



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO



Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia

**Proceso Atención de Enfermería aplicado a una
persona con alteración en la necesidad de eliminación
y oxigenación**

PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

Que para obtener el Título de Licenciada en Enfermería

P R E S E N T A

Pamela Castro García

Nº de Cuenta:

411051190

Director de trabajo

LEO. Isabel Cristina Peralta Reyes

CDMX

2017



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

CONTENIDO

- 1.- Introducción
- 2.- Justificación
- 3.- Objetivos
- 4.- Metodología
- 5.- Marco Teórico
 - Antecedentes históricos
 - Definición de enfermería
 - Paradigma
 - Metaparadigma
 - Proceso de atención de enfermería
 - Modelo de Virginia Henderson
- 6.- Presentación del caso clínico
 - Capacidad de autocuidado
 - Exploración física
 - Valoración de las 14 necesidades del caso
- 7.-Jerarquización de las necesidades
- 8.- Plan de intervenciones de enfermería
- 9.- Plan de alta
- 10.- Conclusiones
- 11.- Anexos
- 12.- Bibliografía

Agradecimientos:

Gracias a dios por permitirme cumplir un objetivo más en mi vida, por su infinita bondad y amor, por permitirme sentirme feliz por todos mis logros que son resultado de su ayuda, y cuando caigo y me pone pruebas, siempre aprendo de mis errores y me doy cuenta de que los pone frente a mí para que mejore como ser humano, y crezca como persona.

Deseo expresar mi más sincero agradecimiento a mi querida profesora Cristina Peralta Reyes por tenerme tanta paciencia, por transmitirme un poco de su gran conocimiento, responsabilidad, carisma, amor por la enfermería, por la confianza que siempre me ha demostrado, por todo el apoyo y motivación que han sido fundamentales para poder realizar este proceso. A su manera ha sido capaz de ganarse mi lealtad y admiración, así como sentirme en deuda con ella por todo lo recibido durante todo el periodo de tiempo dentro de la universidad

A mi padre Jesús castro por todo su apoyo y aceptación, a mis hermanas Griselda Castro, Dania castro, pues ellos son el principal cimiento en la construcción de mi vida profesional, por ayudarme a ser una mejor persona, por brindarme su amor cariño y comprensión por orientarme en el camino del bien, gracias dios por darme a las mejores hermanas del mundo.

Pero sobre todas las cosas quiero agradecer al gran amor de mi vida Magdalena García Mora mi madre, te extraño, fuiste un gran ejemplo de lucha fortaleza y coraje hasta el final, ni una sola vez escuche que renegara de la vida a pesar de las dificultades, tan solo me ponía una dulce sonrisa, gracias mamá por todo tu amor y tus enseñanzas, te extraño tanto. Que dios te cuide allá en el cielo.

Que falta me haces mamá

A todas las grandes amistades que he encontrado a lo largo de mi vida gracias por su confianza y ayuda para poder continuar con mis estudios.

Muchas gracias!!!

INTRODUCCION:

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

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. El modelo de Virginia Henderson es totalmente compatible con el PE, cuestión esencial para que tenga aplicación en la práctica. Además es posible integrar, junto con el modelo de cuidados y el PE, los lenguajes estandarizados NANDA-NOC-NIC (NNN), cada vez más incorporados en el quehacer de las enfermeras y en los sistemas de información.

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.

JUSTIFICACIÓN

Se elabora el siguiente Proceso de Atención de Enfermería para obtener el título de licenciada de enfermería tomando en cuenta todos los lineamientos requeridos para el mismo, es realizado dentro de las instalaciones del instituto mexicano del seguro social IMSS, con el fin de establecer un plan de cuidados a una persona cuyo diagnostico medico es SINDROME DE RETENCION HIDRICA para así lograr su independencia total además de su pronta recuperación.

El presente trabajo se ha realizado porque así se podrán conocer las medidas para integrar al individuo a su vida cotidiana con ayuda del equipo de salud y algunos de sus familiares que lo visitan. Es satisfactorio que al realizar este proceso se favorezca al paciente y a su familia mediante acciones de enfermería con un enfoque científico pero sobre todo humanístico.

OBJETIVO GENERAL

Integrar conocimientos teóricos prácticos adquiridos durante la formación mediante los pasos organizados y sistematizados del Proceso de Atención de Enfermería a una persona con alteración de la necesidad de eliminación que respalde las intervenciones así como lograr el vínculo entre la persona-familiar y personal.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

Lograr un vínculo entre familiar paciente enfermería compañeros profesionales de salud en la recuperación del paciente (nutriólogos, médicos, etc.)

Brindar los cuidados necesarios de acuerdo a la alteración de cada una de las necesidades del paciente.

Obtener la pronta recuperación del paciente mediante la aplicación y ejecución del PAE

METODOLOGÍA

Para la elaboración del presente trabajo se llevaron a cabo diferentes etapas las cuales se explican a continuación.

La selección de la paciente se realizó dentro del HGZ No. 8 en el servicio de medicina interna 2° piso el día 12 de octubre del año en curso. En un horario de 8:00 am a 2:00pm

La valoración se realizó en los días 12-13 del mismo mes, previo al consentimiento del paciente y del familiar (hermano), se realizó un breve interrogatorio y exploración física donde se identificaron los patrones alterados por lo cual se le brindan los cuidados específicos en los días 14, 15, 16 y en la última sesión se agradece por su cooperación

ANTECEDENTES HISTORICOS

La primera teoría de enfermería nace con Florence Nightingale, a partir de ahí nacen nuevos modelos, cada uno de ellos aporta una filosofía para entender la enfermería y el cuidado.

Desde sus orígenes era considerada como una ocupación basada en la práctica y en el conocimiento empírico, no era considerada como una ciencia, el conocimiento científico aparece como la primera teoría de enfermería.

Florence Nightingale (1820-1910)

Enfermera inglesa, nacida en Florencia, ofreció sus servicios en la guerra de Crimea (1854) en los campos de batalla del ejército británico. Su brillante labor consiguió bajar la mortalidad en los hospitales militares y contribuyó a corregir los problemas de saneamiento (condiciones higiénicas en general), en Londres fundó una escuela de enfermeras profesionales.

Sus aportaciones pueden considerarse a dos niveles:

a) En el ámbito general de la disciplina enfermera

- inicio la búsqueda de un inicio de conocimientos propios de la enfermería
- Organizó las enseñanzas y la educación de la profesión.
- Inicio la investigación en enfermería y que fue la primera en escribir sobre la disciplina

b) Aportaciones asociadas

- inicio las organizaciones de enfermería militar

- fue la primera en utilizar la estadística, la epidemiología y los conceptos de higiene, saneamiento dentro de la enfermería

Florence intento definir las aportaciones específicas en enfermería al cuidado de la salud.

Desde 1852 hasta 1996 se creó y desarrollo una corriente filosófica, que buscaba los fundamentos de la profesión y es durante la década de 1950 a 1996, que surge la teoría de Virginia Henderson.

PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERÍA

Desarrollo de la profesión de enfermería en las últimas décadas, tanto en sus aspectos teóricos como organizativos y asistenciales, no puede comprenderse sin el aporte universal de Virginia Henderson, que a lo largo de su dilatada y fructífera vida profesional ha propiciado importantes bases para el avances de enfermería.

El proceso de atención es la metodología que permite actuar de modo sistemático al implementar la intervención de enfermería.

El término “proceso de enfermería” indica que la serie de etapas que lleva a cabo la enfermera planea; planear y proporcionar los cuidados de enfermería. Es la aplicación de solución de problemas, o científico a la práctica de enfermería, el proceso proporciona una estructura lógica en la que puedan basarse los cuidados de enfermería, el proceso tiene como elementos esenciales el ser planeado, centrado en el individuo (paciente), familia o comunidad orientado a problemas y dirigido a metas.

La enfermería es una ciencia aplicada que requiere de destrezas intelectuales, interpersonales y técnicas a través del proceso de atención de enfermería para ayudar al individuo (paciente) a lograr su potencial, máximo de salud. Las enfermeras utilizan planteamientos teóricos para guiar y respaldar cada componente del proceso, actúan como miembros del equipo de salud, por medio de sus actividades independientes, interdependientes y dependientes dentro del sistema de cuidados de salud, sirviendo como abogado del individuo (paciente).

Y asumiendo la responsabilidad ante él. La relación paciente- enfermera es interdependiente, basada en percepciones, valores, y metas personales. Los pacientes son participantes cautivos en cada paso del proceso de enfermería a través de una decisión mutua.

El proceso de enfermería es un método sistemático y organizado para obtener información e identificar los problemas reales o potenciales del individuo, la familia y la comunidad, con el fin de planear, ejecutar y evaluar el resultado del cuidado de enfermería.

Las palabras de Alfaro (1998) el proceso enfermero “es un método sistemático que brinda cuidados humanistas eficientes centrados en el logro de los resultados esperados”. Como todo proceso, desde el punto de vista operativo consta de una sucesión de etapas correlativas e interrelacionadas de tal forma que cada una depende de la anterior y lo condiciona la siguiente.

El proceso de atención de enfermería (PAE) exige al profesional habilidades y destrezas efectivas, cognoscitivas y motrices para observar, valorar, decidir, realizar, evaluar e interactuar con otros. A sí mismo, se hace necesario el conocimiento de las ciencias biológicas, sociales y del comportamiento. todo esto es indispensable para ayudar a los sujetos de atención, a través de la aplicación del proceso de enfermería, a alcanzar su potencial máximo de salud.

El PAE requiere una actividad especial y continua con el sujeto de atención porque trata de mejorar la respuesta humana.

La importancia del proceso de atención de enfermería

El proceso de atención de enfermería como instrumento en la práctica del profesional puede asegurar la calidad de los cuidados al sujeto de atención: individuo, familia o comunidad. Además proporciona la base para el control operativo y el medio para sistematizar y hacer investigación de enfermería. Asegura la atención individualizada, ofrece ventajas para el profesional que presta atención y para quien la recibe y permita evaluar el impacto de la intervención de enfermería.

Características del proceso enfermero

Es un método porque es una serie de pasos mentales a seguir por la enfermera, que le permite organizar su trabajo y solucionar problemas relacionados con la salud de los usuarios; lo que posibilita la continuidad en el otorgamiento de los cuidados, por tal cual motivo, se comprara con las etapas del método de solución de orden lógico, y que conducen al logro de resultados (valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación).

Es humanista por considerar al hombre como ser holístico (total e integrado); que es más que la suma de sus partes, y que no se debe fraccionar.

Es intencionado porque se centra en el logro de objetivos, permitiendo guiar las acciones para resolver las causas del problema o disminuir los factores de riesgo, al mismo tiempo que valora los recursos (capacidades), en el desempeño del usuario y el de la propia enfermera.

Es dinámico por estar sometido a constantes cambios que obedecen a la naturaleza propia del hombre.

Es flexible porque puede aplicarse en los diversos contextos de la práctica de enfermería y adaptarse a cualquier teoría y modelo de enfermería.

Es interactivo por requerir de la interrelación humano-humano con el usuario para recordar y lograr objetivos comunes.

Es un método sistemático y organizado para brindar cuidados individualizados de acuerdo con el enfoque básico de cada persona o grupo de personas que responde de forma distinta ante una alteración real o potencial de salud. Otra definición es que el proceso de enfermería es una serie de acciones señaladas, pensadas para cumplir el objetivo de enfermería, mantener en estado óptimo el bienestar de la persona, y si el estado cambia, proporcionar la cantidad y calidad de asistencia de enfermería que la situación exija para llevarle de nuevo al estado de bienestar.

El PAE (proceso de atención de enfermería) tiene como objetivo proporcionar un sistema dentro del cual se puedan cubrir las necesidades individuales de la persona, la familia y la comunidad. El proceso de enfermería consiste en una relación de interacción entre la persona y el profesional de enfermería, teniendo a la persona como centro de atención.

Beneficios que se obtienen de su aplicación

Aplicar el proceso enfermero en nuestro medio es un verdadero reto por el sin número de factores que caracterizan la formación y práctica de la enfermería mexicana; y que la ubican, en una situación de desventajas en relación con la de otros países; sin embargo, esto no debe constituir un obstáculo para que la enfermería que busca el logro de la identidad profesional y brindar una atención de calidad, empiece a trabajar con esta metodología, que requiere del ejercicio de habilidades del pensamiento.

Con la aplicación del proceso se delimita el campo de acción específico de la enfermería; y con ello, se demuestra que la enfermería profesional, realiza numerosas acciones que van más allá del cumplimiento de una prescripción médica, ya que “el proceso enfermero” complementa lo que hacen los profesionales de otras disciplinas al centrarse en la respuesta humana.

Las enfermeras al aplicar el proceso, podrán experimentar satisfacción al ser valoradas por los integrantes del equipo sanitario dados sus diversas competencias profesionales, además de favorecer en ellas el desarrollo del pensamiento crítico; es decir un pensamiento analítico, “deliberado, cuidadoso y dirigido al logro de un objetivo”. (Alfaro 1999), pues emplea principios y el método científico para emitir juicios basados en evidencia.

Aplicación del proceso enfermero

La enfermera debe reunir una serie de competencias profesionales en las áreas del saber, saber hacer, y saber ser y convivir para aplicar el proceso con facilidad y lograr cambios que favorezcan la salud del usuario familia y comunidad.

Las competencias del área del saber se refieren al dominio de conocimientos propios de la enfermería y de las disciplinas afines y complementarias a la profesión. Que son sustento teórico de los cuidados enfermeros y permiten abordar la problemática del usuario desde diferentes puntos de vista (biológico, psicológico, sociológico, antropológico, filosófico, etc.)

Son competencia del área del saber hacer, las actividades de carácter intelectual que constituyen el pensamiento crítico; es decir los razonamientos lógicos, analíticos y reflexivos “en relación con lo que hacemos u opinamos”, a fin de ser competentes flexibles y creativos.

En la aplicación del proceso enfermero, se requieren de ese tipo de competencias, por tal razón se convierte en el sistema dentro del cual pueden aplicar su capacidad de razonamiento crítico. Así mismo son competencias en esta área, las habilidades prácticas apoyadas en el conocimiento, reflexión y experiencia que permiten valorar al usuario, planear y ejecutar funciones independientes e interdependientes de enfermería.

También se requieren competencias en el área del saber ser y convivir, que favorezcan la interrelación con el usuario e integrantes del equipo sanitario, en consideración con los aspectos éticos, bioéticos y legales indispensables para el ejercicio de la profesión.

ETAPAS DEL PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERÍA

El proceso se organiza en cinco etapas cíclicas, interrelacionadas y progresivas:

1.- VALORACIÓN

Es la primera etapa del proceso enfermero que nos permite estimar el estado de salud del usuario, familia y comunidad. Con la valoración se reúne “ todas las piezas necesarias del rompecabezas” (Alfaro 1999) correspondientes a respuestas humanas y fisiopatológicas con lo que se logra el conocimiento integral de la persona o grupo.

La valoración que realiza la enfermera del usuario, tiene que ser total e integradora, por lo que debe seguir u enfoque holístico; es decir un modelo enfermero para la identificación de respuestas fisiopatológicas.

La valoración por un modelo enfermero, puede derivarse de la aplicación de cualquier teoría de enfermería, de tal forma que se puede valorar al usuario siguiendo las catorce necesidades de Virginia Henderson, los cuatro principios de conservación de Levine, los subsistemas de Johnson, los requisitos de autocuidado de Orem, etc. O bien, por optar por valorar siguiendo la perspectiva de las necesidades humanas, de los patrones funcionales de salud y de los patrones de respuesta humana; así mismo, la valoración por un modelo médico, puede utilizar la metodología de exploración de cabeza a pies o por sistemas corporales.

Cabe hacer mención que la elección del modelo enfermero a utilizar depende de la preferencia hacia determinado enfoque o marco teórico: respuestas

humanas, necesidades humanas, patrones funcionales de salud o alguna teoría de la enfermería en específico como, de las características particulares de los usuarios (niños, adultos, mujeres embarazadas, personas sanas o enfermas etc.) y de las normas de la institución donde se labore.

La recolección sistemática y continua de los datos es la clave para realizar una valoración exacta de la persona. Los métodos que se usan para la recolección de datos son la entrevista, observación y exploración física. Estas técnicas ofrecen al personal de enfermería un enfoque lógico, sistemático y continuo en la recolección de datos necesarios para el posterior diagnóstico de enfermería y planificación de los cuidados.

Pasos para realizar la valoración

La valoración como proceso continuo proporciona información valiosa del usuario, permitiéndonos emitir juicios sobre el estado de salud a partir de la identificación de problemas reales y de riesgo y de los recursos (capacidades) existentes para conservar y recuperar la salud.

Son tres pasos los que se deben llevar a cabo en la etapa de valoración:

- 1.- recolección de la información.
- 2.- validación de la información.
- 3.- registro de la información.

Recolección de la información

Da inicio desde el primer encuentro con el usuario y continua en cada encuentro subsiguiente hasta que la persona sea dada de alta, por lo que es indispensable aprovechar cada momento en que se esté con el usuario y su familia para recolectar datos que nos permitan conocerlos.

Para obtener la información se recurre a fuentes directas como indirectas. Son fuentes directas primarias; el usuario y su familia (ellos constituyen la principal fuente de información), los amigos y otros profesionales del área de la salud son fuentes directas secundarias porque aportan datos valiosos sobre el usuario y su familia. Las fuentes indirectas de información a las que también se debe recurrir son el expediente clínico y la bibliografía relevante.

Es indispensable contar con una guía durante la recolección de la información, para seguir la metodología específica durante la valoración, evitar omisiones y facilitar a la vez la agrupación de datos. Esta guía debe considerar: datos biográficos del usuario o familia (ejemplo: nombre, sexo, edad, estado civil, ocupación, religión, etc.), antecedentes personales y familiares de enfermedad, (ejemplo: enfermedades anteriores, enfermedades de la familia, enfermedad actual, tratamiento medicamentoso, etc.); aspectos a valorar según el modelo enfermero que se vaya a utilizar (ejemplo: patrones de respuesta humana,

patrones funcionales de salud, necesidades humanas, etc.) y los datos para el examen físico.

La recolección de los datos del usuario puede ser general y específica (focalizada); así primero tendrá un conocimiento de todos los aspectos relacionados con el estado de salud y una vez detectado un problema real o de riesgo centrar la valoración en un área específica.

Durante la valoración el profesional de enfermería recoge cuatro tipos de datos: subjetivos, objetivos, históricos y actuales, los datos subjetivos son aquellos que el usuario nos refiere y que manifiestan una percepción de carácter individual (ejemplo: el dolor, el temor, la debilidad, la impotencia, etc.)

Son datos objetivos la información que se puede observar y medir a través de los órganos de los sentidos (ejemplo: la frecuencia cardíaca, el color de piel, el peso, la talla, la tensión arterial, la presencia de edema, etc.)

Los datos históricos se refieren a hechos del pasado y que se relacionan con la salud del usuario (ejemplo: antecedentes familiares y personales de enfermedad, conductas que se han tenido para el cuidado de la salud, hospitalizaciones, tratamientos médicos recibidos, etc.) y los datos actuales son hechos que suceden en el momento y que son motivo de consulta y hospitalización, (ejemplo: la hipertermia, la deshidratación, el sangrado, el insomnio, el alcoholismo, la ansiedad, etc.)

Nota: actualmente solo se clasifican en datos actuales e históricos.

Toda la información se recolecta por medio de la entrevista y del examen físico ambas se complementan y clarifican mutuamente, en consecuencia, se pueden realizar en forma simultánea. Ejemplo: si el usuario refiere sentir dolor en las extremidades inferiores, se procede en ese momento a examinarlas para buscar datos de normalidad o anormalidad.

- A) La entrevista, es una labor compleja que requiere ante todo la habilidad en la comunicación y de la interrelación estrecha con el usuario. Tiene como finalidad la obtención de la información necesaria para el diagnóstico y planeación de actividades; la iniciación de su ambiente terapéutico caracterizado por el dialogo, respeto, confianza y el establecimiento de objetivos comunes entre la enfermera y el usuario.

Toda entrevista por más sencilla que sea debe tener una introducción, para saludar al usuario, proceder a presentarse y explicar la razón de la entrevista; también debe poseer un núcleo, caracterizado por el dialogo y por seguir la estructura de la guía de valoración (es recomendable un orden para evitar omisiones). Por último, la entrevista debe presentar un cierre para informar al usuario sobre su término, agradecer la colaboración y establecer objetivos comunes.

El éxito de una entrevista depende de muchos factores, por consiguiente, la enfermera con poca experiencia debe pedir asesoría para obtener información completa y veraz. Conforme exista mayor práctica de la entrevista, el profesional de la enfermería se hace más competente, al reunir las capacidades (conocimientos, habilidades y actitudes) necesarios para llevarla a cabo con éxito.

Entre los aspectos que se deben tener presentes para realizar una entrevista están los siguientes:

1.- seguir la guía de valoración para llevar un orden y saber exactamente lo que se va a preguntar al usuario (evitar improvisar).

2.- asegurar un entorno con las características de privacidad y tranquilidad.

3.- valorar el momento para realizar la entrevista, el usuario debe encontrarse en condiciones físicas y emocionales idóneas para poder contestar a las preguntas.

4.- mantener durante la entrevista una distancia de uno o dos metros con relación al usuario, porque lo pueden intimidar (demasiado cerca) o demostrar falta de interés (demasiado lejos). También hay que procurar que tanto la cabeza de la enfermera como la del usuario estén a la misma altura, para facilitar la atención de ambos y evitar sentimientos de inferioridad por parte del usuario al percibirla por arriba de él.

5.- dedicar el tiempo necesario para la entrevista, si no es posible valorar en un solo momento al usuario, fraccionar la entrevista y centrar la atención en aquellas áreas que son de mayor problema; sin olvidar completar la valoración general en la primera oportunidad que se tenga.

6.- ser amable, cordial y respetuoso (evitar sobrenombres y diminutivos).

7.- formular preguntas claras y sencillas, considerando el nivel educativo del usuario, (evitar términos desconocidos).

8.- seleccionar de acuerdo a la información que se desee obtener y características del usuario, preguntas abiertas o cerradas.

9.- escuchar con atención todo lo que dice el usuario (evitar escribir cuando él esté hablando).

10.- conseguir información sin presionar al usuario (verbal o no verbal); porque puede obtener información errónea o perderse de la misma.

11.- poner atención en el lenguaje no verbal del usuario, éste nos dice más que las palabras.

12.- dejar que el usuario exprese sus ideas para poder conocer su verdad (evitar completar o adivinar).

13.- desarrollar la capacidad de empatía (tratar de ver el mundo, como lo ve el otro) con el fin de comprender mejor la actitud y conducta del usuario.

La enfermera debe practicar el examen físico integral, haciéndose necesarios los conocimientos, habilidades y actitudes para obtener éxito en esa actividad. “la inspección consiste en la valoración utilizando los sentidos de la vista, olfato y oído”. Es un proceso activo en donde la enfermera debe saber que va a inspeccionar y el orden a seguir. Con la inspección se puede valorar la forma del cuerpo, expresiones faciales, características de la piel, movimientos realizados, olor y ruidos que emite el usuario etc.

“la palpación es el examen del cuerpo utilizando el sentido del tacto”, es decir las yemas de los dedos, ya que por su inervación las hace sensibles para determinar textura, temperatura, posición y tamaño de órganos, pulsos periféricos etc. La palpación puede ser superficial (extensión de los dedos de la mano dominante en forma paralela a la superficie de la piel con presión suave en sentido circular) y profunda (intervienen las dos manos, la mano dominante para presionar y la otra para sujetar un órgano desde abajo). Para tener éxito en la palpación es necesario que el usuario se encuentre relajado, que las manos del explorador estén tibias e iniciar con la palpación superficial y en las zonas que no sean dolorosas.

“la percusión es un método de valoración en el que la superficie de un cuerpo es golpeada para producir sonidos o vibraciones”, se emplea para estimar el tamaño y la forma de los órganos, la presencia de líquido, aire o algún sólido. La percusión puede ser directa al golpear el área que ha de percutir con las yemas de los dedos; o indirecta cuando coloca contra la piel el dedo medio de la mano dominante y procede a golpear con la punta del dedo de la otra mano.

“la auscultación es el proceso de escuchar los sonidos producidos por el cuerpo”, y sirve para valorar el funcionamiento de diversos órganos.

Al igual que la percusión esta puede ser directa cuando únicamente se emplea el sentido de la audición e indirecta empleando un estetoscopio.

Son aspectos imprescindibles del examen físico la medición de las constantes vitales (temperatura corporal, pulso/ frecuencia cardiaca, respiración y tensión arterial); estas deben ser valoradas en conjunto, ya que reflejan el funcionamiento general del organismo, permitiéndonos detectar problemas de salud reales y de riesgo.

Validación de la información

En la recolección de la información la enfermera también tiene que identificar los recursos del usuario; es decir las capacidades físicas, psicológicas y personales que son determinantes para las etapas de diagnóstico y planeación. Entre los recursos se pueden mencionar el gozar de buena salud, la capacidad de adaptación, el ejercicio diario, alimentación acorde a los requerimientos, la motivación para el cuidado de la salud, el ambiente familiar favorable para la conservación de la salud y el afrontamiento efectivo al estrés entre otros. Recordar que los recursos se refieren a todo aquello que el usuario y su familia considere como factores que contribuyen a mantener o recuperar su salud.

Una vez reunida toda la información del usuario tiene que ser válida para estar seguros de que los datos obtenidos sean correctos. La validación evita interpretaciones erróneas, omisiones, centrar la información en la dirección equivocada y cometer errores al identificar los problemas. Para la validación de datos es necesario: revalorar al usuario, solicitar a otra enfermera que recolecte aquellos datos en los que no esté seguro, comparar datos objetivos y subjetivos, consultar al usuario o familia y a otros integrantes del equipo sanitario. La validación de datos es de suma importancia que si no se realiza es probable que en la etapa de diagnóstico se presenten dificultades para la agrupación e interpretación de la información.

2.- DIAGNÓSTICO

Es la segunda etapa del proceso que inicia al conducir la valoración y constituye una función intelectual compleja, al requerir de diversos procesos mentales para establecer un juicio clínico sobre la respuesta del individuo, familia y comunidad así como los recursos existentes (capacidades).

Para realizar la etapa de diagnóstico se requieren cuatro pasos fundamentales

- 1.- razonamiento diagnóstico
- 2.- formulación de diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes.
- 3.- validación
- 4.- registro de los diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes.

¿Qué es el razonamiento diagnóstico?

Es la aplicación del pensamiento crítico a la solución de problemas. La enfermera durante el razonamiento diagnóstico realiza diversas funciones intelectuales integra los conocimientos adquiridos y experiencias para finalmente concluir en un juicio clínico.

Algunos autores sugieren hacer una clasificación de los datos para dividir la información en clases concretas, un juicio clínico sobre la respuesta del individuo, familia y comunidad, así como de los recursos existentes (capacidades), este paso es indispensable siempre y cuando durante la

valoración no se haya seguido un modelo enfermero para recolectar y organizar información.

El proceso diagnóstico es una fase fundamental del proceso de enfermería. En esta fase, que sigue a la valoración, los datos son procesados, interpretados y validados. El resultado de este proceso es un diagnóstico de enfermería.

Esta fase tiene cuatro etapas: procesamiento de datos, formulación de la exposición diagnóstica de enfermería, validación y documentación.

Durante el razonamiento diagnóstico se pueden cometer numerosos errores que conducen a ciertos juicios falsos y deficientes, éstos en su mayoría obedecen a: la recolección incorrecta o incompleta de datos, por la falta de metodología durante la valoración, barreras en la comunicación, ocultación de la información por parte del usuario, distracciones e interrupciones y carencia de habilidades para la entrevista y el examen físico; también se deben a la interpretación incorrecta de los datos al hacer deducciones prematuras con poco sustento en datos significativos y por involucrar prejuicios personales; así mismo, la falta de conocimientos y de análisis son obstáculos para un razonamiento diagnóstico confiable; por consiguiente, es recomendable la validación de datos y la búsqueda de asesoría.

¿Qué es la validación?

La validación consiste en confirmar la precisión de los diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes, para lo cual se recomienda plantearse las siguientes preguntas:

- 1.- ¿la información recolectada del usuario/familia fue suficiente?
- 2.- ¿el análisis y la agrupación de datos se hicieron de forma correcta?
- 3.- ¿las deducciones realizadas fueron acertadas?
- 4.- ¿la identificación de diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes fue correcta?
- 5.- ¿para asignar el nombre a la respuesta humana se compararon los datos obtenidos con las características definitorias y factores relacionados de las categorías diagnósticas de la NANDA?
- 6.- ¿para asignar el nombre a la respuesta fisiopatológica se consultaron fuentes bibliográficas y a otros profesionales del área de la salud?
- 7.- ¿los factores relacionados o de riesgo corresponden al problema que se identificó?
- 8.- ¿la estructura de los diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes se apegó a lo establecido?

Durante la validación, la enfermera debe consultar al usuario para corroborar que este en lo cierto, también es recomendable solicitar asesoría cuando no se reúnan los conocimientos o experiencias suficientes.

¿Cómo se realiza el registro de los diagnósticos enfermeros y problemas inter dependientes?

Una vez validados los diagnósticos enfermeros y problemas inter dependientes, pueden escribirse en una hoja de notas de enfermería y en los planes de cuidados para iniciar con la etapa de planeación. Las políticas y normas de cada institución para el cuidado de la salud generan una diversidad en los registros de enfermería; sin embargo, todos deben considerar un apartado para que la enfermera documente sus juicios clínicos (diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes).

DIAGNOSTICOS DE ENFERMERÍA

Tipos de diagnósticos de enfermería

Existen 5 tipos de diagnósticos de enfermería:

- Reales
- De riesgo
- Posibles
- De bienestar
- De síndrome

Diagnósticos de enfermería reales

Describen problemas y alteraciones de la salud del individuo, validados clínicamente mediante la presencia de signos y síntomas que lo definen.

El enunciado de los diagnósticos de enfermería reales consta de tres partes:

Problema de salud (etiqueta) + etiología + sintomatología (manifestaciones).

Diagnósticos de enfermería de riesgo

Son juicios clínicos que realiza la enfermera en los que valora la existencia de una mayor vulnerabilidad de una persona a desarrollar un problema concreto que el resto de la población en la misma situación.

El enunciado de estos diagnósticos consta de dos partes:

Problema de salud (etiqueta)+ etiología

Etiqueta diagnóstica, es una descripción concisa de la alteración del estado de salud, que siempre va precedida por el término "riesgo de".

Ejemplo: Riesgo de infección

Etiología; recoge las situaciones que provocan un aumento en la vulnerabilidad a padecer un problema. En el caso de los diagnósticos de riesgo, se denominan "Factores de riesgo".

Diagnósticos de enfermería posibles

Describen problemas sospechados, que necesitan confirmarse con información adicional.

Se trata de una opción disponible para todos los diagnósticos de enfermería. Es un tipo de diagnóstico especial, ya que describe un estado provisional dentro del proceso para el enunciado de un diagnóstico de enfermería definitivo. Por esta razón, algunos autores no lo reconocen propiamente como un diagnóstico de enfermería. En cualquier caso, se trata de un elemento muy útil para la enfermería en la clínica.

Los diagnósticos de enfermería evolucionan a:

- Un diagnóstico de enfermería real o de riesgo.
- Su resolución, al descartar la existencia de un diagnóstico de enfermería.

El enunciado de estos diagnósticos consta de dos partes

Etiqueta diagnóstica, descripción concreta del problema, precedida por el término "posible".

Ejemplo: posible alteración del rol parental.

Diagnóstico de enfermería de bienestar

Etiología, se reflejan los datos que llevan a la enfermera a sospechar la existencia del diagnóstico.

Se tratan de juicios clínicos que realiza la enfermera ante situaciones o estados de funcionamiento eficaz, pero con interés de mejoría.

La NANDA los define como un juicio clínico respecto a una persona, familia o comunidad en transición desde un nivel específico de bienestar a un nivel más elevado.

En estos diagnósticos deben estar presentes dos circunstancias obligatoriamente.

-estado o situación de funcionamiento actual eficaz.

-deseo de un mejor nivel de bienestar.

Para la formulación de estos diagnósticos es necesario basarse más en los deseos expresos por el cliente, que, en los observados, evitando juzgar si su estado actual de salud es suficientemente eficaz o no.

Problema de salud (etiqueta)

Etiqueta diagnóstica, describe el aspecto concreto del funcionamiento de la salud que se desea mejorar.

Diagnósticos de enfermería de síndrome

Son los diagnósticos que están compuestos por un grupo de diagnósticos reales o de riesgo cuya presencia es previsible como consecuencia de un acontecimiento o situación determinada. La presencia de un diagnóstico de síndrome no excluye la presencia de otros diagnósticos de enfermería no incluidos en dicho diagnóstico de síndrome.

Este tipo de diagnóstico alerta de la presencia de que esta ante una situación compleja, que requiere la realización de valoraciones e intervenciones de enfermería expertas.

El enunciado de estos diagnósticos consta de una única parte:

Problema de salud (etiqueta)

Etiqueta diagnóstica describe el problema y suele contener en ella factores etiológicos o contribuyentes.

Ejemplo: Síndrome traumático de la violación.

Resumiendo un diagnóstico es una exposición que identifica la existencia de un estado no deseable.

REAL: es un juicio clínico sobre una respuesta individual, familiar o de la comunidad ante problemas reales o potenciales de salud o ante procesos de la vida.

DE ALTO RIESGO: juicio clínico acerca de la mayor vulnerabilidad de un individuo, una familia o una comunidad, para desarrollar un problema, que otros que se encuentran en una situación similar o igual.

PROBLEMAS DE SALUD REALES Y DE RIESGO (potenciales)

Los problemas de salud reales son aquellos que están presentes y pueden ser valorados a través de sus características definitorias (manifestaciones objetivas o subjetivas, mayores o menores, signos o síntomas)

Los problemas de salud de riesgo (potenciales) son aquellos en los que no existen manifestaciones, pero presentan numerosos factores de riesgo que

pueden desencadenarlos; siendo responsabilidad de la enfermera el actuar para prevenirlos y detectarlos a tiempo.

BIENESTAR: un diagnóstico de enfermería de bienestar, es un juicio clínico sobre un individuo, familia o comunidad, en transición de un nivel concreto de bienestar a un nivel más elevado.

PLANIFICACIÓN

Es la tercera etapa del proceso enfermero, inicia después de haber elaborado los diagnósticos y los problemas interdependientes. Consiste en la elaboración de estrategias diseñadas para reforzar las respuestas del cliente sano o para evitar reducir o corregir las respuestas del cliente enfermo.

¿Cuáles son los pasos de la planeación?

- Establecer prioridades
- Elaborar objetivos
- Determinar acciones de enfermería
- Documentar el plan de cuidados.

¿Cómo se establecen prioridades?

Al concluir la etapa de diagnóstico, se tiene un determinado número de diagnósticos enfermeros y de problemas interdependientes. Lo que hace indispensable la identificación de problemas de salud en los cuales se debe centrar la atención y realizar acciones inmediatas, porque representan una amenaza para la vida del usuario.

Prioridad n°1: problemas que amenazan la vida e interfieren con las necesidades fisiológicas.

Prioridad n°2: problemas que interfieren con la seguridad y la protección

Prioridad n°3: problemas que interfieren con el amor y la pertenencia.

Prioridad n°4: problemas que interfieren con la autoestima.

Prioridad n° 5: problemas que interfieren con la capacidad para lograr objetivos.

Durante la priorización se emplea el pensamiento crítico para analizar los problemas y reconocer a que prioridad pertenecen, lo que permite brindar una atención de enfermería de acuerdo a la jerarquía de las necesidades humanas. Es importante señalar que en la mayoría de las ocasiones los problemas interdependientes son prioritarios, sobre todo si el usuario se encuentra hospitalizado y grave; sin embargo, los diagnósticos enfermeros se pueden tratar en forma simultánea a los problemas interdependientes.

La planificación consiste en la elaboración de estrategias diseñadas para reforzar las respuestas de la persona sana o para evitar, reducir o corregir las

respuestas de la persona enferma, identificadas en los diagnósticos de enfermería.

Durante la fase de la planificación, se elaboran los objetivos y las intervenciones de enfermería. Los objetivos indican lo que será capaz de hacer la persona como objetivo de las acciones de enfermería. Las intervenciones de enfermería describen la forma que el personal de enfermería puede ayudar a la persona a conseguir objetivos.

La etapa de planificación del proceso de enfermería consta de cuatro etapas:

- Establecimiento de prioridades
- Elaboración de objetivos
- Desarrollo de intervenciones de enfermería
- Documentación del plan

¿Cómo se elaboran los objetivos?

Los objetivos son una parte indispensable dentro de la etapa de planeación, ya que con ellos usted mide el éxito de un plan determinado al valorar el logro de los resultados. También permite dirigir las acciones de enfermería para dar solución a los problemas de salud encontrados, y son los factores de motivación, al generar numerosas acciones en las enfermeras.

Los planes de cuidados de enfermería son documentos que contienen: el problema de salud encontrado (diagnóstico enfermero o problema interdependiente), objetivos, acciones de enfermería y evaluación. Existen dos tipos de planes de acuerdo a sus componentes: para diagnósticos enfermeros y para problemas interdependientes; la diferencia entre ambos es que uno se refiere a una respuesta humana (diagnóstico enfermero) y el otro a una respuesta fisiopatológica (problema interdependiente); y que las funciones interdependientes de enfermería únicamente se incluyen en los planes de cuidados para problemas interdependientes.

Son características de los planes de cuidados:

La individualidad, es decir cada plan debe responder a problemas y factores relacionados/riesgo, específicos, la participación del usuario. La familia y la comunidad en su elaboración; la actualización con respecto a los avances de la enfermería como disciplina científica; la fundamentación científica de las acciones con fines didácticos y ser fuente de comunicación entre los profesionales de enfermería.

Es el registro que la enfermera realiza de los componentes de un plan de cuidados en un formato especial, que permite guiar las intervenciones de enfermería y registrar resultados alcanzados.

De acuerdo con su registro los planes de cuidados pueden ser: individualizados, cuando se utiliza un formato dividido en columnas en donde la enfermera procede a escribir el diagnóstico enfermero/problema interdependiente, objetivos, acciones de enfermería y evaluación;

estandarizados, en caso de que estén impresos y respondan a problemas específicos, permitiendo hasta cierto punto su individualización al dejar espacios en blanco para que la enfermera realice anotaciones particulares del usuario; y los computarizados, que surgen de planes creados por ordenador, que después de introducir información del usuario, familia y comunidad ofrecen los planes de cuidados respectivos.

EJECUCIÓN

Es la cuarta etapa del proceso enfermero que comienzan una vez que se han elaborado los planes de cuidados y está enfocada al inicio de aquellas intervenciones de enfermería que ayudan al paciente a conseguir los objetivos deseados.

La ejecución es el comienzo del plan de cuidados de enfermería para conseguir objetivos concretos. La fase de ejecución comienza después de haberse desarrollado el plan de cuidados y está enfocado en el inicio de aquellas intervenciones de enfermería concretas para modificar los factores que contribuyen al problema de la persona. La ejecución se lleva a cabo en tres etapas: preparación, intervención y documentación.

Antes de llevar a cabo el plan de cuidados se debe:

- 1.- revisar que las acciones estén de acuerdo con las características del usuario y que sean compatibles con las intervenciones de los otros profesionales de la atención sanitaria, haciéndose necesaria la revaloración.
- 2.- analizar y estar seguros de que se tienen los conocimientos y habilidades necesarios para analizar las actividades planeadas, en caso de no ser así, es indispensable solicitar asesoría.
- 3.- tener en mente las complicaciones que se pueden presentar al ejecutar cada actividad de enfermería.
- 4.-reunir el material y el equipo necesario para llevar a cabo cada intervención.
- 5.- crear un ambiente confortable y seguro para el usuario durante la realización de cada actividad.
- 6.- delegar cuidados enfermeros que se apeguen a los cuatro puntos clave de la delegación, tarea correcta, persona correcta, comunicación correcta y evaluación correcta.

¿Cuándo inicia la intervención?

Posterior a la fase de preparación pueden llevarse a cabo las intervenciones de enfermería independientes e interdependientes planeadas, que incluyen la valoración, la prestación de cuidados para conseguir los objetivos; la educación del usuario, familia y comunidad, y la comunicación con otros miembros del equipo de atención sanitaria, es fundamental considerar las capacidades

físicas, psicológicas y personales del usuario durante la ejecución de las acciones de enfermería, para lograr su participación e independencia.

Como las respuestas humanas y fisiopatológicas son cambiantes, se precisa la revaloración del usuario, familia y comunidad para estar seguros de que las intervenciones de enfermería son las apropiadas. Cada acción de enfermería debe ser el resultado de una valoración y de la aplicación del pensamiento crítico, por consiguiente, el término rutina es inadecuado, cuando se emplea la metodología del proceso enfermero.

EVALUACIÓN

Es la última etapa del proceso enfermero y a la vez una exigencia en toda la práctica de enfermería, la evaluación como parte del proceso, es continua y formal por lo que está presente en la valoración, diagnóstico, planificación y ejecución.

La aplicación del proceso enfermero se evalúa con las siguientes preguntas:

- ¿la valoración estuvo completa y la información fue validada?
- ¿El razonamiento diagnóstico fue correcta?
- ¿la formulación de diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes fue aceptada?
- ¿los planes de cuidados dieron solución al problema y etiología de los problemas señalados?
- ¿Las acciones de enfermería realizadas permitieron el logro de los objetivos?

La evaluación es la fase final del proceso de enfermería y se produce siempre que el personal de enfermería interacciona con la persona. Como objetivo de estas actividades, determina si el plan de cuidados es adecuado, realista, actual o necesita revisión. Si la persona no ha logrado los objetivos se deberán analizar el plan de cuidados para identificar cual es el problema y poder modificarlo a manera que la persona logra en su estado de salud óptimo.

MARCO TEÓRICO

MODELO DE VIRGINIA HENDERSON

VIRGINIA HENDERSON (1897-1996)

Nació en Kansas City, Missouri; su interés por la enfermería se desarrolló durante la primera guerra mundial graduándose como enfermera en 1921 y se especializó como enfermera docente. Tres años de labor docente, asistencial e investigadora. Virginia Henderson da a conocer lo que será sin duda una definición de la disciplina enfermera.

En su conocida afirmación de la función propia de la enfermería. “la única función de la enfermera es asistir al individuo sano o enfermo en la relación de aquellas actividades que contribuyen a la salud o a su recuperación (o a una muerte serena), actividades que realizaría por sí mismo si tuviera la fuerza, conocimiento o voluntad necesaria.

Todo aquello que le ayude a recobrar su independencia de la forma más rápida posible”. Esta definición fue adoptada por el Congreso Internacional de Enfermería (CIE), que ha mantenido hasta la fecha.

Los elementos más importantes de su teoría son:

- La enfermera asiste a los pacientes en las actividades esenciales para mantener la salud, recuperarse de la enfermedad o alcanzar la muerte en paz.
- Introduce y/o desarrolla el criterio de independencia del paciente en la valoración de la salud.
- Identifica las necesidades humanas básicas que componen los cuidados enfermeros.

Esta teoría de enfermería incorpora los principios filosóficos y psicológicos a su concepto de enfermería.

DEFINICION DE ENFERMERÍA (Virginia Henderson)

Se puede afirmar que la enfermería, es una disciplina profesional orientada hacia la práctica y es considerada como ciencia, en tanto que posee un cuerpo organizado de conocimientos abstractos (teorías) al que se llega mediante la investigación científica y el análisis lógico, o razonamiento analítico, y como arte cuando en la práctica de los cuidados enfermeros, de forma ética, creativa e imaginativa, usa este cuerpo de conocimientos en servicios de los seres humanos y de sus necesidades de salud.

La enfermería actual se define desde tres aspectos diferentes:

- A) Sociológico
- B) Teórico- fisiológico
- C) Ejercicio profesional

ASPECTO SOCIOLÓGICO

Desde esta perspectiva se define como la profesionalización de la actividad de cuidar. Según el diccionario de la real academia de la lengua española, el término de la profesionalización significa “dar carácter de profesión a una actividad”.

Una actividad es un conjunto de acciones o tareas que realizan con un fin determinado. Llevar a cabo una actividad está influenciado por dos condiciones.

Uno de ellos se refiere a la persona que ha de realizarla comprendiendo las capacidades individuales. El segundo lo determina la complejidad de la actividad a realizar.

Según eso una actividad se establece en tres niveles:

I.- Auto acción, actividad realizada por uno mismo. En este caso la persona posee las capacidades requeridas (conocimientos, y habilidades).

II.- acción de apoyo. Si se necesita ayuda de otra persona que por sus conocimientos, experiencia, etc., completa la capacidad de la que ha de llevar a cabo la acción.

III.- acción profesional. Si la acción requiere de aptitudes específicas que solo pueden ser llevadas a efecto por un experto en la materia.

La actividad de cuidar en los dos primeros niveles descritos la ejercen las personas de forma habitual. Pero si la complejidad de la acción requiere de las capacidades específicas y acciones basadas en principios de la ciencia, se precisa la intervención de un experto. A esta intervención se le denomina Enfermería.

B) ASPECTO TEÓRICO FILOSÓFICO

La primera que definió la enfermería, en 1860 fue Florence Nightingale, conceptualizándola como el acto de utilizar el ambiente del paciente para ayudarlo a su recuperación.

Textualmente Nightingale escribe que enfermería es el “uso apropiado del aire, la luz, la limpieza, el calor, la limpieza, la tranquilidad, la selección de la dieta y su administración, y con el menor gasto de energía por el paciente”.

Cien años después Henderson fue una de las primeras enfermeras en definir la Enfermería: “la única función de la enfermera es asistir al individuo sano o enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyen a la salud o a su recuperación, (o a una muerte serena), actividades que realizaría por sí mismo si tuviera la fuerza, conocimiento o voluntad necesaria. Todo a ello de

manera que le ayude a recobrar su independencia de la forma más rápida posible”.

Desde la mitad del siglo xx, una serie de enfermeras teorizantes han desarrollado su visión particular de la enfermería, definiéndola de forma explícita en sus respectivas teorías, sistemas conceptuales, modelos, etc., pero a pesar de sus diferencias entre estas definiciones, lo que es cierto es que existe un aspecto común, en todas. Se podría definir la enfermería de forma genérica como un conjunto de conocimientos organizados para prestar un servicio de ayuda a personas que son total o parcialmente dependientes, cuando ellos o personas responsables de su cuidado ya no son capaces de prestar o supervisar el mismo.

C) ASPECTO DE LA PRACTICA PROFESIONAL

Desde esta perspectiva también fue Florence Nightingale la primera en situar la enfermería como “un arte o destreza de la salud que cada madre, muchacha, esposa, maestra, niñera, cada mujer, debe aprender prácticamente”.

En la actualidad las organizaciones profesionales han definido la enfermería desde el aspecto de la práctica profesional, destacándola la propuesta por la Asociación Americana de Enfermería (ANA), que en 1980 describió el ejercicio profesional como “el diagnóstico y tratamiento de las respuestas humanas a problemas de salud reales o potenciales”.

Virginia Henderson incorporo los principios fisiológicos y psicopatológicos a su definición de enfermería en sus innumerables trabajos; explico la importancia de la independencia de enfermería y a la vez, de su independencia con respecto a otras ramas del área de la salud.

Como se puede observar la acción de enfermería se diferencia de la actividad médica precisamente porque no trata las enfermedades, si no las respuestas que mantienen o incomodan a la persona.

EI CUIDADO COMO OBJETO DE LA DISIPLINA ENFERMERA

El cuidado es la causa o motivo de la acción profesional enfermera. Esta causa es la que debe ser percibida con claridad por los usuarios de los servicios que prestamos enfermería en el contexto de la atención de salud.

Desde el aspecto disciplinar, el cuidado es el objetivo de la enfermería, desde la perspectiva del ejercicio profesional, el cuidado constituye la función propia de la profesión.

PARADIGMA

Se define a las grandes corrientes del pensamiento o maneras de ver o comprender el mundo. (Por el filósofo Thomas Kuhn; 1970 y el filósofo Capra; 1982). Estos pensadores han precisado paradigmas dominantes del mundo occidental; paradigmas, entre otros los siguientes paradigmas.

Disciplina

Es una red de investigación y de práctica marcada por una perspectiva única o por una manera distinta de examinar los fenómenos.

En el área de la ciencia enfermera, según relata Kérouac, los autores han propuesto entre otros los siguientes paradigmas.

-Paradigma de categorización

Según el paradigma de la categorización, los fenómenos son divisibles en las categorías, clases, o grupos definidos, considerados como elementos aislables o manifestaciones simplificables. En la ciencia de la salud, este paradigma orienta el pensamiento hacia la búsqueda del factor causante de la enfermedad. Además inspira dos orientaciones de enfermería: una centrada en la salud pública y otra centrada en la enfermedad.

-paradigma de la integración

Prolonga en paradigma de la categorización recorriendo los elementos y las manifestaciones de un fenómeno e integrado el contexto específico en que se sitúa. Este paradigma ha inspirado la orientación enfermera hacia la persona.

-Paradigma de la transformación

Representa un cambio de mentalidad sin precedentes. Entendiendo cada fenómeno como único en el sentido en que no se puede parecer totalmente a otro. En este paradigma es la base de una apertura de la ciencia enfermera hacia el mundo y ha inspirado las nuevas concepciones de la disciplina.

Resumiendo una visión lineal, unicausal (paradigma de la categorización) ha denominado las ideologías y la formación en curso de este último siglo, así como en todas las esferas de actividades. Las enfermeras han detectado que las experiencias de salud y de la enfermedad sobrepasan la linealidad y la clasificación. Muy pronto han considerado a la persona en su globalidad, en interacción con el entorno (paradigma de la integración y de la transformación).

La relación particular entre los conceptos cuidado, persona, salud, y entorno constituyen el núcleo de la disciplina enfermera.

METAPARADIGMA

Es la persona más global de una disciplina; representa el gran marco teórico de esta, dentro del cual son elaboradas estructuras más restringidas. El metaparadigma identifica los fenómenos propios de la disciplina y la perspectiva general adoptada para observarlos.

Disciplina

Una disciplina ha sido definida como: “una perspectiva única, una forma diferenciada de ver los fenómenos, lo que definitivamente delimita los límites y naturaleza de sus investigaciones” (Donaldson y Crowley, 1978).

Una disciplina incluye una rama específica de conocimientos y la forma en que un orden y unas formas son aplicados al conocimiento.

La disciplina de enfermería según Carper (1978), incluye el contenido de cuatro patrones de conocimiento diferenciados e íntimamente relacionados entre sí: conocimiento empírico (ciencia enfermera), conocimiento ético (conocimiento moral), conocimiento estético (el arte de enfermería) y conocimiento principal (autoconocimiento).

El conjunto de las teorías de estos cuatro patrones, así como las estrategias de investigación utilizadas para elaborarlas, constituye la totalidad del conocimiento enfermero, el cual en continua evolución a causa de los cambios y avances que se generan a partir de las investigaciones.

Teoría

Una teoría es una articulación coherente, organizada y sistematizada de un conjunto de afirmaciones relacionadas con preguntas significativas para una disciplina, que son comunicadas con una explicación integral que tiene sentido.

Es una representación simbólica de los aspectos de la realidad que son descubiertos o ideados con el propósito de describir, explicar, predecir, o prescribir acontecimientos, situaciones, condiciones o relaciones.

Las teorías tienen conceptos que están relacionados con los fenómenos de la disciplina; al relacionar estos conceptos entre sí, se constituyen afirmaciones teóricas.

Fenómeno

Un fenómeno son todos los aspectos de la realidad que pueden ser experimentados o sentidos de forma consciente. Los fenómenos de una disciplina son todos los aspectos que inciden en su área de competencia.

Un fenómeno es un término, descripción o nivel, usado para identificar una idea acerca de un acontecimiento, una situación, un proceso o un grupo de acontecimientos o situaciones.

Henderson ha disfrutado de una larga carrera como autora e investigadora. Durante su estancia entre el profesorado del Teacher College revisó la cuarta edición del Textbook of Principles and Practice of Nursing, de Bertha Hamer, después de la muerte de ésta. La quinta edición del texto fue publicada en 1955 y contenía la propia definición de Enfermería de Henderson.

Henderson fue la autora y coautora de otros trabajos importantes.

METAPARADIGMA DE ENFERMERÍA

Henderson inicialmente no pretendió elaborar una teoría de enfermería, lo que a ella llevo a desarrollar su trabajo fue la preocupación que le causaba constatar la ausencia de una determinación de la función propia de la enfermería. Sus experiencias teóricas y prácticas le llevaron a preguntarse qué es lo que deberían de hacer las enfermeras que no pudieran hacer otros profesionales de la salud. El modelo medicalizado de las enseñanzas de enfermería de aquella época, le creaba insatisfacción por la ausencia de un modelo enfermero que le proporcionara la identidad profesional propia.

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

A partir de esta definición, se extrae una serie de conceptos y subconceptos básicos del modelo de Henderson Metaparadigma:

- 📍 **Salud:** La salud es básica para el funcionamiento del ser humano. El objetivo es que los individuos recuperen la salud o la mantengan, si tienen la voluntad, fuerza y conocimientos necesarios. Se considera salud la habilidad del paciente para realizar sin ayuda las 14 necesidades básicas. Henderson equipara salud con independencia.
- 📍 **Persona:** Es aquel individuo que necesita ayuda para alcanzar salud e independencia o una muerte en paz. La persona es una unidad corporal y mental que está constituida por componentes biológicos, psicológicos, sociales y espirituales.
- 📍 **Entorno:** Para Henderson un individuo sano es capaz de controlar su entorno, pero la enfermedad puede influir en esta capacidad. El entorno

incluye la relación del individuo con la familia. También incluye la responsabilidad de la comunidad de proveer cuidados.

- 📌 Enfermera (cuidados o rol profesional): La función de enfermería es ayudar al individuo, sano o enfermo, a realizar aquellas actividades que contribuyen a la salud o a su recuperación (o a una muerte en paz) actividades que podría realizar sin ayuda si tuviera la fuerza, la voluntad o el conocimiento necesario, y hacerlo de tal forma que se le ayude a conseguir la independencia lo más rápido posible.

Concepto de necesidad: Virginia Henderson establece catorce necesidades básicas que todo ser humano tiene. Estas necesidades normalmente están cubiertas por un individuo sano y que tiene suficientes conocimiento para ello. Cada una de estas 14 necesidades constituye el elemento integrador de aspectos físicos, sociales, psicológicos y espirituales.

El hombre es un ser compuesto por 14 necesidades esenciales descritas en el modelo de Henderson para que pueda vivir y desarrollarse

1°.- Respirar con normalidad.

2°.- Comer y beber adecuadamente.

3°.- Eliminar los desechos del organismo.

4°.- Movimiento y mantenimiento de una postura adecuada.

5°.- Descansar y dormir.

6°.- Seleccionar vestimenta adecuada.

7°.- Mantener la temperatura corporal.

8°.- Mantener la higiene corporal.

9°.- Evitar los peligros del entorno.

10°.- Comunicarse con otros, expresar emociones, necesidades, miedos u opiniones.

11°.- Ejercer culto a Dios, acorde con la religión.

12°.- Trabajar de forma que permita sentirse realizado.

13°.- Participar en todas las formas de recreación y ocio.

14°.- Estudiar, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo normal de la salud.

Todas las necesidades adquieren un pleno significado cuando son abordadas desde su doble sentido de universalidad y especificidad. **Universalidad** porque son comunes y esenciales para todos los seres humanos; y **especificidad**, porque se manifiestan de manera distinta en cada persona.

Las actividades que el personal de enfermería realiza encaminadas a cubrir las necesidades del paciente, son denominadas por V. Henderson como **cuidados básicos de enfermería**. Estos cuidados básicos de enfermería se aplican a través de un plan de cuidados de acuerdo a las necesidades específicas del paciente. Sin embargo, dichas necesidades se modifican en función de dos tipos de factores:

- 📍 Factores permanentes: edad, nivel de inteligencia, medio social o cultural, o capacidad física.
- 📍 Factores variables, que son estados patológicos como: falta aguda de oxígeno, estados de inconsciencia, lesión local, etc.

Manifestaciones de dependencia e independencia: El concepto de dependencia e independencia va ligado al concepto de autonomía.

1. **Autonomía**: Es la capacidad física e intelectual de la persona que le permite satisfacer las necesidades básicas mediante acciones realizadas por ella misma.

2. **Manifestaciones de independencia**: Es la satisfacción de una o varias necesidades del ser humano por las acciones realizadas por sí mismo. Es el nivel óptimo de desarrollo del potencial de la persona para satisfacer las necesidades básicas, de acuerdo a su edad, etapa de desarrollo, sexo y su situación de vida y salud.

3. **Manifestaciones de dependencia**: Son signos observables y señales que indican que la persona es incapaz para satisfacer algunas de sus necesidades; por falta de fuerza, conocimientos o voluntad. La dependencia se identifica a través de las acciones inadecuadas (por omisión o acción) que presenta la persona respecto a la satisfacción de una o varias necesidades básicas.

- Fuente de Dificultad: Las fuentes de dificultad según Henderson son una causa o un impedimento que genera dependencia. Puede ser de orden psicológico, físico, social o de falta de conocimientos. Puede tener su origen en experiencias o situaciones del presente, pero también puede estar originada por experiencias del pasado.

Relación enfermero/a-paciente según V. Henderson: se establecen tres niveles:

1. Enfermera/o como sustituto del paciente (enfoque de suplencia): Se realiza una relación de suplencia debido a una carencia respecto a la fortaleza física,

de voluntad o de conocimientos del paciente. Puede ser de carácter temporal si la persona es capaz de recuperar y/o adquirir la fuerza, conocimientos y voluntad; o puede ser de carácter permanente si la persona no podrá recuperar la fuerza, conocimientos y/o voluntad.

2. Enfermera/o como auxiliar del paciente (enfoque de suplencia y ayuda): La/el enfermera/o realiza actividades de ayuda parcial, nunca suple totalmente las actividades del paciente que puede realizar por sí mismo.

3. Enfermera/o como acompañante del paciente (enfoque de ayuda): La/el enfermera/o supervisa y educa al paciente, pero es éste quien realiza sus cuidados.

Relación del Proceso Enfermero con el modelo de cuidados de Virginia Henderson

La profesión enfermera se ha convertido en las últimas décadas en la ciencia del cuidado, alejándose cada vez más del modelo biomédico en que se trataba la enfermedad. La profesión enfermera se ha convertido en una ciencia que abarca en sus planteamientos las necesidades y las respuestas humanas.

Para lograr el desarrollo disciplinar de la profesión ha sido necesario establecer un marco teórico conceptual sobre el cual están basados los principios y objetivos de la profesión. Además de establecer un marco teórico conceptual, se ha necesitado adaptar un método científico usando una metodología propia para resolver los problemas competentes a la enfermería.

Esto implica la utilización de un método sistemático para proporcionar cuidados centrados en la obtención de los resultados preestablecidos y esperados.

Es decir, que la implantación del Proceso Enfermero (PE) o Proceso de Atención de Enfermería (PAE) en la práctica diaria como método científico para la gestión y administración de los cuidados ha sido fundamental para el desarrollo de la disciplina enfermera. Además el PE fomenta la eficiencia de los cuidados de enfermería, orientándolos a la consecución de los objetivos y promueve el pensamiento crítico.

Así podemos decir que la aplicación del método científico a la práctica asistencial enfermera es el Proceso Enfermero (PE). Alfaro (2003) lo define como “un método sistemático y organizado para administrar cuidados de enfermería de manera individualizada.” Son acciones que realiza la enfermera de forma intencionada. Estas acciones son llevadas a cabo en un orden específico con el fin de que una persona que presente alguna necesidad alterada en sus cuidados de salud reciba los mejores cuidados de enfermería posibles. Es decir, es un sistema de planificación en la ejecución de los cuidados de enfermería.

Las ventajas en la utilización del PE en la práctica asistencial son:

- Proporciona un método organizado para gestionar y administrar el cuidado, eficaz y eficiente tanto en términos humanos como económicos.
- Delimita el campo de actuación de la enfermería.
- Demuestra de manera concreta el impacto de la actuación enfermera.
- Facilita y fomenta la investigación en enfermería, por lo que se aumentan los conocimientos, las bases teóricas de la disciplina y la efectividad de la práctica enfermera.
- Facilita la continuidad de los cuidados e incrementa su calidad.
- Permite la valoración objetiva de los resultados obtenidos por la aportación enfermera, aumentando la satisfacción de los profesionales.
- Adapta los cuidados al individuo y no a la enfermedad, teniendo siempre en cuenta el factor humano en los cuidados.
- Implica de forma activa al individuo y familia en los cuidados, aumentando sus capacidades para el autocuidado y la autonomía.

Adoptar un modelo de Enfermería para aplicar el proceso de Enfermería en un determinado contexto de la práctica de enfermería, es esencial en este momento histórico cuando se está implementando la gestión del cuidado y se necesita identificar indicadores que permitan medir la calidad del cuidado de enfermería. Al mismo tiempo, la aplicación del cuidado con base en un modelo teórico facilita el uso de un lenguaje común o estandarizado para la práctica de enfermería.

La relación existente entre el modelo conceptual de Virginia Henderson y el Proceso Enfermero (PE) radica en la idea de que el modelo de Henderson servirá como guía fundamental a la hora de llevar al cabo el Proceso Enfermero. Es decir, valorar las necesidades de un individuo a través de un modelo teórico (en este caso el modelo teórico es el de Virginia Henderson), orienta sobre los datos objetivos y subjetivos que deben recogerse y sobre la forma de organizarlos. De este modo se identifican aquellos datos de interés para conocer la situación de dependencia que presenta el individuo en relación con las 14 necesidades básicas establecidas por el modelo conceptual.

PRESENTACIÓN DEL CASO CLÍNICO

Ficha de identificación

Nombre: Raúl M. S.

Edad: 72 años Género: Masculino.

Edo. Civil: separado Escolaridad: primaria

Religión: Católica Domicilio: CDMX

Delegación: Magdalena Contreras

Servicio de salud: Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS)

Servicio: medicina interna

Diagnostico Medico:

Síndrome de Retención hídrica

CASO CLINICO

Paciente masculino de 72 años de edad presenta edema de miembros inferiores así como disnea de pequeños esfuerzos. originario de CDMX profesión obrero, refiere que fumo hace 40 años con una duración de 15 años a razón de tres cajetillas al día aproximadamente, hipertensión arterial de 10 años de evolución con tratamiento con amlodipino 5mg,

Padecimiento actual: lo inicia hace 10 años con disnea de grandes esfuerzos, presenta edema de miembros inferiores que fue progresando hasta llegar a la región suprapúbica, presencia de líquido en bolsas escrotales, refiere que no ha podido dormir bien por varios días debido a que le duelen mucho los testículos menciona sentir que le van a reventar, saturación de oxígeno de 89% con puntas nasales a 3 litros por minuto disminución de la fuerza en miembros inferiores, presenta depresión severa debido a que se encuentra en un muy mal estado de salud, refiere que su esposa lo dejo por un problema severo de alcoholismo, tenían muchas peleas y conflictos por que el señor Raúl no quería dejar la bebida así que la esposa se separó de él. Debido a su estado de salud depende económicamente de sus tres hijos; logra sobrevivir gracias a lo que ellos le dan dinero, sin embargo comenta el señor Raúl que no le alcanza el dinero, solo para los artículos básicos y cosas indispensables como comida y medicinas, aunque también requiere de la ayuda de sus hijos y asistencia de sus nueras para realizar sus actividades, normalmente se mantiene aislado pues piensa que es un estorbo para su familia, se siente muy frustrado por no ser feliz y no haber podido mantener un matrimonio estable, ahora se siente muy mal porque nadie lo visita en el hospital y ya no quiere seguir viviendo, se considera de carácter fuerte y al estar solo generalmente se encuentra en depresión la mayor parte del tiempo.

El señor Raúl necesita de otras personas para poder movilizarse ya que el edema le impide hacerlo solo, no ha comido muy bien en el proceso hospitalario pues refiere que la comida que le dan no le gusta y no lo satisface, así que prefiere mantenerse hidratado solo con agua simple, en cuanto a la eliminación se refiere; el señor Raúl evacua una vez al día no presenta evacuaciones diarreicas ni fétidas, micción dos a cuatro veces por día, presenta alteración en el sueño ya que duerme mucho tiempo porque se encuentra aburrido y nadie lo visita, su higiene es limitada ya que depende de otras personas para movilizarse y bañarse, le pide mucho a dios para que su recuperación sea muy pronta.

Capacidad de autocuidado

0 = Independiente 1 = Aparato Auxiliar 2 = Ayuda de Otros

3 = Ayuda de otros equipos 4 = Dependiente/Incapaz

	0	1	2	3	4
Comer / Beber	X				
Baño					X
Vestirse / Arreglarse			X		
Evacuar	X				
Movilidad en Cama					X
Traslados					X
Caminar					X
Subir Escaleras					X
Orinar	X				

Observación: paciente con ALTO grado de dependencia, no puede realizar ningún movimiento solo, debe hacerlo con la ayuda de otras personas. Se encuentra gran parte del día acostado, generalmente en decúbito supino y solo para comer se sienta, o se semisienta; depende de otras personas para poder realizar varias actividades.

EXPLORACIÓN FÍSICA

Temperatura: 36.3°C

FR: 18x'

FC: 84x'

T/A de cubito: 140/50 mmHg

Sat oxígeno: 89%

Fio2: 31%

Paciente masculino de edad aparente a la cronológica en posición sedente consiente orientado.

Cabeza: cráneo normocefalo, rostro simétrico, globos oculares simétricos, pupilas simétricas isocoricas normorefecticas, pabellones auriculares

simétricos con adecuada implantación, nariz central de morfología normal, mucosa seca no hay presencia de secreciones ni obstrucción, cavidad oral con ausencia de piezas dentales, mucosas y lengua parcialmente hidratadas, paladar íntegro.

Cuello: simétrico cilíndrico, tráquea central móvil, pulsos carotídeos presentes, piel con exceso de tejido adiposo, cuello sin alteraciones.

Tórax: normolíneo, simétrico sin alteraciones adecuados movimientos de amplexión y amplexación, auscultación de campos pulmonares estertores subcrepitantes, sin presencia de estertores ni sibilancias. Área precordial a la auscultación en los cinco focos: ritmos cardíacos rítmicos de buena intensidad, no se auscultan focos.

Abdomen: blando depresible no doloroso a la palpación, sin hiperestesia, globoso con presencia de cicatriz umbilical en la línea media, a la auscultación ruidos peristálticos presentes, a la percusión ruidos mate forma general, no se palpa visceromegalias.

Genitales: íntegros de acuerdo a edad y sexo, presenta edema en región suprapúbica, genitales con edema en bolsas escrotales, doloroso a la palpación.

Extremidades: íntegras con presencia de edema desde los pies hasta la ingle en miembros inferiores, uñas con presencia de micosis.

Neurológico: Glasgow de 15

VALORACION DEACUERDO A LAS 14 NECESIDADES DE VIRGINIA HENDERSON

1°.- Necesidad de Oxigenación

Paciente presenta disnea con manejo de oxigenoterapia a 3 litros por min. Sat oxígeno 89% fiO_2 31% FR 18x, aleteo nasal.

2°.- Necesidad de Nutrición e Hidratación

El régimen alimentario durante la hospitalización se basa principalmente en el consumo de dieta blanda hiposódica de 1200 cal con colación nocturna de 800 cc de líquidos el paciente comenta que se queda con hambre porque su dieta en el domicilio es mucho más basta y no tiene una adecuada dieta pues no es baja en sodio. El paciente se rehúsa a ingerir los alimentos pues no son de su agrado únicamente se ha mantenido hidratado con agua simple alrededor de 1 litro al día

3°.- Necesidad de Eliminación

En cuanto a los hábitos de evacuación es una vez al día, con consistencia normal sin estreñimiento ni diarrea y tampoco sufre de incontinencia. Según hábitos urinarios, la frecuencia va de 4 a 5 veces al día. El paciente presenta edema de miembros inferiores de (+++) en miembros inferiores y genitales.

4°.- Necesidad de Moverse y Mantener una Buena Postura

El paciente presenta dificultad para realizar movimientos por sí mismo debido al edema que presenta y la dificultad respiratoria, es dependiente de sus hijos y terceros para movilizarse. Permanece mucho tiempo sentado y le cuesta mucho realizar movimientos leves.

5°.- Necesidad de Descanso y Sueño

El señor refiere que duerme alrededor de 9 horas por la noche y que duerme siestas durante el día lo que ocasiona una alteración en el ciclo circadiano ya que le cuesta trabajo conciliar el sueño y a veces despierta ocasionalmente durante la noche produciéndole somnolencia. Por lo cual recurre a medicamento para poder dormir. Comenta que cuando duerme no tiene un sueño reparador.

6°.- Necesidad de Usar Prendas de Vestir Adecuadas

El paciente elige solo su ropa se viste adecuadamente de acuerdo a la edad y el género y de acuerdo a la temporada, requiere apoyo de sus hijos para poder vestirse y desvestirse.

7°.- Necesidad de Termorregulación

Presenta una temperatura adecuada no presenta sudoración en el día ni escalofríos durante la noche. Normo térmico durante la mayor parte del día.

8°.- Necesidad de Higiene y Protección de la piel

Se baña cada tercer día, pero cuando lo ayudan se baña diario. El aseo dental es dos veces al día, mientras que el lavado de manos lo realiza antes de comer y después de ir al baño

9°.- Necesidad de Evitar Peligros

La seguridad que mantiene es muy limitada puesto que en la cama donde se encuentra no tiene barandales y necesita asistencia de su familiar continuamente presenta debilidad muscular, uso de diuréticos,

10°.- Necesidad de Comunicación

el paciente se ha sentido muy ansioso en el hospital ya que está preocupado porque sus hijos no pueden realizar sus actividades normalmente, se ha mantenido preocupado por su salud en general y no ha podido dormir bien, no tiene esposa, se separó de ella por que el paciente tuvo un problema de alcoholismo severo por lo cual refiere que su esposa lo dejo, y ahora depende de sus tres hijos y siente que es una carga para ellos porque no pueden hacer una vida normal debido a sus problemas de salud. Lo que le genera un estado de depresión muy fuerte en algunas ocasiones.

11°.- Practicar su Religión, Actuar Según sus Creencias y Valores

El señor es de religión católica, sin restricciones religiosas y que refiere su familiar que le gustaría recibir visita de sacerdote o religiosa, realiza oración cada noche para que su recuperación sea más pronta. Se encuentra angustiado por la situación por la que está pasando

12°.- Necesidad de Trabajo y Realización

Su actividad principal era atender el taller que tiene con sus hijos de herrería pero ahora depende en todos los aspectos de sus hijos ya que ellos son quien sule sus necesidades tanto económicas como de asistencia y ayuda. Por lo cual menciona sentirse desahuciado porque ya no puede hacer nada.

13°.- Necesidad de Juego y Recreación

Le gusta mucho ver tv, escuchar música, ya no realiza ninguna actividad física debido a su condición, expresa que desearía tener algo que hacer, diariamente ha tenido disminución del interés por participar en actividades recreativas y familiares.

14°.- Necesidad de Aprendizaje

Estudio solo hasta la primaria, ha perdido interés por aprender cosas nuevas.

JERARQUIZACIÓN DE LAS NECESIDADES:

Necesidad	Diagnostico
Eliminación	Exceso de volumen de líquidos r/c alteración de los mecanismos reguladores m/p edema de miembros inferiores, genitales, godete +++, celulitis en miembros inferiores
oxigenación	Deterioro del intercambio gaseoso r/c cambios en la membrana alveolo capilar m/p disnea aleteo nasal Fr 18 x min, Fio2 31% Sat oxigeno 89%
comunicación	<p>Ansiedad r/c estancia hospitalaria prolongada m/p expresión verbal, cambios en el estado de animo</p> <p>Deterioro de la comunicación verbal r/c alteración de la percepción y de la autoestima m/p dificultad para mantener una conversación y aislamiento social.</p> <p>baja autoestima crónica r/c estado de salud actual m/p autoevaluación como incapacidad para afrontar acontecimientos durante un largo tiempo</p>
Creencias y valores	<p>Deterioro de la religiosidad r/c estancia hospitalaria m/p sufrimiento, expresión verbal de enojo con dios</p> <p>Sufrimiento moral r/c pérdida de autonomía m/p expresión verbal de angustia e incertidumbre por la dificultad de actuar basándose en la propia elección moral</p>
Evitar peligros (seguridad)	Riesgo de caídas r/c disminución de la fuerza en las extremidades inferiores
Movilidad y postura	Deterioro de la movilidad física r/c alteración del metabolismo m/p limitación de las habilidades motoras, dolor, rigidez, dificultad para realizar movimientos

PLAN DE INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

NECESIDAD: eliminación

DIAGNOSTICO: Exceso de volumen de líquidos r/c alteración de los mecanismos reguladores m/p edema de miembros inferiores, genitales, góndete +++, celulitis en miembros inferiores

OBJETIVO: reducir el edema en los miembros inferiores

Actividades de enfermería

<i>Intervenciones</i>	<i>Fundamentación</i>
Tratamiento con diuréticos	Los diuréticos ahorradores de potasio se utilizan para reducir la cantidad de líquido en el organismo. A diferencia de los otros diuréticos, éstos medicamentos no ocasionan una pérdida de potasio del organismo
Ejercicio durante 5 minutos al día	El ejercicio evita que el espacio intersticial se llene de líquido y provoque un edema
Dieta baja en sodio	Para tratar la retención de líquido que causa los edemas con la dieta, se deben añadir alimentos diuréticos bajos en sal y ricos en potasio
Uso de medias de compresión	utilizando medias antes de levantarse de la cama, de forma que a la sangre no le dé tiempo de acumularse en tus pies y tobillo
Cuantificación de líquidos	Es el control exacto de los líquidos que ingresan y se pierden por las diferentes vías, para establecer el balance en un periodo determinado de tiempo que no exceda a las 24 horas.

Evaluación: se realizó en conjunto con el equipo multidisciplinario una dieta baja en sodio, se le administro el medicamento diurético lo que ayudo a la reducción del edema en los miembros inferiores, sin embargo el edema en los testículos no redujo lo suficiente y el paciente continuo con la molestia.

NECESIDAD: oxigenación

DIAGNOSTICO: Deterioro del intercambio gaseoso r/c cambios en la membrana alveolo capilar m/p disnea aleteo nasal Fr 18 x min, Fio2 31% Sat oxígeno 89%

OBJETIVO: controlar la disnea

intervenciones	fundamentación
Oxigenoterapia	Es una medida terapéutica que consiste en la administración de oxígeno a concentraciones mayores que las que se encuentran en aire del ambiente, con la intención de tratar o prevenir los síntomas y las manifestaciones de la disnea. El oxígeno utilizado en esta terapia es considerado un fármaco en forma gaseosa. Por la forma de vías aéreas.
Incrementar el nivel de saturación de oxígeno mediante micronebulizaciones durante 30 min	Es un procedimiento médico, para suministrar un medicamento o elemento terapéutico mediante vaporización, a través de la vía respiratoria.
Monitorizar y registrar los signos vitales	Los signos vitales reflejan funciones esenciales del cuerpo, incluso el ritmo cardíaco, la frecuencia respiratoria, la temperatura y la presión arterial. Su proveedor de atención médica puede observar, medir y vigilar sus signos vitales para evaluar su nivel de funcionamiento físico.
Vigilar el estado de conciencia	Es un procedimiento periódico y rápido que permite una evaluación continuada del estado del paciente, a pesar de no ser tan exhaustivo como una valoración neurológica completa, sí que nos informa de cambios pequeños del estado del paciente, a veces importantísimo y significativo.
Movilización cambios posturales	Los cambios de posición ayudan al paciente para aliviar la presión al no poder respirar y liberar la vía aérea para disminuir la dificultad respiratoria

EVALUACIÓN:

Las acciones realizadas fueron asertivas, se logró controlar la disnea, se mantuvo la presión en cifras normales logrando mejorar el estado de salud del paciente y el estado hemodinámico.

NECESIDAD: comunicación

DIAGNOSTICO: Ansiedad r/c estancia hospitalaria prolongada m/p expresión verbal, cambios en el estado de animo

OBJETIVO: ayudar al paciente a adaptarse a los factores estresantes, cambios o amenazas perceptibles que interfieran en el cumplimiento de sus decisiones.

Intervenciones	Fundamentación
Disminuir la ansiedad mediante técnicas respiración	Los ejercicios de relajación, respiración y yoga son tan poderosos como un fármaco, aunque algo más trabajosos. Puede resultar una buena inversión aprender estas técnicas porque no sólo serán útiles para afrontar el momento actual, sino que nos ayudarán a cuidarnos ante los agobios que nos depara el futuro.
Terapias de relajación ejercicio durante 5 minutos al día	El ejercicio adecuado nos ayuda a una tonificación muscular, evitando tanto la rigidez como el exceso de activación del sistema nervioso, propiciando un sano cansancio que favorece el sueño reparador y calmar el estrés y la ansiedad
Orientación al cuidador primario. Recomendar a los allegados/ familia que hablen con el paciente sobre noticias generales y personales.	Aumentar la vida social, vincularse, participar en las conversaciones, reuniones informales y cultivar la amistad, son ideas positivas y loables por sí mismas y no deben dejarse de lado pensando que el "retiro" y el aislamiento nos tranquilizarán más (la idea del balneario en una montaña perdida).
Mantener una comunicación sencilla formular preguntas de sí o no.	Reduce la demanda de respuesta favorece el lenguaje.
Proporcionar actividades recreativas; p. ej., televisión, radio, visitas sin número limitado. Utilizar reloj, calendario, fotografías, tablón de anuncios y objetos similares.	Ayuda a mantener la orientación sobre la realidad y proporciona sensación de normalidad con el paso normal del tiempo.

EVALUACIÓN: Para que el sr. Raúl se sintiera bien le proporcionamos fomento de la comunicación. Transmitir nuestra disponibilidad, estar en un ambiente cómodo escuchar los problemas o cuestiones que nos plantea y con actitud abierta expresa una charla tranquila y comenta sus vivencias y preocupaciones, disminuyendo de esta forma la ansiedad

NECESIDAD: comunicación

DIAGNOSTICO: Deterioro de la comunicación verbal r/c alteración de la percepción y de la autoestima m/p dificultad para mantener una conversación y aislamiento social.

OBJETIVO: establecer una conversación lo más eficaz posible y comprender sus principales necesidades

Intervenciones	Fundamentación
Escucha activa	Favorece una comunicación eficaz y fluida mediante el saber escuchar, además de que ayuda a conseguir información que no se conseguiría de otra forma. Se trata no sólo de oír, sino de saber escuchar.
Promocionar la convivencia de las redes sociales del paciente	Las Redes Sociales tienen gran importancia en la sociedad, reflejan la necesidad del ser humano de expresión y reconocimiento. Se han transformado en sitios donde muchos se sienten identificados y comparten intereses en común como música, opiniones y preferencias personales
Disminuir la ansiedad utilizando un enfoque sereno que de seguridad al paciente	La seguridad del paciente desde la perspectiva de la atención de salud supone un conjunto de normas, procedimientos, instrumentos y métodos basados en evidencias científicas destinados a minimizar el riesgo de daño sobre agregado y de eventos adversos en la atención de la salud. Incluye medidas que garantizan prácticas diagnósticas, terapéuticas y de cuidados de enfermería seguros, así como de ajuste del medio ambiente, organización y funcionamiento institucional, incluyendo la dotación, competencias y sostenimiento del personal
Apoyo en la toma de decisiones	La percepción personal y las estrategias de afrontamiento son

aclarando valores y expectativas	quizás los aspectos más relevantes para afrontar de manera adecuada la situación de enfermedad crónica.
Potenciación de la autoestima determinando la confianza del paciente en sus propios juicios	Una persona con baja autoestima probablemente pensará que todo le sale mal y que solo tiene defectos. El hecho de que otra persona le remarque y muestre sus logros puede ayudarlo a entender que también consigue logros y tiene virtudes, lo cual también le ayudaría a elevar su autoestima.
Implicar a la familia y seres queridos en los cuidados y planificación	La mediación permite, ayudar a que la familia permanezca unida, incluso a que algo como el cuidado de una persona dependiente que es duro, pues que en lugar de dividirles les pueda unir y les pueda ayudar a comunicarse mejor a expresar mejor sus peticiones, a defender mejor sus derechos y a lograr acuerdos que hacen que cada uno disfrute de cuidar de su familiar, de su ser querido pero también de su propia vida personal.
Ayudar al paciente a aceptar la dependencia de otros	<p>Los pacientes de la tercera edad experimentan frecuentemente una pérdida de independencia funcional física durante el curso de una enfermedad aguda que requiera de hospitalización.</p> <p>La pérdida de la independencia es promovida por la interacción recíproca entre la enfermedad aguda que provoca la hospitalización y la enfermedad crónica subyacente y sus consecuencias.</p>

Evaluación: se establece una comunicación más óptima para que el paciente exprese sus dudas y emociones, de esta forma logra comprender sus necesidades tratando de encontrar una solución el mismo al aislamiento.

NECESIDAD: comunicación

DIAGNOSTICO: baja autoestima crónica r/c estado de salud actual m/p autoevaluación como incapacidad para afrontar acontecimientos durante un largo tiempo

OBJETIVO: se detectaran las causas que causan la baja autoestima

Intervenciones	Fundamentación
Mostrar interés en el paciente	La depresión importante requiere un apoyo continuo al paciente por parte de todos los miembros del equipo. El enfermo con una depresión grave apenas tendrá deseos o energías para actuar. Generalmente no querrá hablar ni participar en terapia alguna porque creerá que no sabrá comportarse y temerá mostrar sus debilidades
Demostrar simpatía, calidez y autenticidad	el profesional debe intentar que el enfermo acepte su estado actual repitiéndole los hechos positivos que concurren en su situación
Favorecer la expresión de sentimientos	Los esfuerzos del profesional deberían encaminarse a ayudar al paciente a hablar sobre su infelicidad. Es posible que, a medida que hablen, vayan descubriendo la situación que subyace a la actitud insatisfecha del enfermo.
Ayudar a establecimiento de objetivos realistas para conseguir una autoestima más alta	Todos tenemos metas en la vida. Nos aportan algo en lo que centrarnos, algo por lo que luchar, algo por lo que sentirse orgulloso. El hecho de marcarse objetivos y metas como parte del tratamiento y manejo del paciente, le ayudará a recuperar parte del control perdido, a revertir o detener tendencias debilitantes y a ser más positivo acerca de la vida.

Evaluación: al conversar con el paciente se logra identificar las causas que provocan la baja autoestima, sin embargo debido a la enfermedad que el presenta continua con altibajos, por tal motivo se le debe seguir dando una continuidad a las intervenciones.

NECESIDAD: creencias y valores

DIAGNOSTICO: Deterioro de la religiosidad r/c estancia hospitalaria m/p sufrimiento, expresión verbal de enojo con Dios

OBJETIVO: aumentar la creencia de la propia capacidad para iniciar y mantener acciones

Intervenciones	Fundamentación
Participación en lecturas espirituales	La lectura espiritual asidua y serena sirve para alimentar el alma, para conocer mejor las verdades que Dios nos ha revelado y las enseñanzas de la Iglesia, para infundir en el entendimiento de ideales nobles de superación y de progreso, y para reavivar en el corazón el amor y el entusiasmo por las cosas de Dios.
Interacción con otros para compartir pensamientos, sentimientos y creencias.	La comunicación es el pilar de la sociedad, dentro de la comunicación, existen códigos, variables, formas y sentidos literales que hacen diferente la forma de comunicar un mismo mensaje, esta materia, enseñara a poder comprender esos códigos, interpretarlos de manera correcta y usar bien nuestro perfecto idioma.
Animar al paciente a examinar los valores y creencias personales y la satisfacción con ellos	Las personas adoptamos actitudes o realizamos actos y gestos de acuerdo al ideal de justicia, del bien y del mal o para seguir una ideología.
Escuchar las expresiones de sentimientos y creencias	Las creencias espirituales tienen más importancia en la enfermedad que en cualquier otro momento de la vida del individuo. Algunas personas consideran la enfermedad como una prueba de fe, otras como un castigo.
Ayudar al paciente a identificar las áreas de esperanza en la vida	La salud espiritual o bienestar espiritual consiste en sentirse bien, útil y realizado, es una forma de vivir, de considerar la vida una experiencia agradable y llena de sentido. Esto hace que el individuo tome decisiones libres que contribuyan a mantener la vida y a enriquecerla
Alentar la asistencia a servicios religiosos	La asistencia al servicio religioso está asociado con más relaciones sociales, lo que reduce el aislamiento y la

	soledad, que son dos factores de riesgo de la depresión
--	---

Evaluación: el paciente y sus familiares se han incorporado a un grupo de ayuda para la familia de acuerdo a sus creencias religiosas, el señor Raúl trata de encontrar una estabilidad emocional y está tratando de calmar su resentimiento hacia Dios.

NECESIDAD: creencias y valores

DIAGNOSTICO: Sufrimiento moral r/c pérdida de autonomía m/p expresión verbal de angustia e incertidumbre por la dificultad de actuar basándose en la propia elección moral

OBJETIVO: ayudar al paciente a conseguir el equilibrio a través de sus creencias religiosas.

Intervenciones	Fundamentación
Animar al paciente a acudir a grupos de ayuda	Los grupos de apoyo son grupos de personas que experimentan situaciones similares en la vida y que se reúnen periódicamente para compartir sus vivencias. Un grupo de apoyo es un lugar seguro para intercambiar ideas acerca de cómo lidiar con temas difíciles. Los grupos de apoyo se reúnen periódicamente de forma física, por teléfono o en línea.
Fomentar actividades y destrezas que sean del agrado del paciente	Mediante los juegos de mesa los adultos mayores mejoran la movilidad y la agilidad, estimulan la percepción sensorial, potencia el contacto social y la comunicación, además de ofrecer nuevos entornos para el aprendizaje.
Utilizar la comunicación terapéutica para establecer confianza y demostrar empatía con la persona	<p>Cuando estamos enfermos, necesitamos tener a nuestro alrededor personas que nos transmitan simpatía, comprensión, seguridad, optimismo y empatía, es decir sentimientos de bienestar.</p> <p>De esta forma, los pacientes y, de paso, los familiares que nos acompañan, tenemos la posibilidad de tranquilizarnos y de ver nuestra realidad con más optimismo, apertura y expectativas de sanación.</p>
Animar a la persona a participar en interacciones con miembros de la familia, amigos, y demás.	Estas interacciones orientan a la creación o fortalecimiento de redes de apoyo social, especialmente para las personas que viven solas o tienen escasos recursos.
Proporcionar, música, literatura, programas de radio, folletos espirituales al paciente	Tienen por finalidad el mantenimiento, desarrollo y recuperación de habilidades diversas; servir de estímulo de la creatividad y posibilitar experiencias que contribuyan al bienestar y autoestima de los participantes. Por otra parte estas actividades, propician el establecimiento de relaciones interpersonales y de la interacción social de los sujetos, con favorables efectos sobre la salud y el bienestar psicológico.

EVALUACIÓN

El paciente ha logrado disminuir su sufrimiento y angustia mediante la oración y meditación, ha encontrado una cercanía mayor a su confort espiritual, a través de la lectura de la biblia, además mediante recreación familiar se ha rehabilitado para tener una mejor comunicación con sus hijos y un mayor acercamiento para poder entablar conversaciones y expresar sus sentimientos y emociones.

NECESIDAD: evitar peligros

DIAGNOSTICO: Riesgo de caídas r/c disminución de la fuerza en las extremidades inferiores

OBJETIVO: Garantizar la seguridad del paciente teniendo control sobre sus movimientos.

Intervenciones	Fundamentación
Identificar conductas y factores que afecten el riesgo de caídas	Los Adultos Mayores son más propensos a sufrir caídas, siendo las causas más comunes la debilidad muscular, alteraciones en su caminar y equilibrio, enfermedades del corazón (como presión baja y alta), disminución de la visión, el uso de bastones y andaderas de forma inadecuada; además de los efectos de algunos medicamentos, entre muchos otros.
revisar la historia de caídas con la familia y el paciente	La edad es uno de los principales factores de riesgo de las caídas. Los ancianos son quienes corren mayor riesgo de muerte o lesión grave por caídas, y el riesgo aumenta con la edad
Colocar los objetos a su alcance sin que tenga que hacer esfuerzos	Esta medida Garantiza la seguridad del paciente con el fin de mantener su integridad física. La prevención de caídas es uno de los indicadores de calidad de los cuidados de enfermería cuyo seguimiento es común en todos los programas de calidad de los Distintos hospitales.
Estado de seguridad, brindar ayuda para el traslado de un lugar a otro	Tener en cuenta estas características de los pacientes tanto de los déficits sensorceptivos como del estado físico y aplicar alternativas (apoyo familiar u otros).
Ayudar al paciente a participar en los cambios de posición	Cambiar de posición a un paciente en la cama cada 2 horas ayuda a mantener la sangre circulando. Esto le ayuda a la piel a mantenerse saludable y prevenir escaras de decúbito.
Utilizar dispositivos de traslado adecuados u ortesis	Dentro de la ortesis encontramos todos aquellos elementos que corrigen algún movimiento o alguna posición anormal, deficiente del

	cuerpo, y además facilitan desplazamientos, actividades de articulaciones y partes del cuerpo humano con deficiencias o dificultades
--	--

EVALUACIÓN:

Al identificar cuáles son los riesgos de caídas, se tomaron medidas necesarias para evitar futuros accidentes. De la misma manera se formó un protocolo para que sus principales cuidadores le ayudaran a moverse.

NECESIDAD: movilidad y postura

DIAGNOSTICO: Deterioro de la movilidad física r/c alteración del metabolismo m/p limitación de las habilidades motoras, dolor, rigidez, dificultad para realizar movimientos

OBJETIVO: apoyar al paciente para que pueda movilizar los miembros inferiores

Intervenciones	Fundamentación
Colaborar con el fisioterapeuta en el desarrollo y ejecución de un programa de ejercicios	La Fisioterapia es una técnica muy particular, la cual ayuda a las personas a recuperar el movimiento muscular y esquelético,
Poner barandales en la cama	Este tipo de dispositivos de seguridad tienen el objetivo de reducir el riesgo de que la persona se resbale de forma accidental, ruede o se caiga de la cama. También pueden utilizarse para darles confianza y tranquilidad a personas que sienten una ansiedad extrema de caer de su cama.
Movilización del paciente cada dos horas	Todo paciente detectado como de riesgo debe ser cambiado de posición si no hay contraindicación por su patología de base. El periodo de tiempo entre cada cambio no debe exceder generalmente de dos horas y deberá estar definido en el plan de cuidados o historia del paciente. Los pacientes, en los que sea posible, deberán ser educados para cambiar de posición ellos mismos.
Asegurarse de que el paciente reciba los cuidados analgésicos correspondientes	Un analgésico es un medicamento para calmar o eliminar el dolor, ya sea de cabeza, muscular, etc.
Ministración de diurético	Medicamentos que favorecen la diuresis, Flujo de orina, Excreción de sodio, Regular el volumen y/o composición de los líquidos corporales en diversas situaciones.

Evaluación: el paciente logra en conjunto con el equipo multidisciplinario moverse y realizar ejercicios con asistencia, sin embargo no redujo el edema ni se eliminó el dolor de los miembros inferiores ni en los testículos.

PLAN DE ALTA:

Dieta baja en sodio:

Acudir a sus consultas médicas:

Orientar sobre la manera adecuada de la medición de T.A

Evitar la ingesta de alcohol, tabaco, café, y disminuir la ingesta de sodio

Fomentar el hábito de ejercicio o caminata.

Fármacos:

Ⓢ Espironolactona 25 mg vo c/8hrs

La espironolactona es un diurético ahorrador de potasio. En los enfermos con insuficiencia cardíaca (NYHA Clase IV) la espironolactona ha mostrado mejorar la supervivencia global y reducir la necesidad de hospitalizaciones cuando se añade a una terapia convencional (es decir un inhibidor de la ECA, digoxina y un diurético de asa

Ⓢ Furosemide 40 mg vo c/ 8hrs

Edema: FUROSEMIDA está indicada en adultos y pacientes pediátricos para el tratamiento del edema asociado con insuficiencia cardiaca congestiva, cirrosis hepática y enfermedad renal, incluyendo el síndrome nefrótico. FUROSEMIDA es particularmente útil cuando se requiere un agente con un potencial diurético mayor

Ⓢ Digoxina 1 tab vo c/24hrs

La digoxina es un glucósido cardiotónico, usado como agente antiarrítmico en la insuficiencia cardíaca y otros trastornos cardíacos. Inhibidor potente y selectivo de la subunidad alfa de ATPasa. Posibilita el transporte sodio-potasio (ATPasa Na⁺/K⁺) a través de las membranas celulares. Esta unión es de características reversibles.

Ⓢ Amlodipino 5mg vo c/24 hrs

está indicado como tratamiento inicial de primera elección de la hipertensión arterial y puede usarse como monoterapia para el control de la presión arterial sanguínea en la mayoría de los pacientes

Ⓢ Fenazopiridina 100mg vo c/12 hrs

Indicado como acidificante antiséptico y analgésico auxiliar en el tratamiento de las infecciones de vías urinarias como: pielitis, uretritis, pielonefritis y

uretrotrigonitis. También se utiliza como profiláctico en el pre y posoperatorio y en exámenes urológicos instrumentales.

☉ Micronebulizaciones con budesonide c/12 Hrs

☉ Micronebulizaciones con bromuro de ipatropio c/12 Hrs

CONCLUSIONES

Las intervenciones de enfermería son un instrumento potencial en la recuperación de la salud.

La planeación y organización de un plan de cuidados permitió una mejora en la relación de comunicación con el paciente así como el logro de los objetivos planteados.

Con lo que podemos afirmar que el PAE que realizamos en cooperación del paciente junto con sus familiares dio un buen resultado y se lograron la mayoría de las intervenciones con éxito, aunque paso a un servicio diferente lleve un seguimiento en el caso clínico para verificar en avance en la salud del paciente, así como platicar con los familiares para que los apoyaran no solo físicamente sino psicológica y emocionalmente gracias a ello el paciente ahora podrá gozar de una mejor salud con las medidas que le implementamos además de que se les enseñó a los familiares a realizarle los procedimientos higiénicamente y con una buena técnica.

ANEXOS

Retención urinaria:

Es el cuadro clínico que resulta de la imposibilidad de vaciar adecuadamente y de forma voluntaria el contenido vesical, cuando el sistema urinario no funciona correctamente entonces aparecen problemas como la retención urinaria, incontinencia urinaria entre otras enfermedades. La retención urinaria es bastante frecuente sobre todo en los hombres de edad avanzada.

Si bien se puede presentar como episodios aislados, tiene un impacto profundo sobre la salud pública si tomamos en cuenta que una cifra no despreciable de

los motivos de consulta en los servicios de urgencia entre los pacientes geriátricos es la retención urinaria, sin contar con los costos económicos que implica.

La retención urinaria está íntimamente ligada a la hiperplasia prostática benigna (HPB), pues éste es el factor condicionante más importante, aunque no la única etiología. Si bien las causas obstructivas son las más frecuentes, es importante tener en cuenta otras posibilidades como los fármacos.

Causas

Las causas de retención urinaria en el anciano pueden ser diversas, e incluso existir más de una causa en el mismo paciente. Desde un punto de vista clínico se pueden diferenciar varios grupos de causas: obstructivas, neurogénicas, farmacológicas y psicógenas.

Obstructiva

Las causas obstructivas son más frecuentes en los varones, relacionándose fundamentalmente con la hiperplasia benigna prostática, si bien otros factores como la impactación fecal, la infección, la esclerosis del cuello vesical (casi siempre tras una cirugía prostática), las estenosis uretrales, la neoplasia prostática o vesical, los fármacos (con acción anticolinérgica; diuréticos) o un balance de líquidos excesivamente positivo también pueden desempeñar un papel adicional en la producción de retención urinaria.

Neurógena

La retención de orina de origen neurógeno puede tener su origen en diferentes procesos sistémicos, tales como:

Lesiones corticales o subcorticales: enfermedad cerebrovascular, demencia, hidrocefalia, patología tumoral.

Síndrome de compresión medular: aplastamientos vertebrales, hernia discal, metástasis óseas, mieloma múltiple, tumor medular.

Neuropatía autonómica: diabetes mellitus, enfermedad de Parkinson, enolismo crónico, malnutrición.

Neuropatía periférica: déficit de B12.

Farmacológica

Los fármacos más frecuentemente implicados son los psicofármacos (antidepresivos tricíclicos, neurolépticos, benzodiazepinas), anticolinérgicos, calcioantagonistas, relajantes musculares, antiparkinsonianos, antihistamínicos, beta-bloqueantes y simpaticomiméticos.

Formas de presentación clínica

Retención urinaria aguda

Esta forma de presentación es muy frecuente en los varones, debido casi siempre a una causa obstructiva (hiperplasia prostática), y en el caso de las mujeres suele ser de origen farmacológico o multifactorial (inmovilidad, nutricional, neuropatía...).

En el caso del varón con hiperplasia prostática, no sólo influye el volumen glandular en la patogenia de la retención urinaria, sino que otros factores, como el tono del cuello vesical o de la uretra, también van a intervenir sobre la dinámica miccional. La manifestación clínica típica suele ser la imposibilidad para orinar, que habitualmente se presenta con dolor abdominal, conllevando en el paciente anciano una serie de repercusiones orgánicas como delirium, insuficiencia renal, descompensación de la patología cardíaca, respiratoria o hepática .

Retención urinaria crónica

En ocasiones puede ocurrir que las manifestaciones de la retención urinaria no sean las clásicas (síntomas obstructivos, molestias abdominales, etc.), sino que se presenten como manifestaciones generales, casi siempre relacionadas con insuficiencia renal o con complicaciones del residuo vesical patológico (infecciones, hematuria, litiasis urinaria, divertículos, etc.).

En el anciano está descrita la presentación de la retención urinaria crónica con alteraciones mentales (agitación, desorientación, delirium) y del comportamiento (alteraciones conductuales, agresividad), secundarias a la

ureterohidronefrosis bilateral con insuficiencia renal provocada por una distensión vesical, sin que las manifestaciones irritativas u obstructivas estuvieran presentes previamente.

EPIDEMIOLOGÍA

A partir de los 30 años de edad, la próstata crece a una velocidad de 0.4 gramos/año. Desde la cuarta década aumenta la incidencia de HPB. Mediante estudios anatomopatológicos, se ha determinado que el 50% de los casos entre edades de 51 y 60 años presentan indicios de HPB, aumentando a un 90% a los 90 años.

La retención urinaria es una complicación común de la HPB. Es la traducción de la progresión de los síntomas urinarios. Su incidencia varía según la metodología de los estudios (4-15% a cinco años, en presencia de síntomas obstructivos).

FORMAS DE PRESENTACIÓN

En la mayoría de los casos, es un evento culminante de los síntomas progresivos de la obstrucción del tracto inferior ocasionado por el *crecimiento prostático*. Sin embargo, éste puede ocurrir en ausencia de antecedentes y en forma aguda tal como sucede en los casos de *prostatitis* e *infarto prostático*.

La retención puede también presentarse en situaciones como la *impactación de un fecaloma*, *infección urinaria* y eventualmente, *cualquier situación de dolor*, como es el caso del dolor posoperatorio en pacientes con antecedentes de uropatía obstructiva.

En los pacientes adultos mayores, otro factor importante son los *fármacos* que toman; sobre todo los que tienen acción anticolinérgica, analgésicos narcóticos, antagonistas de los canales de calcio, antidepresivos tricíclicos, antipsicóticos, hipnóticos y relajantes musculares.

Debemos tener presente además, la posibilidad de una *patología neurológica*, que se clasifica de la siguiente manera:

- Síndromes de compresión medular: aplastamientos vertebrales, hernias discales, metástasis tumorales.
- Neuropatías autonómicas: diabetes, Parkinson, etilismo crónico, estados Carenciales.
- Neuropatías periféricas con afección del centro sacro de la micción: déficit de Vitamina B₁₂, virus del herpes.

MANIFESTACIONES CLÍNICAS

La retención urinaria, se manifiesta por la *imposibilidad de orinar en varias horas*. Esto es independiente del estado cognitivo del paciente. Se acompaña

frecuentemente de *hipogastralgia*, *agitación*, *ansiedad* y una *necesidad imperiosa de orinar*.

Al examen físico, puede hacerse evidente el *globo vesical* en mayor o menor grado, con *sensibilidad a la palpación hipogástrica*. Se debe tener cuidado al realizar el *tacto rectal*, pues puede confundirse el volumen prostático con la vejiga llena. No se necesitan otros métodos, ***basta la clínica para el diagnóstico***.

INTERVENCIONES ESPECÍFICAS

Las intervenciones específicas y definitivas están asociadas a las causas que determinan la retención urinaria. Para su solución debe ser consultado el especialista.

INTERVENCIONES GENÉRICAS

La retención urinaria es una urgencia urológica. El objetivo primordial es evacuar el contenido vesical en forma rápida y segura.

PARA LA EVACUACIÓN VESICAL SE DISPONE DE:

• SONDEO VESICAL:

Se usa un catéter french 16-18 a través de la uretra, en forma temporal (sonda de Nélaton) o permanente (sonda de Folley). En casos de compresión intensa de la uretra posterior por la HPB, se puede utilizar una sonda semirígida. La sonda a permanencia idealmente se utiliza a corto plazo mientras se estudia al paciente y se procede al tratamiento definitivo. No se debe usar por períodos prolongados, debido a los riesgos de infección urinaria y estenosis uretral. Se recomienda no tratar de obtener el vaciamiento inmediato y total de la vejiga por el riesgo de hematuria exvacuo. Esto se puede evitar pinzando la sonda cada 10 minutos o con cada 100- 150 mL expulsados.

• CISTOSTOMÍA SUPRAPÚBICA:

Si no es posible el procedimiento anterior, se puede recurrir a la punción vesical (suprapúbica), primero asegurándose la existencia de al menos 200 ml. de orina en la vejiga. El sitio de punción debe realizarse dentro del espacio que deja dos traveses de dedos por encima del pubis para asegurar que caiga dentro de la zona desperitonizada de la vejiga.

Procesos más comunes en el anciano

Neuropatía diabética

La retención urinaria puede aparecer en el seno de una neuropatía diabética, relacionándose así siempre con una lesión del sistema nervioso autónomo. La arreflexia vesical se ha relacionado tradicionalmente con una larga duración de la diabetes, con un mal control metabólico y con una afectación de los axones aferentes de la vejiga urinaria. Desde el punto de vista clínico, la arreflexia vesical diabética se caracteriza por una falta de sensación de llenado vesical,

condicionando una distensión vesical, una descompensación del detrusor y retención Urinaria.

El manejo de esta entidad irá dirigido a mejorar el insuficiente vaciamiento vesical, proponiéndose como técnica más adecuada el cateterismo vesical intermitente, debiendo recurrir al cateterismo permanente cuando esa técnica no puede efectuarse por limitaciones personales o del núcleo familiar.

Postoperatorio

La retención urinaria es bastante frecuente en la fase postoperatoria de los pacientes ancianos, especialmente tras las cirugías abdominales y ortopédicas, oscilando su prevalencia desde el 12% hasta el 50%, dependiendo de las características de cada paciente, del tipo de cirugía y de la técnica anestésica utilizada.

Los factores precipitantes más habituales son: los aspectos funcionales (inmovilidad, dolor), los fármacos (anestesia, sedación, analgesia), la edad avanzada y el género masculino. No obstante, en todos los casos hay que considerar los antecedentes urológicos del paciente (varón con hipertrofia prostática, cirugía urológica previa), y sus características generales (patología médica, situación física y funcional previa).

Las causas de la retención urinaria postoperatoria pueden ser diversas:

Obstrucción del tracto urinario inferior precipitada por la inmovilidad, una impactación fecal o por la cirugía.

Hipocontractilidad vesical relacionada con los fármacos utilizados (anestésicos, analgésicos, narcóticos, anticolinérgicos, calcioantagonistas, etc.), con las alteraciones electrolíticas (hipokaliemia, hiponatremia, etc.).

Lesión del nervio parasimpático pélvico, en algunos tipos de cirugía pélvica (resección abdomino-perineal).

Cuando aparezca esta complicación habrá que intentar descubrir el factor precipitante y no considerar exclusivamente la obstrucción como el único mecanismo posible. Habrá que tratar de evitar la colocación de un catéter vesical permanente, recurriendo a micciones programadas, reeducación vesical, combinándolo si es preciso con cateterismos intermitentes, mientras se corrigen los factores precipitantes y se recupera la situación general y la movilidad.

Signo de godet: El diagnóstico del edema se realiza buscando la depresión de la piel y tejido celular subcutáneo al presionar con un dedo contra un relieve óseo.

Bibliografía:

Bellido José, Proceso Enfermero desde el modelo de cuidados de Virginia Henderson y los lenguajes NNN, ilustre consejo oficial de enfermería de Jaén, primera edición.

Carpenito L. J. Diagnósticos en Enfermería. United States of America, The point. 1993

Doenges M planes de cuidados de enfermería, Editorial. McGraw- Hill. Interamericana 7ª ed. México, 2008

Hamilton H, Rose M, procedimientos en enfermería, editorial interamericana México, 1986.

Hernández Cristina, Modelos de Virginia Henderson en la práctica Enfermera, universidad de Valladolid, facultad de enfermería, 2005.

Kozier Barbará título fundamentos de enfermería edición 4º ed. España McGraw-Hill interamericana

Marriner Ann, Raile Martha, Modelos y teorías en enfermería, cuarta edición, Harcourt Brace de España, S.A, 1998.

Marriner Ann, Raile Martha, Modelos y teorías en enfermería, sexta edición, Elsevier, España, S.A. 2007.

Thomson PLM. Vademécum PLM de genéricos intercambiables: GI. México D.F. 2006.

T. Heather Herdman, et al, diagnósticos enfermeros, definición y clasificación, 2009- 2011, editorial ELSEVIER, España 2010.

http://www.facmed.unam.mx/eventos/seam2k1/2008/jun_01_ponencia.html

<http://blogs.mayormente.com/jubilado-feliz/comunicacion-terapeutica-paciente-que-mejora/>

http://www.profeco.gob.mx/encuesta/brujula/bruj_2016/bol336_ludicas_adultos.asp

http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s1137-66272007000300003

<http://biblio3.url.edu.gt/Publi/Libros/CyPdeEnfermeria/02.pdfhttp://biblio3.url.edu.gt/Publi/Libros/CyPdeEnfermeria/02.pdf>