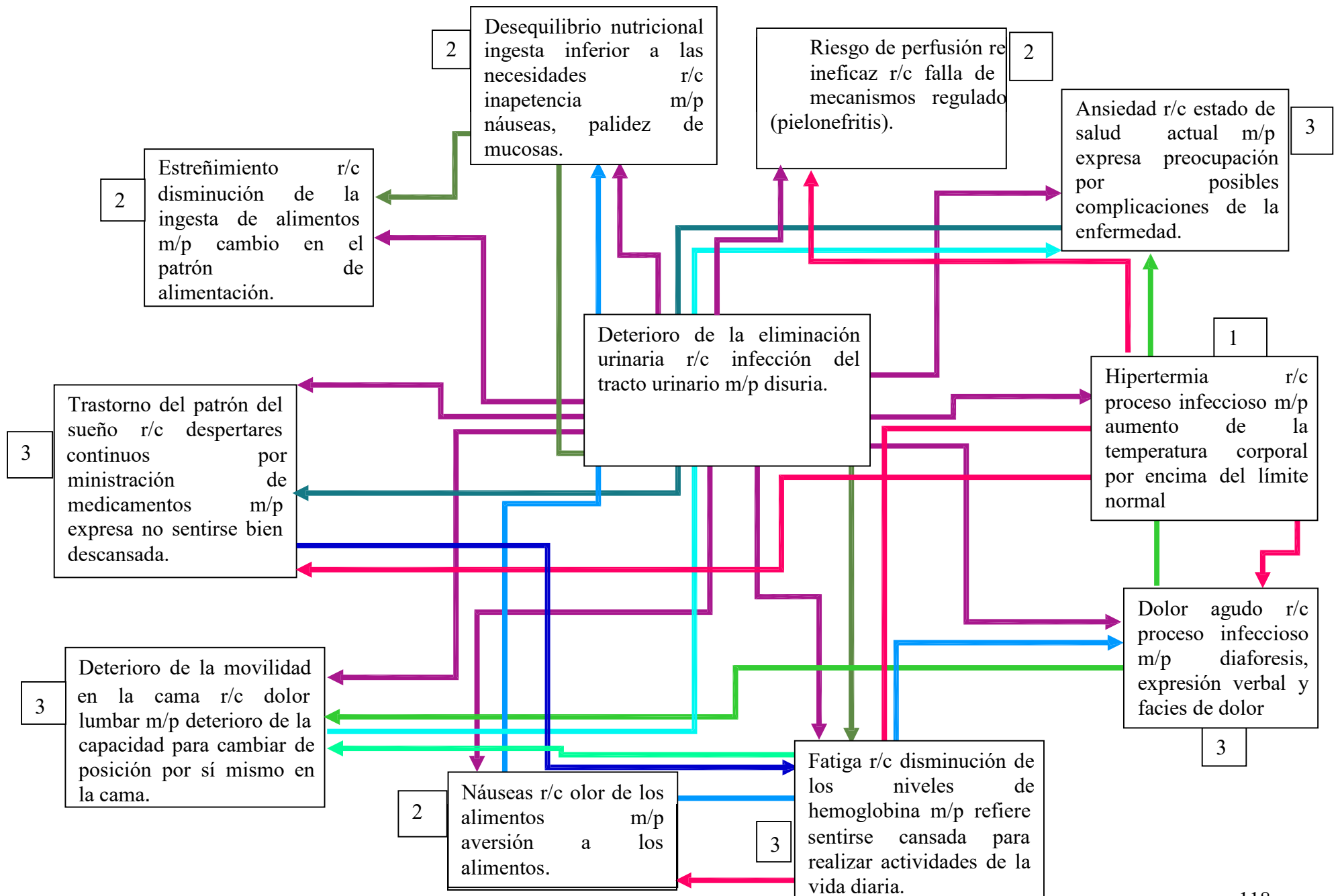
Miembros pélvicos: Simétricos sin alteración, presencia de pulso poplíteo, uñas limpias y cortas, pulso pedio presente, llenado capilar de 2 segundos.

Genitales: De acuerdo a edad y sexo, con presencia de vello púbico, clítoris centrado.

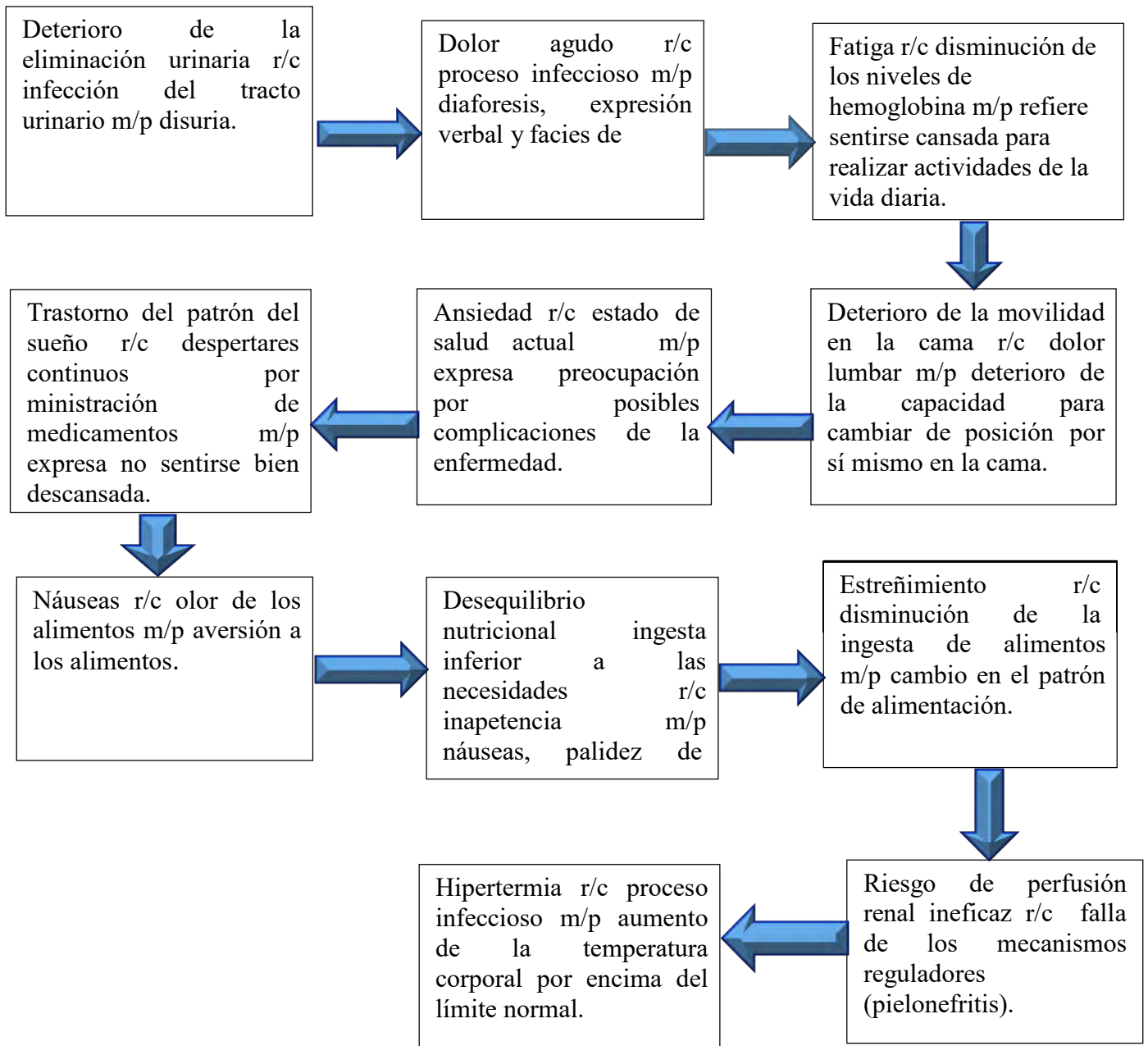
Signos vitales

- ◆ Tensión arterial: 90/60 mmHg.
- ◆ Frecuencia cardiaca: 140 latidos por minuto.
- ◆ Frecuencia respiratoria: 20 respiraciones por minuto.
- ◆ Temperatura: 39.7°C





NIVELES DE DIAGNÓSTICO



PLAN DE CUIDADOS

| | | | | | |
|---|-------------------------------|--------------------------------------|---|---|--------------------------------|
| DOMINIO: 3 Eliminación e Intercambio. | CLASE: 1 Función urinaria. | NOC: 0503 | DEFINICIÓN: Recogida y descarga de la orina | | |
| DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA) DEFINICIÓN (00016): Disfunción de la eliminación urinaria. | | RESULTADO | INDICADOR | ESCALA DE MEDICIÓN | PUNTUACIÓN DIANA |
| Etiqueta (problema) ED. Deterioro de la eliminación urinaria | | Eliminación urinaria. ¹⁰² | 5030. Patrón de eliminación. | Gravemente comprometido 1 | Mantener en:2 Aumentar a :3 |
| Factores relacionados (causas) FR. Infección del tracto urinario | | | 50302. Olor de la orina. | Sustancialmente comprometido 2 | Mantener en:2 Aumentar a :3 |
| Características definitorias (signos y síntomas) CD. Disuria. ¹⁰¹ | | | 50303. Cantidad de la orina. | Moderadamente comprometido 3 | Mantener en:2 Aumentar a :3 |
| | | | 50304. Color de la orina. | Levemente comprometido 4 No comprometido 5 | Mantener en:2 Aumentar a :3 |

¹⁰¹ Herdman, T. (2012-2014). NANDA Internacional. Diagnósticos Enfermeros Definiciones y Clasificación. España: Barcelona: Elsevier.

¹⁰² Moorhead Sue, J. M. (2009). Clasificación de Resultados de Enfermería NOC. Elsevier

| INTERVENCIONES (NIC): Manejo de la eliminación urinaria. DEFINICIÓN: Mantenimiento de un esquema de eliminación urinaria óptimo. | FUNDAMENTACIÓN |
|---|---|
| ACTIVIDADES | |
| Controlar periódicamente la eliminación urinaria, incluyendo la frecuencia, olor, volumen y color. | La medición de ingreso y pérdida de líquidos permite la evaluación del equilibrio hídrico y posibles infecciones urinarias. |
| Explicar al paciente los signos y síntomas de infección del tracto urinario. | Las infecciones son una causa común de alteraciones urinarias; otro factor predisponente es la estasis de orina en la vejiga por retención y la formación de cálculos vesicales. La fiebre, la disuria y el dolor en regiones hipogástrica, lumbar o flancos son manifestaciones clínicas de infecciones urinarias. |
| Obtener muestra a mitad de la eliminación para el análisis de la orina. | La orina puede contener sustancias anormales que indican enfermedad del aparato urinario; albumina, pus, cilindros, glucosa, cuerpos cetónicos y sangre. |
| Enseñar al paciente a beber un cuarto de litro de líquido con las comidas, entre las comidas y al anochecer. | Incrementar la ingesta de líquidos estimula la micción frecuente que elimina las bacterias de la vejiga. |
| Ayudar al paciente con el desarrollo de la rutina de ir al aseo ¹⁰³ . | Las medidas preventivas pueden reducir los síntomas y evitar la aparición de infección. El hecho de mantener limpia el área de los genitales y recordar limpiarlos de adelante hacia atrás puede reducir las probabilidades de llevar bacterias a la uretra desde el área rectal. ¹⁰⁴ |

¹⁰³ Bulechek Gloria, B. h. (2009). Clasificación de Intervenciones de Enfermería NIC. España: Elsevier.

¹⁰⁴ Santos, M. (2015). blogspot. Obtenido de <http://angellamorenosantos.blogspot.mx/2015/03/plan-de-cuidado-de-enfermeria-para.html>

EVALUACIÓN:

Se le explicó a la paciente como coleccionar adecuadamente la muestra de la eliminación urinaria y con el resultado del examen se pudo determinar que la paciente presentaba infección del tracto urinario.

Controlar periódicamente la eliminación urinaria fue de gran importancia ya que con ello pudimos determinar la evolución de la paciente frente a la enfermedad, ya que observábamos las características y la frecuencia desde el inicio de la enfermedad hasta la recuperación de la salud.

La orientación que se le brindó a la paciente sobre la patología y las medidas preventivas, fue muy importante ya que con ello puede llevar a cabo dichas medidas para evitar que ocurra una reinfección.

PLAN DE CUIDADOS

| | | | | | |
|--|-------------------------|-----------------|--|--|--|
| DOMINIO: 12 Confort | CLASE: 1 Confort físico | NOC: 2102 | DEFINICIÓN: Intensidad del dolor referido o manifestado | | |
| DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA) DEFINICIÓN (00132): Experiencia sensitiva y emocional desagradable ocasionada por una lesión tisular real o potencial. Inicio súbito o lento de cualquier intensidad de leve a grave con un final anticipado o previsible y una duración inferior a seis meses. | | RESULTADO | INDICADOR | ESCALA DE MEDICIÓN | PUNTUACIÓN DIANA |
| Etiqueta (problema) ED. Dolor agudo Factores relacionados (causas) FR. Proceso infeccioso. Características definitorias (signos y síntomas) CD. Diaforesis, expresión verbal y facies de dolor. | | Nivel del dolor | 210204. Duración de los episodios de dolor. 210206. Expresiones faciales de dolor 210226. Diaforesis | Grave 1 Sustancial 2 Moderado 3 Leve 4 Ninguno 5 | Mantener en:2 Aumentar a :3 Mantener en:3 Aumentar a :4 Mantener en:3 Aumentar a :4 |

(Herdman, 2012-2014)

(Moorhead Sue, 2009)

| | |
|--|--|
| <p>INTERVENCIONES (NIC): Manejo del dolor DEFINICIÓN: Alivio del dolor o disminución del dolor a un nivel de tolerancia que sea aceptable para el paciente.</p> | <p>FUNDAMENTACIÓN</p> |
| <p>ACTIVIDADES</p> | |
| <p>Realizar una valoración exhaustiva del dolor que incluya la localización, características aparición, duración, frecuencia, calidad intensidad o severidad del dolor y factores desencadenantes.</p> | <p>La valoración fisiológica contribuye en la elaboración de un diagnóstico y planeación de intervenciones de enfermería a un paciente con dolor.</p> |
| <p>Explorar con el paciente los factores que alivian /empeoran el dolor.</p> | <p>El dolor puede ser precipitado o agravado por determinados factores y aliviado o aminorado por otro, es importante valorar la percepción del paciente al respecto. La identificación oportuna de factores en torno al dolor permite establecer un plan terapéutico para evitar, disminuir o aliviar el dolor.</p> |
| <p>Fomentar periodos de descanso/sueño adecuados que faciliten el alivio del dolor.</p> | <p>El reposo y sueño son necesidades fisiológicas y psicológicas básicas y fuentes de energía importantes. Su efecto reductor de estrés y tensión fomenta el rejuvenecimiento del organismo, reestablece la energía corporal e incrementa la sensación de bienestar. Se reduce la percepción del dolor y mejora la capacidad de afrontamiento.¹⁰⁵</p> |
| <p>EVALUACIÓN:</p> | |
| <p>Realizar una adecuada valoración sobre las características del dolor ayudo a identificar cuáles eran los factores causantes, para poder evitarlos y de esta manera disminuir la presencia del dolor en la paciente.</p> | |

¹⁰⁵ Luckmann Joan, M. R. (2000). Cuidados de Enfermería Saunders. México: McGRAW-INTERAMERICANA.
(Bulechek Gloria, 2009)

| | |
|---|---|
| <p>INTERVENCIONES (NIC): Administración de analgésicos DEFINICIÓN: Utilización de agentes farmacológicos para disminuir o eliminar el dolor.</p> | <p>FUNDAMENTACIÓN</p> |
| <p>ACTIVIDADES</p> | |
| <p>Comprobar las órdenes médicas en cuanto al medicamento, dosis y frecuencia del analgésico prescrito.</p> | <p>Toda dosificación de los preparados farmacológicos debe estar amparada por una prescripción médica o receta. La dosificación de medicamentos es función del personal médico. La comprensión y la aclaración del contenido de la prescripción médica disminuyen o evita errores en la aplicación del medicamento. La planeación y la atención del personal de enfermería están basadas en principios científicos.</p> |
| <p>Comprobar el historial de alergias y medicamentos.</p> | <p>Para evitar de esta manera reacciones farmacológicas adversas como sobredosis, intolerancia, efectos secundarios (alergia), la presencia de anafilaxia es la reacción antígeno-anticuerpo o hipersensibilidad provocada por la administración de una sustancia extraña al cuerpo.</p> |
| <p>Atender a las necesidades de comodidad y otras actividades que ayuden en la relajación para facilitar la respuesta a la analgesia.</p> | <p>Las técnicas terapéuticas como relajación y meditación tienen como objetivo, controlar la ansiedad y funcionamiento corporal para alcanzar salud física y mental, enseñar habilidades de enfrentamiento al dolor e incrementar las relaciones interpersonales con la familia, amistades y equipo de salud que redunden en la solución de problemas y toma de decisiones.</p> |

(Bulechek Gloria, 2009)

(Rosales Barrera Susana, 2004)

| | |
|--|---|
| <p>Establecer expectativas positivas respecto a la eficacia de los analgésicos para optimizar la respuesta del paciente.</p> | <p>Ayudar al paciente a superar el dolor consiste en proporcionar apoyo psicológico. Se hace hincapié en la importancia de la participación del paciente en el control del dolor informando con rapidez la aparición de este y su alivio con el tratamiento farmacológico y las medidas no farmacológicas.</p> |
| <p>Registrar la respuesta al analgésico y cualquier adverso.</p> | <p>Se valora al paciente a intervalos frecuentes a fin de determinar la eficacia del tratamiento y los efectos adversos. Se valora el dolor del paciente antes de administrar cada dosis de analgésico, incluyendo percepción del inicio del dolor, duración, localización, intensidad y calidad. Se valora para detectar efectos adversos. Se registra la reacción del paciente al dolor y al tratamiento farmacológico.¹⁰⁶</p> |

EVALUACIÓN:

Le explicaba a la paciente que el medicamento le ayudaría a quitar el dolor, así como dosis y riesgos del mismo, le pedí que me informara si sentía alivio después de la administración del mismo, antes de administrar el analgésico prescrito, llevaba a cabo los diez correctos en la administración de medicamentos.

Algunas de las medidas no farmacológicas que realizaba, consistía en que la paciente optara por la posición que le ayudaba a disminuir el dolor, esto le favorecía ya que si notaba mejoría.

¹⁰⁶Rosales Barrera Susana, R. G. (2004). Fundamentos de Enfermería. México: El Manual Moderno. (Bulechek Gloria, 2009)

PLAN DE CUIDADOS

| | | | | | |
|--|--------------------------------------|------------------|---|--|--|
| DOMINIO: 4 Actividad/Reposo | CLASE: 3 Equilibrio de la energía | NOC: 0007 | DEFINICIÓN: Gravedad de la fatiga generalizada prolongada observada o descrita. | | |
| DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA) DEFINICIÓN (00093): Sensación sostenida y abrumadora de agotamiento y disminución de la capacidad para el trabajo mental y físico a nivel habitual. | | RESULTADO | INDICADOR | ESCALA DE MEDICIÓN | PUNTUACIÓN DIANA |
| Etiqueta (problema) ED. Fatiga Factores relacionados (causas) FR. Disminución de los niveles de hemoglobina. Características definitorias (signos y síntomas) CD. Refiere sentirse cansada para realizar actividades de la vida diaria. | | Nivel de fatiga | 000701. Agotamiento 000704. Pérdida del apetito | Gravemente comprometido 1 Sustancialmente comprometido 2 Moderadamente comprometido 3 Levemente comprometido 4 No comprometido 5 | Mantener en: 2 Aumentar a: 3 Mantener en: 2 Aumentar a: 3 |

(Herdman, 2012-2014)

(Moorhead Sue, 2009)

| | |
|---|---|
| INTERVENCIONES (NIC): Manejo de la energía DEFINICIÓN: Regulación del uso de la energía para tratar o evitar la fatiga y mejorar las funciones. | FUNDAMENTACIÓN |
| ACTIVIDADES | |
| Determinar la percepción de la causa de fatiga por parte del paciente. | Todo individuo experimenta fatiga de forma periódica como resultado físico duro o de falta de descanso. La fatiga y la falta de energía son síntomas que los pacientes experimentan con frecuencia acompañado a algunas enfermedades. |
| Controlar la ingesta nutricional para asegurar recursos energéticos adecuados. | Una dieta equilibrada comprende alimentos a elección que proporcionen cantidades suficientes de proteínas, carbohidratos, grasas, vitaminas y minerales. |
| Observar al paciente por si aparecen indicios de exceso de fatiga física y emocional. | La fatiga emocional, es un agotamiento extremo que va relacionado con sensaciones de estrés y ansiedad, sentimientos de angustia o incluso depresión. Algunos indicios pueden ser: cansancio físico, nervios, apretar las mandíbulas, respiración rápida. |
| Favorecer el reposo/limitación de actividades, aumentar el número de periodos de descanso. | Una de las responsabilidades más importantes del profesional de enfermería es asegurarse que los pacientes estén cómodos, reposen lo suficiente y puedan dormir. Para evaluar la comodidad, reposo y sueño, el enfermero debe conocer los hábitos al respecto, los posibles problemas específicos del sueño y la naturaleza de los trastornos que tal vez alteren estos hábitos mencionados. ¹⁰⁷ |
| EVALUACIÓN: | |
| Al principio de la enfermedad, la paciente se sentía con fatiga, pasaba la mayor parte del tiempo en cama y se negaba a ingerir alimento, con forme pasaron los días su apetito aumento, comenzaba a ingerir más alimento, esto le ayudo a que disminuyera la fatiga y con ello a empezó a realizar más actividades. Una vez que finalizara el tratamiento médico de la pielonefritis, empezaría a tomar hierro para corregir los niveles de hemoglobina. | |

¹⁰⁷ Adriana, R. Z. (1 de Abril de 2015). *Psicoemocionat*. Obtenido de <http://psicoemocionat.com/1/post/2015/04/la-fatiga-emocional.html>. (Bulechek Gloria, 2009)

| INTERVENCIONES (NIC): Ayuda al autocuidado. DEFINICIÓN: Ayudar a otras personas a realizar las actividades de la vida diaria. | FUNDAMENTACIÓN |
|--|---|
| ACTIVIDADES | |
| Comprobar la capacidad del paciente para ejercer autocuidados independientes. | En cada caso la tarea principal es fomentar la independencia máxima del paciente a lo largo de la etapa de su enfermedad, hacer que cada día recupere la confianza en sí mismo, valorando la salud como un bien. |
| Proporcionar ayuda hasta que el paciente sea capaz de asumir los autocuidados. | En todo paciente deben valorarse los efectos incapacitantes de la enfermedad, con el fin de trazar un programa terapéutico para disminuir y eliminar cualquier efecto invalidante. |
| Animar al paciente a realizar las actividades de la vida diaria ajustadas al nivel de capacidad. | La enfermera desempeña un papel muy importante en la rehabilitación del paciente si desde el principio tiene como meta ayudarlo a mantener o a recuperar su independencia realizando las actividades comunes de la vida diaria. |
| Alentar la independencia, pero interviniendo si el paciente no puede realizar la acción dada. | Es de suma importancia procurar la seguridad del paciente, porque si no puede moverse bien, no podrá protegerse de los peligros ambientales. ¹⁰⁸ |

¹⁰⁸ Agustín, L. R. (2006). La seguridad del paciente, una responsabilidad en el acto del cuidado. *Revista Cubana Enfermería*. Obtenido de http://bvs.sld.cu/revistas/enf/vol22_3_06/enf07306.html
(Bulechek Gloria, 2009)

EVALUACIÓN:

Valoraba la capacidad que la paciente tenía para realizar actividades de la vida diaria, siempre se mostró cooperadora al momento de realizarlas, al principio requería de más ayuda y como pasaban los días se volvió más independiente, en todo momento estuve cerca de ella por si requería ayuda para realizar alguna actividad y evitar algún daño.

PLAN DE CUIDADOS

| | | | | | |
|---|----------------------------------|-----------|--|--|--------------------------------|
| DOMINIO: 4 Actividad/Reposo | CLASE: 2 Actividad/Ejercicio. | NOC:0208 | DEFINICIÓN: Capacidad para moverse con resolución en el entorno independientemente con o sin mecanismo de ayuda. | | |
| DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA) DEFINICIÓN (00091): Limitación del movimiento para cambiar de postura en la cama. | | RESULTADO | INDICADOR | ESCALA DE MEDICIÓN | PUNTUACIÓN DIANA |
| Etiqueta (problema) ED. Deterioro de la movilidad en la cama. | | Movilidad | 020802. Mantenimiento de la posición corporal. | Gravemente comprometido 1 Sustancialmente comprometido 2 Moderadamente comprometido 3 Levemente comprometido 4 No comprometido 5 | Mantener en:3 Aumentar a :4 |
| Factores relacionados (causas) FR. Dolor lumbar | | | | | |
| Características definitorias (signos y síntomas) CD. Deterioro de la capacidad para cambiar de posición por sí mismo en la cama. | | | | | |

(Herdman, 2012-2014)

(Moorhead Sue, 2009)

| | |
|--|---|
| <p>INTERVENCIONES (NIC): Cambio de posición DEFINICIÓN: Movimiento deliberado del paciente o de una parte corporal para proporcionar el bienestar fisiológico y/o psicológico.</p> | <p>FUNDAMENTACIÓN</p> |
| <p>ACTIVIDADES</p> | |
| <p>Explicar al paciente que se le va a cambiar de posición</p> | <p>La comprensión de los objetivos relativos a la movilización evita o disminuyen lesiones musculo esqueléticas y nervios, tanto para el personal de salud como para el paciente.</p> |
| <p>Animar al paciente a participar en los cambios de posición.</p> | <p>La movilización frecuente y una posición correcta previenen lesiones músculo esqueléticas y formación de úlceras por presión.</p> |
| <p>Incorporar en el plan de cuidados la posición preferida del paciente para dormir.</p> | <p>Dormir apropiadamente es una parte muy importante para optimizar la salud y bienestar, y una faceta de un sueño relajante es la posición en la que duerme.</p> |
| <p>Evitar colocar al paciente en una posición que le aumente el dolor.</p> | <p>Es necesario adaptarse cuando el paciente tiene dolor y debe ayudarse a asumir posiciones indicadas y pasar de una a otra según sea necesario y evitando el dolor.</p> |
| <p>EVALAUACIÓN:</p> | |
| <p>Se le explicaba la importancia de realizar los cambios de posición, valorando primeramente cual era la que le causaba dolor, para evitar colocar de esa manera a la paciente y así poder contribuir a la disminución del dolor.</p> | |

(Bulechek Gloria, 2009)

(Rosales Barrera Susana, 2004)

PLAN DE CUIDADOS

| | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---------------------------------------|--------------------------------|---|--|--|-------|---|--------------------------------|------------|---|----------|---|------|---|---------|---|
| DOMINIO: 9 Afrontamiento/Tolerancia al estrés. | CLASE: 2 Respuestas de afrontamiento. | NOC:1211 | | DEFINICIÓN: Gravedad de la aprensión, tensión o inquietud manifestada surgida de una fuente no identificable. | | | | | | | | | | | | |
| DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA) DEFINICIÓN (00146): Sensación vaga e intranquilizadora de malestar o amenaza acompañada de una respuesta autónoma. Sentimiento de aprensión | | RESULTADO | INDICADOR | ESCALA DE MEDICIÓN PUNTUACIÓN DIANA | | | | | | | | | | | | |
| Etiqueta (problema) ED. Ansiedad Factores relacionados (causas) FR. Estado de salud actual Características definitorias (signos y síntomas) CD. Expresa preocupación por posibles complicaciones de la enfermedad. | | Nivel de ansiedad. | 121118. Preocupación exagerada por eventos vitales. | <table border="1"> <tr> <td>Grave</td> <td>1</td> <td rowspan="5">Mantener en:3 Aumentar a :4</td> </tr> <tr> <td>Sustancial</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Moderado</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>Leve</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Ninguno</td> <td>5</td> </tr> </table> | | Grave | 1 | Mantener en:3 Aumentar a :4 | Sustancial | 2 | Moderado | 3 | Leve | 4 | Ninguno | 5 |
| Grave | 1 | Mantener en:3 Aumentar a :4 | | | | | | | | | | | | | | |
| Sustancial | 2 | | | | | | | | | | | | | | | |
| Moderado | 3 | | | | | | | | | | | | | | | |
| Leve | 4 | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ninguno | 5 | | | | | | | | | | | | | | | |

(Herdman, 2012-2014)

(Moorhead Sue, 2009)

| | |
|--|---|
| <p>INTERVENCIONES (NIC): Disminución de la Ansiedad. DEFINICIÓN: Minimizar la aprensión, temor o presagios relacionados con una fuente no identificada de peligro por adelante.</p> | <p>FUNDAMENTACIÓN</p> |
| <p>ACTIVIDADES</p> | |
| <p>Tratar de comprender la perspectiva del paciente sobre una situación estresante.</p> | <p>La ansiedad es un estado emocional en el que las personas se sienten inquietas, angustiadas y temerosas, las personas afectadas experimentan temor frente a situaciones que no pueden controlar o predecir sobre situaciones que parecen amenazantes o peligrosas.</p> |
| <p>Proporcionar información objetiva respecto del diagnóstico, tratamiento y pronóstico.</p> | <p>La información verbal y el asesoramiento suelen ser estrategias más adecuadas de difusión de información y por tanto son utilizadas con más frecuencia con el fin de reducir el estado de ansiedad, entre ellas esta aclarar dudas, creencias erróneas y temor a lo desconocido.</p> |
| <p>Permanecer con el paciente para promover la seguridad y reducir el miedo.</p> | <p>La seguridad del paciente implica responsabilidad legal y moral en el ejercicio, practica de la profesión de forma competente y segura (sin negligencia y mala praxis), así como la autodeterminación y autorregulación.</p> |
| <p>Crear un ambiente que facilite la confianza.</p> | <p>Comunicar empatía, presencia tranquila, contacto ocular, hablarle lenta y tranquilamente, permitir que llore o exprese sus sentimientos y no hacer juicio sobre su comportamiento creara un ambiente de confianza.¹⁰⁹</p> |

¹⁰⁹ Maritza J. Rojas, D. A. (2013). Estrategia de enfermería para disminuir los niveles de ansiedad. Scielo, 25. Obtenido de http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1315-01622013000300006
(Agustín, 2006)
(Bulechek Gloria, 2009)

EVALUACIÓN:

La paciente presentaba ansiedad por que desconocía las complicaciones que podría presentar a causa de la pielonefritis, una vez explicándole cuales podrían ser las complicaciones, cual es el tratamiento de dicha enfermedad y cuáles son las medidas preventivas para evitar que ocurran, ella mostró mejoría disminuyendo su ansiedad y preocupación y enfocándose más en las medidas de prevención, llevando a cabo el tratamiento adecuado.

PLAN DE CUIDADOS

| | | | | | |
|--|--------------------------|-----------|---|--|--------------------------------|
| DOMINIO: 4 Actividad/Reposo. | CLASE: 1 Sueño/Reposo | NOC: 0004 | DEFINICIÓN: Suspensión periódica natural de la conciencia durante la cual se recupera el organismo. | | |
| DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA) DEFINICIÓN (00198): Interrupciones durante un tiempo limitado de la cantidad y calidad del sueño debidas a factores externos. | | RESULTADO | INDICADOR | ESCALA DE MEDICIÓN | PUNTUACIÓN DIANA |
| Etiqueta (problema) ED. Trastorno del patrón del sueño. | | Sueño | 000406 Sueño interrumpido | Gravemente comprometido 1 Sustancialmente comprometido 2 Moderadamente comprometido 3 Levemente comprometido 4 No comprometido 5 | Mantener en:3 Aumentar a :4 |
| Factores relacionados (causas) FR. Despertares continuos por ministración de medicamentos. | | | | | |
| Características definitorias (signos y síntomas) CD. Expresa no sentirse bien descansada. | | | | | |

(Herdman, 2012-2014)

(Moorhead Sue, 2009)

| | |
|---|--|
| <p>INTERVENCIONES (NIC): Mejorar el Sueño. DEFINICIÓN: Facilitar ciclos regulares de sueño/vigilia.</p> | <p>FUNDAMENTACIÓN</p> |
| <p>ACTIVIDADES</p> | |
| <p>Ajustar el ambiente (luz, ruido, temperatura) para favorecer el sueño.</p> | <p>El ruido y las luces hacen que la persona altere su patrón cíclico de sueño. Los factores ambientales son un problema, la temperatura alta o baja de los cuartos, la dureza de las almohadas las luces que se encienden o se apagan, los medicamentos suministrados por la noche o muy temprano.</p> |
| <p>Agrupar las actividades para minimizar el número de despertares; permitir ciclos de sueño de al menos 90min.</p> | <p>Es probable que la persona privada de sueño se encuentre irritable, nerviosa o angustiada o bien apática; los procesos mentales posiblemente no funcionen en forma normal, a menudo no se reacciona de manera adecuada a los estímulos y quizá se acrecienten las preocupaciones de poca importancia.¹¹⁰</p> |
| <p>Ajustar el programa de administración de medicamentos para apoyar el ciclo de sueño/vigilia del paciente.</p> | <p>Una de las cosas que molesta el reposo son la administración de medicamentos durante la noche y la hora temprana en que se despierta a los pacientes. Todos los aspectos que promueven la comodidad, reposo y sueño cuentan con elevada prioridad, principalmente en los enfermos en los cuales el reposo y sueño son componentes esenciales del tratamiento; los enfermeros deben hacer todo lo posible para asegurar que se eliminan o minimizan los factores que causan malestar o que obstaculizan el reposo y sueño.¹¹¹</p> |

¹¹⁰ Carmen, L. P. (2014). Fundamentos de Enfermería. México: Limusa.

¹¹¹ Agramonte del Sol Alain, V. M. (4 de Noviembre de 2016). Libros de Autores Cubanos. Obtenido de www.google.com.mx/search?q=Unidad+3.+Comodidad%2C+reposo+y+sueño&rlz=1C1NHXL_esMX702MX702&oq=Unidad+3.+Comodidad%2C+reposo+y+sueño&aqs=chrome..69i57j69i61.1720j0j8&sourceid=chrome&ie=UTF-8
(Bulechek Gloria, 2009)

EVALUACIÓN:

La paciente prefería el silencio y tener una siesta por la tarde, además se ajustaron los horarios en la ministración de medicamentos para evitar interrumpir el sueño durante la noche, esto le favoreció ya que se sentía descansada y con más energía.

| INTERVENCIONES (NIC): Manejo ambiental DEFINICIÓN: Manipulación del entorno del paciente para conseguir beneficios terapéuticos, interés señorial y bienestar psicológico. | FUNDAMENTACIÓN |
|---|---|
| ACTIVIDADES | |
| Crear un ambiente seguro para el paciente. | El ambiente físico debe tratar de salvaguardar la sensibilidad personal y dignidad humana de los pacientes y sus familiares, tratar de aminorar sus ansiedades y preocupaciones. |
| Proporcionar una cama y un entorno limpios y cómodos. | El entorno que rodea al paciente tiene una notable influencia sobre la respuesta de este al tratamiento que está recibiendo. En general, las habitaciones tienen que ser espaciosas, tranquilas y soleadas, y deben mantenerse limpias, aireadas y ordenadas para evitar la aparición de problemas psíquicos o patológicos (infecciones). |
| Proporcionar ropa de cama en buen estado. | La ropa de cama ha de ser lo suficientemente amplia para poder sujetarla correctamente al colchón. En ella se descansa y se permanece convaleciente, a veces por largos periodos de tiempo, por lo que la cama se convierte en algo propio del paciente, que le procura comodidad, seguridad, sueño, alivio del dolor |
| Controlar o evitar ruidos indeseables o excesivos. | El ruido molesta, desequilibra, desasosiega, y es perjudicial para la salud, provoca sensación de malestar, de disgusto, incomodidad, impotencia, sentirse insatisfechos, irritados, indefensos e incluso ansiosos y agresivos. Es un agente estresante que dificulta conciliar el sueño y produce pérdida en la calidad de éste, además de interrumpirlo. ¹¹² |

¹¹² Bello, S. C. (s.f.). *HUMANIZACIÓN Y CALIDAD DE LOS AMBIENTES HOSPITALARIOS*. Obtenido de <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:ECc5p-zlYsIJ:www.minsa.gob.pe/dgiem/cendoc/pdfs/HUMANIZACI%25C3%2593N%2520Y%2520CALIDAD%2520DE%2520LOS%2520AMBIENTES%2520HOSPITALARIOS.pdf+&cd=1&hl=es-419&ct=clnk&gl=mx> (Bulechek Gloria, 2009)

EVALUACIÓN:

El ambiente era seguro, la cama diario estaba limpia, no había tanto ruido en su habitación y prefería estar con pijama ya que se sentía más cómoda, esto le proporcionaba un ambiente agradable en el que no le incomodaba permanecer a pesar de estar varios días por la enfermedad.

PLAN DE CUIDADOS

| | | | | | | |
|---|------------------------------|---|--|---------------------------|-------------------------|--------------------------------|
| DOMINIO: 12 Confort | CLASE: 01 Confort físico. | NOC: 1008 | DEFINICIÓN: Capacidad de ingesta de líquidos y sólidos durante un periodo de 24 horas. | | | |
| DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA) DEFINICIÓN (00134): Sensación subjetiva desagradable en la parte posterior de la garganta y el estómago que puede no dar lugar a vómitos. | | RESULTADO | INDICADOR | ESCALA DE MEDICIÓN | PUNTUACIÓN DIANA | |
| Etiqueta (problema) ED. Náuseas | | Manejo nutricional: ingestión alimentaria y de líquidos. | 100801. Ingestión alimentaria oral. | Inadecuado | 1 | Mantener en:2 Aumentar a :3 |
| Factores relacionados (causas) FR. Olor de los alimentos. | | | 100803. Ingestión de líquidos orales. | Ligeramente adecuado | 2 | Mantener en:3 Aumentar a:4 |
| | | | | Moderadamente adecuado | 3 | |
| | | | | Levemente Adecuado | 4 | |
| | | | | Completamente adecuado | 5 | |
| | | Características definatorias (signos y síntomas) CD. Aversión a los alimentos. | | | | |

(Herdman, 2012-2014)

(Moorhead Sue, 2009)

| INTERVENCIONES (NIC): Manejo de las náuseas DEFINICIÓN: Prevención y alivio de las náuseas. | FUNDAMENTACIÓN |
|--|--|
| ACTIVIDADES | |
| Realizar una valoración completa de las náuseas incluyendo la frecuencia, la duración, la intensidad y los factores desencadenantes. | La náusea a menudo se describe como una “sensación de mareo” o sentirse “enfermo del estómago, los síntomas podrían presentarse acompañados por una sensación de rubor, sudoración, salivación, mareo o molestia en la parte superior del abdomen. Entre los síntomas importantes están: anorexia, que consiste en miedo a comer debido a síntomas desagradables, y saciedad precoz que consiste en sentirse lleno después de ingerir sólo poca cantidad de comida. ¹¹³ |
| Enseñar el uso de técnicas no farmacológicas. | Es imprescindible contar con un horario estricto para realizar tus comidas y colaciones entre estas. También se ha reportado que la terapia aromática que involucra esencia de limón, menta o naranja pueden aliviar las náuseas. |
| Animar a que se ingieran pequeñas cantidades de comida que sean atractivas. | Al principio, los pacientes no deben ingerir alimentos sólidos o puede ser necesario suspenderles todo alimento y bebida. Cuando el paciente vuelve a comer, primero se le administran líquidos claros y la alimentación avanza a tolerancia. |
| Administrar alimentos fríos, líquidos transparentes, sin olor y sin color. | Los líquidos deben ser tomados en pequeños sorbos. También pueden servir pequeñas cantidades de suero oral, o sueros de rehidratación. Los líquidos deben ser consumidos 30 minutos antes o después de los alimentos sólidos, para no sobrecargar la capacidad estomacal. ¹¹⁴ |

¹¹³ Gyawali, D. R. (4 de Noviembre de 2016). American College of Gastroenterology. Obtenido de <http://patients.gi.org/recursos-en-espanol/nausea-y-vomito/>

¹¹⁴ <http://ginecologochihuahua.blogspot.mx/2013/07/tratamiento-no-farmacologico-para-las.html>.
(Bulechek Gloria, 2009)

EVALUACIÓN:

Se hizo una valoración sobre el factor que le causaba náusea y era el percibir olores muy fuertes de comida, por ello se le proporcionó al principio solo dieta líquida y cambiaba con forme iba tolerando los alimentos. Durante el día bebía de hasta dos litros y medio de agua ya que refería sentirse con mucha sed, como pasaron los días fueron disminuyendo las náuseas.

PLAN DE CUIDADOS

| | | | | | |
|---|------------------------|------------------|---|--|--|
| DOMINIO:2 Nutrición | CLASE: 1 Ingestión. | NOC: 1014 | DEFINICIÓN: Deseos de comer cuando está enfermo o recibiendo tratamiento. | | |
| DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA) DEFINICIÓN (00002): Ingesta de nutrientes insuficiente para satisfacer las necesidades metabólicas. | | RESULTADO | INDICADOR | ESCALA DE MEDICIÓN | PUNTUACIÓN DIANA |
| Etiqueta (problema) ED. Desequilibrio nutricional ingesta inferior a las necesidades Factores relacionados (causas) FR. Inapetencia. Características definitorias (signos y síntomas) CD. Náuseas, palidez de mucosas. | | Apetito. | 101401. Deseo de comer. 101404. Gusto agradable por la comida. | Gravemente comprometido 1 Sustancialmente comprometido 2 Moderadamente comprometido 3 Levemente comprometido 4 No comprometido 5 | Mantener en:2 Aumentar a :3 Mantener en:2 Aumentar a :3 |

(Herdman, 2012-2014)

(Moorhead Sue, 2009)

| | |
|--|---|
| <p>INTERVENCIONES (NIC): Alimentación DEFINICIÓN: Proporcionar la ingesta nutricional al paciente que no puede alimentarse por sí mismo.</p> | <p>FUNDAMENTACIÓN</p> |
| <p>ACTIVIDADES</p> | |
| <p>Establecer los alimentos según lo prefiera el paciente.</p> | <p>Las costumbres locales, religiosas o familiares y la situación económica, influyen en la aceptación o rechazo hacia algunos alimentos.</p> |
| <p>Registrar la ingesta.</p> | <p>Los alimentos como fuente de nutrientes son de gran importancia.</p> |
| <p>Realizar la alimentación sin prisas, lentamente.</p> | <p>Un ambiente terapéutico permite la satisfacción o solución a necesidades humanas.</p> |
| <p>Prestar atención al paciente durante la alimentación.</p> | <p>El interés, la disposición y paciencia del personal de enfermería, ayuda al paciente a tomar sus alimentos en forma satisfactoria.¹¹⁵</p> |
| <p>EVALUACIÓN:</p> | |
| <p>La paciente refería inapetencia y solo se le brindaban líquidos que era lo único que toleraba, se inició proporcionando alimentos como gelatina, agua de sabor y frutas y verduras, poco a poco fue aumentando su apetito y la ingesta y se proporcionaban alimentos con forme los fuera tolerando.</p> | |

¹¹⁵ Ledesma Pérez Maria del Carmen. (2014). En Fundamentos de Enfermería. México: Limusa.
(Rosales Barrera Susana, 2004).
(Bulechek Gloria, 2009)

| | |
|---|--|
| <p>INTERVENCIONES (NIC): Monitorización Nutricional. DEFINICIÓN: Recogida y análisis de los datos del paciente para evitar o minimizar la malnutrición.</p> | <p>FUNDAMENTACIÓN</p> |
| <p>ACTIVIDADES</p> | |
| <p>Observas si la piel está seca, descamada con despigmentación.</p> | <p>Llevar una alimentación insana o inapropiada, puede causar estragos en la piel.</p> |
| <p>Controlar la turgencia de la piel.</p> | <p>La turgencia de la piel es el grado de resistencia de la piel para medir el grado de deshidratación de una persona, que puede ocurrir debido a la cantidad de líquidos perdidos por diversos procesos.</p> |
| <p>Observar preferencias y selección de comidas.</p> | <p>Factores personales como la preferencia por distintos gustos, las pautas y la disponibilidad de alimentos, entre otros condicionan la adquisición de los hábitos alimenticios.</p> |
| <p>Observar cualquier llaga, edema y papilas hipertérmica e hipertrófica de la lengua y de la cavidad bucal.</p> | <p>La salud oral y la nutrición son sinérgicos: tanto las infecciones orales, como las afecciones sistémicas agudas afectan a las habilidades funcionales masticatorias y por tanto el régimen alimentario y el estado nutricional. Asimismo, la nutrición y la dieta influyen en la integridad de la cavidad oral y contribuyen a la progresión de las enfermedades orales.</p> |
| <p>EVALUACIÓN:</p> | |
| <p>Prefería dieta líquida y fue cambiando con forme iba tolerando los alimentos, en todo momento valoraba las características de la piel y las condiciones de la mucosa oral.</p> | |

(Ledesma Pérez Maria del Carmen, 2014)

(Bulechek Gloria, 2009)

PLAN DE CUIDADOS

| | | | | | |
|--|---------------------------------------|--------------------------|--|--|--|
| DOMINIO: 3 Eliminación e intercambio. | CLASE: 2 Función gastrointestinal. | NOC: 1015 | DEFINICIÓN: Grado en el que los alimentos pasan de la ingestión a la excreción. | | |
| DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA) DEFINICIÓN (00011): Disminución de la frecuencia normal de defecación, acompañada de eliminación dificultosa o incompleta de heces y/o eliminación de heces excesivamente duras y secas. | | RESULTADO | INDICADOR | ESCALA DE MEDICIÓN | PUNTUACIÓN DIANA |
| Etiqueta (problema) ED. Estreñimiento Factores relacionados (causas) FR. Disminución de la ingesta de alimentos. Características definitorias (signos y síntomas) CD. Cambio en el patrón de alimentación. | | Función gastrointestinal | 101501 Tolerancia a alimentos/alimentación. 101503. Frecuencia de deposiciones. | Gravemente comprometido 1 Sustancialmente comprometido 2 Moderadamente comprometido 3 Levemente comprometido 4 No comprometido 5 | Mantener en:2 Aumentar a :3 Mantener en:2 Aumentar a :3 |

(Herdman, 2012-2014)

(Moorhead Sue, 2009)

| INTERVENCIONES (NIC): Manejo del estreñimiento DEFINICIÓN: Prevención y alivio del estreñimiento. | FUNDAMENTACIÓN |
|---|--|
| ACTIVIDADES | |
| Vigilar la aparición de signos y síntomas del estreñimiento. | Si hay retraso indebido de la evacuación, se absorbe un volumen de agua excesivo y las heces serán duras y secas. El estreñimiento se manifiesta por la presencia de los productos de desecho en el tubo digestivo por mucho tiempo. |
| Comprobar movimientos intestinales, incluyendo frecuencia y consistencia. | Los movimientos intestinales forman parte del proceso digestivo normal. Cuando se consumen alimentos, el organismo absorbe los nutrientes y la materia de desecho se elimina. El movimiento intestinal con una frecuencia superior a esa puede ser indicativo de diarrea, mientras que una frecuencia menor puede ser indicativa de estreñimiento. |
| Identificar los factores (medicamentos, reposo en cama, dieta) que puedan ser causa del estreñimiento o que contribuyan al mismo. | Los pacientes son propensos al estreñimiento por falta de ejercicio, alteraciones en su dieta y actividad diaria, la enfermera debe conocer y considerar la naturaleza del problema. |
| Fomentar el aumento de la ingesta de líquidos. | Los líquidos dan al colon la cantidad necesaria para hacer que los movimientos intestinales sean más suaves y más fáciles. Se considera que para tener una ingesta adecuada de líquidos se requieren ocho vasos de 250ml al día. |
| EVALUACIÓN: | |
| La paciente duró sin evacuar seis días, los factores que contribuyeron para que presentara estreñimiento fue que pasó la mayor parte del tiempo en reposo y no ingería alimentos sólidos a pesar de que tomaba abundantes líquidos. Con forme empezó a realizar más actividad y a mejorar su alimentación se quitó por completo el estreñimiento. | |

(Ledesma Pérez Maria del Carmen, 2014)

(Bulechek Gloria, 2009)

PLAN DE CUIDADOS

| | | | | | |
|---|--|--|---|--|--|
| DOMINIO: 4 Actividad/Reposo | CLASE: 4 Respuestas cardiovasculares/pulmo nares | NOC:0504 DEFINICIÓN: Filtración de sangre y eliminación de productos metabólicos de desecho a través de la formación de orina. | | | |
| DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA) DEFINICIÓN (00203): Riesgo de disminución de la circulación sanguínea renal que puede comprometer la salud. | | RESULTADO | INDICADOR | ESCALA DE MEDICIÓN | PUNTUACIÓN DIANA |
| Etiqueta (problema) ED. Riesgo de perfusión renal ineficaz. Factores relacionados (causas) FR. Falla de los mecanismos reguladores (pielonefritis). Características definitorias (signos y síntomas) CD. | | Función Renal. | 050401. Ingesta adecuada de líquidos. 050406. Color de la orina. 050408. pH de la orina | Gravemente comprometido 1 Sustancialmente comprometido 2 Moderadamente comprometido 3 Levemente comprometido 4 No comprometido 5 | Mantener en:2 Aumentar a :3 Mantener en:2 Aumentar a :3 Mantener en:2 Aumentar a :3 |

(Herdman, 2012-2014)
(Moorhead Sue, 2009)

| | |
|--|--|
| <p>INTERVENCIONES (NIC): Monitorización de signos vitales. DEFINICIÓN: Recogida y análisis de datos sobre el estado cardiovascular, respiratorio y de temperatura corporal para determinar y prevenir complicaciones.</p> | <p>FUNDAMENTACIÓN</p> |
| <p>ACTIVIDADES</p> | |
| <p>Controlar periódicamente, presión sanguínea, pulso, temperatura y estado respiratorio.</p> | <p>Los signos vitales, temperatura, respiración, pulso y tensión arterial son parámetros a través de los cuales es posible evaluar la salud de un individuo, pues sus valores se mantienen constantes dentro de ciertos límites, en estado de normalidad.¹¹⁶</p> |
| <p>Observar y registrar signos de hipertermia.</p> | <p>La fiebre es un mecanismo de defensa producido ante una injuria al organismo. Diversos estímulos activan los centros hipotalámicos principalmente las sustancias llamadas pirógenos, secretadas por bacterias tóxicas o producidas por tejidos en degeneración. Se cree que estimulan la liberación de una segunda sustancia, pirógeno endógeno, de los leucocitos que han llegado al área enferma, la cual actúa en los centros termorreguladores.¹¹⁷</p> |
| <p>Observar la presencia y calidad de los pulsos.</p> | <p>El pulso es una onda pulsátil de la sangre originada por la contracción del ventrículo izquierdo del corazón. El corazón es una bomba y la sangre entra en las arterias con cada contracción, dando lugar al pulso o la onda pulsátil. Generalmente, la onda pulsátil representa el rendimiento del latido cardíaco y adaptación de las arterias.</p> |

¹¹⁶ *Signos Vitales, su valoración y parámetros normales.* (25 de Febrero de 2015). Obtenido de Blogspot : <http://vitalesone.blogspot.mx/>

¹¹⁷ Vitales, A. d. (18 de Octubre de 2016). Scribd. Obtenido de <https://es.scribd.com/document/325233062/4-Alteracion-de-Las-Funciones-Vitales>. (Bulechek Gloria, 2009)

| | |
|---|--|
| <p>Controlar periódicamente la frecuencia y el ritmo respiratorio.</p> | <p>La frecuencia respiratoria es la cantidad de respiraciones que una persona hace por minuto. La frecuencia se mide por lo general cuando una persona está en reposo y consiste simplemente en contar la cantidad de respiraciones durante un minuto cada vez que se eleva el pecho. La frecuencia respiratoria puede aumentar con la fiebre, las enfermedades y otras afecciones médicas.</p> |
| <p>Observar periódicamente el color, la temperatura y humedad de la piel.</p> | <p>La intensa sudación que acompaña a la fiebre produce incomodidad al paciente. A fin de contribuir a su bienestar es necesario bañarlo, favoreciendo al mismo tiempo la eliminación del calor. Se debe bañar al paciente, tantas veces como sea necesario y mantener la ropa de cama limpia y seca.</p> |
| <p>Observar si hay relleno capilar normal.</p> | <p>El llenado capilar se examina para evaluar la capacidad del aparato circulatorio para restaurar la sangre al sistema capilar. Cuando se evalúa una extremidad no lesionada, el llenado capilar puede reflejar la perfusión del paciente. Sin embargo, debe tenerse presente que el tiempo de llenado capilar puede ser afectado por la temperatura corporal, posición, trastornos médicos preexistentes, y medicamentos del paciente.¹¹⁸</p> |

EVALUACIÓN:

Valoraba constantemente los signos vitales de la paciente para saber que se encontraban dentro de los parámetros normales, si presentaba fiebre, la temperatura se la tomaba cada cinco minutos para saber si aumentaba o disminuía, observaba la coloración de la piel y los lechos ungueales para saber si presentaba una adecuada perfusión.

¹¹⁸Fuentes, C. d. (2008). LA ENFERMERA Y LA VALORACIÓN DE LOS SIGNOS VITALES. Obtenido de http://cmapspublic2.ihmc.us/rid=1P6W7YGYK-16V97VQ-2811/Valoracion_Signos_Vitales.pdf. (Bulechek Gloria, 2009)

PLAN DE CUIDADOS

| | | | | | |
|---|------------------------------|------------------|--|--------------------------------|--------------------------------|
| DOMINIO: 11 Seguridad/Protección | CLASE: 6 Termorregulación | NOC:0800 | DEFINICIÓN: Equilibrio entre la producción, la ganancia y la pérdida de calor. | | |
| DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA) DEFINICIÓN (00007): Elevación de la temperatura corporal por encima del rango normal. | | RESULTADO | INDICADOR | ESCALA DE MEDICIÓN | PUNTUACIÓN DIANA |
| Etiqueta (problema) ED. Hipertermia | | Termorregulación | 080001. Temperatura cutánea aumentada. | Gravemente comprometido 1 | Mantener en:2 Aumentar a :3 |
| | | | 080003. Cefalea | Sustancialmente comprometido 2 | |
| | | | | Moderadamente comprometido 3 | Mantener en:2 Aumentar a :3 |
| Factores relacionados (causas) FR. Proceso infeccioso | | | 080007. Cambios de coloración cutánea. | Levemente comprometido 4 | Mantener en:4 Aumentar a: 5 |
| | | | | No comprometido 5 | |
| Características definatorias (signos y síntomas) CD. Aumento de la temperatura corporal por encima del límite normal. | | | 080014. Deshidratación | | Mantener en:2 Aumentar a :3 |

(Herdman, 2012-2014)

(Moorhead Sue, 2009)

| INTERVENCIONES (NIC): Tratamiento de la fiebre DEFINICIÓN: Actuación ante un paciente con hipertermia causada por factores no ambientales | FUNDAMENTACIÓN |
|--|--|
| ACTIVIDADES | |
| Tomar la temperatura lo más frecuentemente que sea oportuno. | Cuando organismos como bacterias y virus entran al cuerpo, las células fagocíticas reaccionan tratando de destruirlas y, con forme lo hacen, producen pirógenos que estimulan las células del cerebro para liberar pequeñas proteínas llamadas citocinas. Estas células son las responsables de las respuestas hematopoyéticas, inmunes e inflamatorias del cuerpo y cuando entran a la circulación se sintetiza la prostaglandina E2 haciendo que el tálamo eleve el valor de referencia de la temperatura del núcleo corporal. |
| Vigilar por si hubiera pérdida imperceptible de líquidos. | Cuando la temperatura corporal alcanza un cierto nivel, se suda; al evaporarse el sudor se enfría la piel y este enfriamiento se transmite a los tejidos. El mantenimiento de la sudación requiere la reposición de líquidos. |
| Observar el color de la piel y la temperatura. | La piel esta provista de vasos sanguíneos organizados de tal modo que pueden regular eficazmente el intercambio de calor entre el organismo y el medio exterior. |
| Administrar medicación antipirética. | Actúan sobre el centro termorregulador hipotalámico, inhibiendo a las ciclooxigenasas, enzimas catalizadoras de la conversión del ácido araquidónico en prostaglandina E2, cuya disminución en el SNC provoca un ajuste en los mecanismos reguladores hipotalámicos de la temperatura corporal. |

(Fuentes, 2008)

(Bulechek Gloria, 2009)

| | |
|--|--|
| Administrar un baño tibio con una esponja. | Cuando se aplican los medios físicos antitérmicos se debe realizar un seguimiento continuo de los signos vitales y de la velocidad de enfriamiento. Esta debe ser lenta pues si se ejecuta demasiado rápido puede causar temblores que aumentaran la tasa metabólica y posteriormente la temperatura corporal. |
| Fomentar el aumento de la toma de líquidos orales. | Hidratación abundante, ya que por cada grado de temperatura por encima de 37.2°C se pierden 7ml/kg de agua insensible. |
| Aplicar bolsas de hielo cubiertas con una toalla en las ingles y las axilas. | La mayoría de los métodos físicos antipiréticos se basan en técnicas de refrigeración externa que promueven la pérdida de calor a través de la piel por conducción, convección o evaporación, los beneficios son la supresión de la fiebre y la prevención de efectos negativos. |

EVALUACIÓN:

Los medios físicos proporcionados como el baño con agua tibia, compresas frías y brindar abundantes líquidos, junto con el antipirético ayudaban a disminuir la fiebre y a que la paciente se sintiera mejor.

(Fuentes, 2008)

(Bulechek Gloria, 2009)

PLAN DE ALTA

| PLAN DE ALTA DE ENFERMERÍA | | | | | |
|---|--|---|----------------|---------------|---------------------|
| Nombre del Paciente: KSJ | | | Sexo: Femenino | Edad: 27 años | |
| Fecha de ingreso:06-05-16 | | Fecha de egreso: Seguimiento en domicilio. | | | |
| Diagnóstico médico de egreso: Pielonefritis aguda | | | | | |
| CUIDADOS ESPECIALES | | | | | |
| Alimentación | Importancia del cumplimiento de la dieta e ingestión de abundantes líquidos, evite el consumo de refrescos de café, alcohol, ya que son irritantes urinarios Incentivar el consumo de vitamina C para acidificar la orina y reducir el crecimiento bacteriano. | | | | |
| Higiene | Mantener la higiene personal aseo adecuado de los genitales para evitar la invasión de gérmenes por esta vía. Correcto lavado de manos. Usar ropa interior de algodón para así reducir la humedad perineal. Abstenerse de tener relaciones sexuales durante la infección y el tratamiento. Vaciar la vejiga tan pronto e sienta la urgencia para reducir el número de bacterias y la estasis, además prevenir la reinfección. Evite el uso de papel higiénico aromatizado que puede ser irritante. Higiene perineal y limpiarse de adelante hacia atrás el perineo después de orinar o defecar | | | | |
| MEDICAMENTOS INDICADOS | | | | | |
| Nombre | Presentación | Dosis | Vía | Hora | Días de tratamiento |
| Levofloxacino | Tabletas | 750mg | VO | c-24 hrs | 7 días |
| Paracetamol | Tabletas | 1gr | VO | c-8hrs | 4 días |
| | | | | | |

| SIGNOS Y SÍNTOMAS DE ALARMA | |
|--|---|
| Signos y síntomas | Acciones recomendadas ante la evidencia de signos y síntomas de alarma |
| Escalofrío Diaforesis Fatiga Debilidad Fiebre por encima de 38°C Dolor de costado, en la espalda o la ingle Piel enrojecida o caliente Náuseas y vómitos Dolor abdominal intenso | En caso de presentar fiebre, colocar medios físicos como compresas húmedas o tomar un baño con agua tibia. En caso de náuseas o vómito ingerir líquidos fríos. Es muy importante reconocer cada uno de los signos de alarma, en caso de presentar alguno de ellos es necesario acudir a la unidad médica para valoración. |

Nombre y Firma de paciente o responsable: KSJ

Nombre y firma de enfermera: Ivonne Lucero Ramírez Salgado.

III. CONCLUSIÓN

Durante la valoración de enfermería encontré varias necesidades alteradas de la paciente, las cuales tenían que ser resueltas, al momento de realizar los diagnósticos no hubo problema alguno ya que tenía claro cuáles eran dichas necesidades para poder planear de forma adecuada las intervenciones que ayudarían a resolverlas, al momento de la ejecución de las intervenciones me di cuenta que hubo mejoría en cada una de ellas, la paciente se sintió mejor y con ello pude evaluar que las intervenciones realizadas eran las adecuadas, cada vez que realizaba alguna intervención volvía a evaluar ya que esta etapa y todas las etapas del proceso enfermero son importantes y se deben de realizar cuantas veces sea necesario para poder brindar una atención individualizada y de calidad.

El realizar este proceso enfermero fue de gran importancia ya que ayudó a la paciente a mejorar su estado de salud, de igual manera aprendió cuales deben ser los hábitos a seguir para evitar una reinfección, sentí una gran satisfacción al realizar este proceso ya que la infección de vías urinarias altas es muy frecuente y espero que en un futuro este proceso pueda servir como guía para los compañeros que estén interesados en realizar un proceso enfermero de esta patología.

IV. BIBLIOGRAFÍA GENERAL

- Alteración de los Signos Vitales*. (18 de Octubre de 2016). Obtenido de Scribd:
<https://es.scribd.com/document/325233062/4-Alteracion-de-Las-Funciones-Vitales>.
- Adriana, R. Z. (1 de Abril de 2015). *Psicoemocionat*. Obtenido de
<http://psicoemocionat.com/1/post/2015/04/la-fatiga-emocional.html>
- Agramonte del Sol Alain, V. M. (4 de Noviembre de 2016). *Libros de Autores Cubanos*. Obtenido de
www.google.com.mx/search?q=Unidad+3.+Comodidad%2C+reposo+y+sueño&rlz=1C1NHXL_esMX702MX702&oq=Unidad+3.+Comodidad%2C+reposo+y+sueño&aqs=chrome..69i57j69i61.1720j0j8&sourceid=chrome&ie=UTF-8
- Agustín, L. R. (2006). La seguridad del paciente, una responsabilidad en el acto del cuidado. *Revista Cubana Enfermería*. Obtenido de
http://bvs.sld.cu/revistas/enf/vol22_3_06/enf07306.html
- Andrade Cepeda Rosa, L. E. (2014). *Proceso de Atención Enfermería*. México: Trillas.
- Bello, S. C. (s.f.). *HUMANIZACIÓN Y CALIDAD DE LOS AMBIENTES HOSPITALARIOS*. Obtenido de
<http://www.minsa.gob.pe/dgiem/cendoc/pdfs/HUMANIZACI%25C3%2593N%2520Y%2520CALIDAD%2520DE%2520LOS%2520AMBIENTES%2520HOSPITALARIOS.pdf+&cd=1&hl=es-419&ct=clnk&gl=mx>
- Blancas, C. A. (s.f.). *Infermera Virtual*. Obtenido de
<https://www.infermeravirtual.com/files/media/file/103/Sistema%20urinario.pdf?1358605607>
- Briseida. (18 de Noviembre de 2011). *LINEAMIENTOS GENERALES PARA LA ELABORACIÓN DE PLANES DE CUIDADO*. Obtenido de blogspot:
nnavarrete4controldevenocclisis.blogspot.com/.../lineamientos-generales-para-la.html
- Bulechek Gloria, B. h. (2009). *Clasificación de Intervenciones de Enfermería NIC*. España : Elsevier .
- CENETEC. (2009). Diagnóstico y Tratamiento de la Infección Aguda, no Complicada del Tracto Urinario en la Mujer. *Guía de Práctica Clínica*, 1-35. Obtenido de
http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/077_GPC_InfAg_nocompdeltractourinariomujer/tractourinario_de_la_mujer.pdf
- CENETEC. (2014). Diagnóstico y Tratamiento de la pielonefritis Aguda no complicada en el adulto. *GUIA DE PRÁCTICA CLÍNICA*, 1-10. Obtenido de
http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/451_GPC_Pielonefritis_aguda/GRR_Pielonefritis_aguda.pdf
- Cuevas Leticia, G. D. (Febrero de 2012). Breve Historia de la Enfermería en México. *CuidArte "El arte del Cuidado"*, 1(1), 74. Obtenido de
http://www.iztacala.unam.mx/cuidarte/basics/primernumero_pdfs/9LaEnfermeriaEnMexico_FEB12.pdf
- De la fuente, B. B. (2004). *Teorías y Modelos de Enfermería*. Barcelona: Masson.
- Enfermería, T. y. (s.f.). *Campus Virtual*. Obtenido de
cvonline.uaeh.edu.mx/Cursos/...modelos/.../TeoriasyModelosdeEnfermeria_UIII.pdf

- Fuentes, C. d. (2008). *LA ENFERMERA Y LA VALORACIÓN DE LOS SIGNOS VITALES*.
Obtenido de http://cmapspublic2.ihmc.us/rid=1P6W7YGYK-16V97VQ-2811/Valoracion_Signos_Vitales.pdf
- Gerard, B. (s.f.). Principios de Anatomía y Fisiología . En B. D. Gerar Tortora, *Tortora . Derrickson* (págs. 1001-1039). México : Editorial Medica Panamericana .
- Gyawali, D. R. (4 de Noviembre de 2016). *American College of Gastroenterology* .
Obtenido de <http://patients.gi.org/recursos-en-espanol/nausea-y-vomito/>
- Herdman, T. (2012-2014). NANDA Internacional. Diagnósticos Enfermeros Definiciones y Clasificación. España : Barcelona: Elsevier.
- Huanca, M. (Septiembre de 2011). Pielonefritis. *Revistas Bolivianas*, 523-526. Obtenido de http://www.revistasbolivianas.org.bo/scielo.php?pid=S2304-37682011000800001&script=sci_arttext.
- Ledesma Pérez María del Carmen. (2014). En *Fundamentos de Enfermería*. México: Limusa.
- Luckmann Joan, M. R. (2000). Cuidados de Enfermería Saunders. México: McGRAW-INTERAMERICANA.
- Manuel, J. A. (2002). *El internista. Medicina interna para Internistas*. México: McGRAW-HILL INTERAMERICANA EDITORES.
- Maritza J. Rojas, D. A. (2013). Estrategia de enfermería para disminuir los niveles de ansiedad. *Scielo*, 25 . Obtenido de http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1315-01622013000300006
- Moorhead Sue, J. M. (2009). Clsificación de Resultados de Enfermería NOC. Elsevier.
- Narda, L. B. (15 de Diciembre de 2015). Percepcion del cuidado de enfermería. *Bioética*, 106-107. Obtenido de <http://www.scielo.org.co/pdf/rlb/v16n1/v16n1a07.pdf>
- regina. (s.f.).
- Regina G, N. C. (Diciembre de 2010). EL PROCESO DE ENFERMERÍA: INSTRUMENTO PARA EL CUIDADO. *Umbral Científico*(num 17), 18-23.
Obtenido de <http://www.redalyc.org/pdf/304/30421294003.pdf>
- Rosales Barrera Susana, R. G. (2004). Fundamentos de Enfermería. México: El Manual Moderno.
- Santos, M. (2015). *blogspot*. Obtenido de <http://angelamorenosantos.blogspot.mx/2015/03/plan-de-cuidado-de-enfermeria-para.html>
- Sergio, Y. C. (21 de Julio de 2013). *Ginecología y Obstetericia en Chihuahua*. Obtenido de <http://ginecologochihuahua.blogspot.mx/2013/07/tratamiento-no-farmacologico-para-las.html>
- Signos Vitales, su valoracion y parámetros normales* . (25 de Febrero de 2015). Obtenido de *blogspot* : <http://vitalone.blogspot.mx/>
- VALLEJO, J. C. (Junio-Dicimbre de 2006). *Sobre el modelo AREA y el Proceso Enfermero*. Obtenido de http://www.index-f.com/inquietudes/35pdf/35_articulo_21_29-0707.pdf
- Victoria eugenia cabal E, M. G. (2011). Enfermería como disciplina . *Universidad el Bosque* , 1-9 .

V. GLOSARIO

Pielonefritis: Es una enfermedad renal caracterizada por la inflamación aguda o crónica de la zona de la pelvis renal próxima al uréter y el tejido renal.

Polaquiuria: Es un signo urinario, componente del síndrome miccional, caracterizado por el aumento del número de micciones(frecuencia miccional) durante el día, que suelen ser de escasa cantidad y que refleja una irritación o inflamación del tracto urinario.

Urocultivo: Es la prueba de orina que identifica la presencia de bacterias. Como los riñones y la vejiga son estériles, es decir, no hay microbios presentes, la identificación de bacterias en la orina suele ser un fuerte indicador de una infección del tracto urinario.

Shamanismo: Se refiere a una clase de creencias y prácticas tradicionales similares al animismo que aseguran la capacidad de diagnosticar y de curar el sufrimiento del ser humano y, en algunas sociedades, la capacidad de causarlo.

Paradigma: Se utiliza en la vida cotidiana como sinónimo de “ejemplo” o para hacer referencia en caso de algo que se toma como “modelo digno de seguir”.

Disciplina: En su forma más simple es la coordinación de actitudes, con las cuales se instruye para desarrollar habilidades, o para seguir un determinado código de conducta u "orden".

Caring: Cuidando

NOC: Clasificación de Resultados de Enfermería.

NIC: Clasificación de Intervenciones Enfermeras.

NANDA: Es una sociedad científica de enfermería cuyo objetivo es estandarizar el diagnóstico de enfermería.

PLACE: Plan de cuidados estandarizados de enfermería.

Nefrona: Es una unidad estructural y funcional básica del riñón, responsable de la purificación de la sangre.

Cápsula de Bowman: Es la unidad renal en forma de esfera hueca en la que se realiza el filtrado de las sustancias que se van a excretar.

Turbidez de la orina: puede ser causada principalmente por la presencia de sustancias mucosas, bacterias, leucocitos, uratos amorfos, fosfatos amorfos o eritrocitos.

pH: Coeficiente que indica el grado de acidez o basicidad de una solución acuosa.

Albumina: Es una proteína que se encuentra en gran proporción en el plasma sanguíneo, siendo la principal proteína de la sangre, y una de las más abundantes en el ser humano. Se sintetiza en el hígado.

Bilirrubina: Es un pigmento biliar de color amarillo anaranjado que resulta de la degradación de la hemoglobina de los glóbulos rojos reciclados.

Cilindros urinarios: Son partículas diminutas en forma de tubo que se pueden encontrar cuando se examina la orina bajo el microscopio. Pueden estar compuestos de glóbulos blancos, glóbulos rojos, células renales o sustancias como proteína o grasa.

Escherichia coli: También conocida por la abreviación de su nombre, E. coli, es un bacilo gramnegativo de la familia de las enterobacterias que se encuentra en el tracto gastrointestinal de humanos y animales.

VI. ANEXOS

Exámenes de laboratorio

| Biometría hemática | Resultados | Unidad | Valor referencial |
|--------------------|------------|---------------------|-------------------|
| Leucocitos % | 10.600 | 10 ³ /uL | 5-10 |
| Neutrófilos % | 74 | % | 54-74.3 |
| Linfocitos % | 28 | % | 25-33 |
| Monocitos % | 0 | % | 3-7 |
| Eosinófilos% | 0 | % | 1-3 |
| Basofilos | 0 | % | 0-1 |
| Eritrocitos | 3.9 | 10 ⁶ /uL | 4-6 |
| Hemoglobina | 11.2 | g/dL | 12-16 |
| Hematocrito | 34 | % | 38-52 |
| V.G.M | 87 | fL | 82-96 |
| CMH | 32 | g/dl | 31-37 |
| H.G.M | 29 | % | 26-32 |
| Plaquetas | 283.000 | 1 ⁶ /uL | 200-500 |

Examen General de orina

Examen físico

| | |
|----------|----------------|
| Volumen | 60 ml |
| Color | Amarillo l I I |
| Aspecto | Turbio |
| Olor | Fétido |
| Densidad | 1.020 |

Examen microscópico

| |
|---|
| Leucocitos incontables |
| Abundantes células epiteliales |
| Abundantes cristales de oxalato de calcio |
| Abundantes bacterias |

Examen Bioquímico

| | |
|---------------|----------|
| Ph | 7.0 |
| Glucosa | Negativo |
| Proteínas | Negativo |
| C.cetónicos | +++ |
| Bilirrubina | Negativo |
| Hemoglobina | Negativo |
| Urobilinogeno | Negativo |
| Nitritos | + |